PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

1

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Assistência à Saúde

OPAS

OMS

APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS, em seus 100 anos de fundação, vem contribuindo com o processo de consolidação de um sistema de saúde democrático, promovendo ações multisetoriais e integrais que visam a eqüidade e a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS lança a Série Técnica, que propõe divulgar produtos elaborados nos últimos anos, quais sejam: documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos desenvolvidos pelo Projeto, dentre outros.

Espera-se, então, dar maior visibilidade aos produtos concretos advindos da cooperação técnica, objetivando efetivar e contribuir para a construção do Sistema Único de Saúde.

O conteúdo desta publicação poderá ser citado ou reproduzido sem restrições, sempre que se indique a fonte e se faça referência bibliográfica.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

1. PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL
   Documento Analítico
2. SEMINÁRIO: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO
3. SEMINÁRIO: PERSPECTIVAS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

1

BRASÍLIA – DF
2002

1ª Edição — 2002
Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
70800-400 Brasília - DF
www.opas.org.br
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
Coordenador do Projeto:
Dr. Juan Eduardo Guerrero
www.opas.org.br/servico
Apoio técnico e administrativo:
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
Revisão:
Manoel Rodrigues Pereira Neto
Capa, Projeto Gráfico e DTP:
Wagner Soares da Silva
Tiragem:
500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde.
Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília. 2002.
116 p.: il.

Conteúdo: 1. Processo de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico – 2. Seminário: o sistema único de saúde e a regionalização – 3. Seminário: perspectiva para a descentralização e regionalização no sistema único de saúde.
ISBN 85-87943-11-1

1. Serviços de Saúde - Brasil. 2. Sistema Único de Saúde – descentralização. 3. Sistema Único de Saúde – regionalização. I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título: Processo de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico. III. Titulo: Seminário: o sistema único de saúde e a regionalização. IV. Título: Seminário: perspectiva para a descentralização e regionalização no sistema único de saúde.

NLM: W 84

SUMÁRIO

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil — Documento Analítico
Autores: Flavio A. de Andrade Goulart e Lucinéia Moreli Machado
..... *5*

2. Seminário: O Sistema Único de Saúde e a Regionalização
Autores: Flavio A. de Andrade Goulart e Lucinéia Moreli Machado
..... *29*

3. Seminário: Perspectivas para a Descentralização e Regionalização no Sistema Único de Saúde
Autores: Flavio A. de Andrade Goulart e Lucinéia Moreli Machado
..... *67*

1.
PROCESSOS DE DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

Documento Analítico

Autores: Flavio A. de Andrade Goulart: *Professor Titular do Departamento de Medicina Social da UnB*
Lucinéia Morely Machado: *Mestranda em Política Social do Departamento de Serviço Social e Política Social da UnB*

INTRODUÇÃO

O presente documento foi elaborado a partir das exposições e debates dos seminários de regionalização realizados pela SAS/MS com apoio da OPAS em outubro de 2001 e janeiro de 2002, da leitura de documentos técnicos diversos, de entrevistas concedidas por pessoas da equipe técnica e consultores da DDGA/SAS, bem como das observações pessoais do autor. Foram utilizados também textos publicados ou disponíveis em *sites* oficiais.

Este texto representa um produto de consultoria à OPAS, definido contratualmente como *Documento analítico sobre o processo de descentralização da saúde no Brasil*. Trata-se, neste momento, de uma versão preliminar do produto referido, discutido apenas parcialmente e com interlocutores da esfera do MS e da OPAS. A proposta é que, a partir da presente versão, possa a interlocução com estes e outros atores ocorrer de forma mais abrangente e sistemática para que seja traduzida em acréscimos qualitativos às idéias aqui expostas.

Sua apresentação obedece à seguinte ordem:

a. ganhos possibilitados pela NOAS;
b. os desafios desencadeados pela NOAS;
c. situações ainda pendentes face à implementação da NOAS;
d. propostas e encaminhamentos.

OS GANHOS POSSIBILITADOS PELA NOAS

Alguns aspectos gerais e introdutórios podem ser postos em destaque, como, por exemplo, a vigência de mudanças em um verdadeiro ambiente de conflito, mas com o

sentimento também de forte adesão dos parceiros estaduais e municipais, em busca da solução de problemas históricos do sistema de saúde. Os eventos organizados pela SAS/MS com apoio da OPAS em outubro de 2001 e janeiro de 2002, em Brasília, traduziriam assim a estratégia de um movimento e de um processo político. O avanço da adesão de municípios à gestão plena no Brasil é considerado fato consumado e, neste aspecto, os atores presentes nos eventos confirmaram amplamente tal tendência.

Reconhece-se, também, o setor saúde como aquele que mais tem avançado no País, inclusive em termos de gestão e de controle social, resultado de uma autêntica construção coletiva. Constatam-se avanços amplos com os processos desencadeados pela discussão e pela implantação da NOAS, com uma perspectiva de ação que não é mais autonomista e liberal do ente local, como já ocorreu no passado. Sem dúvida, um grande grupo nacional de gestores das três esferas está cada vez mais orgânico e vem ajustando suas diferenças de visão através de um processo de interação e trabalho.

Como ganhos efetivos possibilitados pela implantação da NOAS, destacam-se, entre outros:

1. Os avanços alcançados no processo de construção de uma rede regionalizada, conforme previsto nos PDR, do que é prova o fato de que cerca de dois terços das SES já enviaram para a SAS uma primeira versão deste documento, mesmo informal, e de que algumas delas já contam com a aprovação da CIB e do CES para seus planos.
2. Embora o prazo decorrido (em outubro de 2001) fosse apenas de nove meses da publicação da NOAS, já se haviam alcançado objetivos importantes, configurando-se como realidade concreta e incorporada aos processos de gestão por parte das equipes gestoras estaduais e municipais na maioria das regiões do País.
3. A reconhecida inovação de finalmente se começar a fazer algo em busca de mudanças no panorama da organização da assistência em bases regionalizadas e contemplando as questões de referência.
4. A adesão de números significativos de municípios importantes do ponto de vista político e demográfico.
5. O passo realmente importante que se deu para que os princípios básicos do SUS fossem operacionalizados.
6. A existência de um grande grau de consenso no País sobre as questões despertadas pela discussão da NOAS, fato confirmado amplamente pelas manifestações isoladas e oficiais de representantes do CONASS e do CONASEMS, confir-

mando um grande movimento pela descentralização no País, com a superação de uma etapa de mera discussão no rumo de uma real implementação de mudanças.

7. O desenvolvimento de instrumentos que provocaram os gestores a exercer o seu papel.
8. Uma Norma que, como tal e mesmo sendo compartilhada, não produz mudança direta; o que conta são os processos de discussão e transformações sucessivas, com envolvimento dos diferentes atores em busca de inovação e sua manutenção; «uma grande oportunidade dos Estados repensarem seu papel no SUS». Em outras palavras: ela não pode ter efeito total e imediato, como nenhuma norma, aliás; o caráter progressivo é a regra, até pelas características da própria realidade.
9. Embora a questão da complexidade da assistência ainda mereça aprofundamento, a atenção básica, foco de luta no passado, é hoje um problema bem encaminhado; na média complexidade há um processo de construção que vem sendo positivo, no sentido de organizar o sistema e seus diferentes níveis de complexidade.

Face à questão sucessivamente levantada a respeito do «tempo político», destaca-se que, na verdade, o ano de 2001 é especial, por não ser ainda um ano eleitoral, como é o caso de 2002. Neste as mudanças serão, sem dúvida, mais difíceis. O processo da NOAS já trouxe muitos benefícios, até mesmo alguns inesperados, pois provocou mudanças nas estruturas das SES, possibilitando novos métodos de trabalho e maior participação dos COSEMS nos debates.

Além desses avanços possibilitados diretamente pelo processo de discussão e depois de implementação e avaliação preliminar da NOAS, podem ser registrados também alguns ganhos «sistêmicos», derivados diretamente desse processo ou mesmo da etapa presente da implantação do SUS no País, considerando-se também a ocorrência de outros processos normativos, gerenciais e políticos em vigor no campo da saúde. Assim, pôde ser registrada uma sinergia entre os sistemas e a rede de serviços, superando uma fase em que a discussão se concentrava apenas em relações entre esferas de governo e mesmo assim carregada de tensões relacionadas a «quem detém tal ou qual serviço». A discussão passa a ser, assim, relativa à saúde ou à rede de serviços, deixando de lado aspectos, por assim dizer, colaterais. Isto representa, sem dúvida uma tendência de amadurecimento político, administrativo, técnico, etc. Acrescente-se a isso a dinâmica e a dimensão que a questão da rede de serviços possui no Brasil, com o inédito grau de descentralização que aqui se obteve, inclusive em termos mundiais.

O «exercício de vocações municipais» em saúde também pode ser considerado um fato expressivo nestes novos tempos, conforme demonstrado pelas «migrações» de gestores municipais, de situações mais simples a outras mais complexas, reveladas pela pesquisa de avaliação da GPSM. Por outro lado, trata-se de não só de cada vez mais municípios em GP, mas fundamentalmente de gestões cada vez mais «robustas».

Destaca-se também o fato histórico inédito no País de que é a primeira vez que se tem um levantamento das necessidades de investimento, pelo menos nos extratos básico e médio da atenção, o que vem a ser uma decorrência direta do novo processo de planejamento regionalizado e pactuado.

Além dos ganhos diretos e daqueles de caráter sistêmico, há que se destacar os desdobramentos favoráveis que atingiram outras áreas do sistema de saúde. Assim, por exemplo, na capacitação dos gestores as diferenças possibilitadas são consideradas muito positivas, da mesma forma que o fortalecimento das estruturas regionais de saúde, que por sua vez fomentaram a capacitação dos municípios. Assumir a GPSM teria sido o fator preponderante para estes avanços.

No caso dos PDI, admite-se que este é um primeiro momento, que ainda representa um exercício em busca de conhecer melhor a realidade, mas que já gerou um desdobramento importante, que é a portaria do MS que direciona as emendas parlamentares.

Sobre as Centrais de Regulação, admite-se que sua criação representa um ganho e uma necessidade concreta do sistema e que as mesmas vêm a consolidar a posição dos gestores, com maior garantia de acesso para os usuários, entre outras vantagens.

Os presentes processos permitiram ainda o envolvimento formal e pactuado das três instâncias de governo, o que tem gerado uma excelente oportunidade de pensar a assistência e o processo de avaliação, já que existe relativa deficiência de rotinas consistentes de avaliação nos serviços e que é preciso incentivar o hábito da avaliação, que também deve ser um processo pactuado, capaz de refletir a qualidade e a resolutividade da assistência.

O MS deixou claro que está trabalhando em busca de consensos para dar suporte aos desdobramentos do atual processo, mas considera que está mais fácil discutir tais questões na atualidade do que há um ano.

OS DESAFIOS COLOCADOS PELA IMPLANTAÇÃO DA NOAS

O debate em curso é bastante rico em *constatações e diagnósticos de situação*, conduzido com marcante aprofundamento analítico, típico de quem conhece e vive intensamente a realidade dos serviços de saúde.

NOAS para quê? — eis o que poderia ser colocado como pergunta de partida. Algumas respostas parecem consensuais: aumentar capacidade do gestor; ampliar e qualificar a atenção básica; levar os cuidados de saúde de forma mais próxima às situações de risco; racionalizar e aprimorar a assistência (por exemplo, nas internações e emergências, através da organização da base do sistema); aumentar a resolutividade; reduzir mortalidade evitável etc. A eliminação da discriminação interna é outro dos desafios que a NOAS enfrenta.

Admite-se, como já se viu, que a NOAS trouxe inúmeros benefícios para o sistema de saúde, até mesmo alguns inesperados, como o fato de ter «mexido» na estrutura das SES, possibilitando novos métodos de trabalho e maior participação dos COSEMS nos debates referentes à condução da gestão do sistema. A NOAS realmente parece ser um passo importante para que se possa garantir que os princípios básicos do SUS sejam operacionalizados. Assim, é natural que a implementação da mesma não seja isenta de muitos conflitos e debates, mas mesmo assim há evidências de que o atual processo é de avanço e de que existe um grande grau de consenso no País sobre as questões despertadas por tal discussão. Faz parte certamente do processo de operacionalização do SUS, particularmente do atual momento de implementação da NOAS, o fato de que os agentes da descentralização, no caso os estados, alcançarão seus resultados em ritmos distintos, que é preciso reconhecer e qualificar.

Uma discussão significativa, particularmente no debate de outubro foi a do comando único, fruto de uma polarização entre a visão do CONASS e a do MS. Este princípio foi, aliás, considerado defensável em todos os níveis de governo, sem dúvida, mas deve obedecer ao que está disposto e acordado, por exemplo, nas CIB. Pondera-se que não seria possível mudar a Constituição, que prevê tal dispositivo, simplesmente por regulamentos setoriais. Esta discussão remete às formas de partição dos recursos, as quais espera-se que sejam isonômicas, levando-se em conta a capacidade instalada e as necessidades da população. Neste aspecto, a vigência da Emenda 29 é alvissareira, mas destacou-se que os estados provavelmente vão ter maior dificuldade em cumpri-la do que os municípios.

No que diz respeito ainda ao comando único, este pode ser um conceito com diferentes alternativas de operação. O que não pode existir, e nisso a NOAS é enfática, são dois gestores em uma mesma realidade. A representação do MS frisou que, se permanecerem as regras da NOB 96, como alguns parecem desejar, não surgirá o verdadeiro comando único, o que certamente não é a melhor opção. O que importa é que a diretriz do comando único que não venha a ser sinônimo de «caixa único». Há, sem dúvida, numerosas divergências sobre a NOAS, além dessas, no âmbito do CONASS, por exemplo.

Pondera-se, contudo, que torna-se preciso escutá-las em busca de alternativas para as mesmas; seria realmente muito difícil encontrar um modelo único de norma na realidade complexa do Brasil.

A NOAS deve ser encarada apenas como o início de um processo, e é preciso continuar discutindo também outros temas, como eqüidade, integralidade etc., antes de se encerrar definitivamente um autêntico ciclo histórico. No caso, freqüentemente lembrado, das transferências espontâneas ou provocadas de pacientes entre estados, relembra-se que a NOAS não fornece mecanismos para fazer algum «fechamento de fronteiras», além de carecer de aperfeiçoamento nas formas de alocação de recursos. Reconhece-se avanço, contudo, na definição de tetos municipais e também de responsabilidades sobre recursos, com a conseqüente melhora no desempenho das referências. Dentro de tal visão de *processo*, o MS continua trabalhando em várias frentes na questão da regulação, mas evidentemente não consegue realizar tudo o que é necessário e ao mesmo tempo, até porque trabalha muitas vezes com hipóteses apenas provisórias. Na verdade, é preciso reconhecer que ainda não existe consenso sobre alguns pontos importantes. É preciso estar atento para o sentido que tal processo revela em sua complexidade. Assim se constrói uma «metáfora do mosaico» (Tasca), na qual a variabilidade deve ser aceita, já que a perfeita simetria não seria o caso mais esperado em uma realidade tão complexa. É algo a ser tolerado, mas carece de monitoramento, pois podem se desenvolver distorções.

O ritmo de implantação que se conferiu à NOAS, objeto de alguns questionamentos, é assumidamente rápido. A elaboração dos PDR em praticamente todos os estados não só é marco de um avanço enorme, mas também confirma resposta ao ritmo empreendido pelo MS. A expectativa é de que era preciso começar a caminhar e assim chegar onde fosse possível. Mesmo que não se obtenham 100% das metas previstas em 2002, ainda assim o ganho terá sido enorme. Insiste-se em um aspecto marcante, que deve referenciar as análises dos processos de descentralização, que diz respeito à simultânea velocidade das mudanças sociais e tecnológicas verificadas contemporaneamente.

Encarece-se que esta não é meramente uma norma do MS, mas sim um instrumento pactuado nas três esferas de governo, que atingiu o que foi *possível* no momento político do País. Parece claro que, na diversidade da realidade nacional, o avanço se dá de forma de diferente em cada estado e em cada município ou região, mas aceita-se que não haverá regras que darão conta de tudo. Neste aspecto, a norma é apenas uma ferramenta para dar apoio a todo este processo. As diferenças devem ser reconhecidas e aceitas, como é o caso de PE, MT e outros estados, que defendem um projeto com características diferentes em termos de regionalização. O importante é

que eles têm dado conta de mudanças nos indicadores. O MS revela estar aberto para essas discussões, sempre junto com as SES, pois nem sempre seria possível trabalhar diretamente com os municípios. O ministério reconhece, também, que ainda não se adequou às novas funções dele exigidas e que tem que se reorganizar para tanto. Da mesma forma, o mesmo se espera das demais esferas de governo, que também devem se reorganizar para dar conta de suas novas funções.

Quando se analisa o processo brasileiro de regionalização em perspectiva comparada, porém, alguns pontos polêmicos relativos à NOAS podem até ser relativizados, pois a experiência internacional mostra que instrumentos desse tipo podem ser acusados de serem muito centralizadores ou constituírem mera resposta burocrática dos governos. Estas afirmativas não raramente escondem motivações políticas e ideológicas e conduzem a uma discussão na verdade estéril. O caráter de instrumento até certo ponto «neutro» que a NOAS possui deve ser bem compreendido, podendo ser até mesmo revertido, pois o panorama é o de uma discussão dentro de uma sociedade democrática. Importa questionar sobre qual desenho social e institucional ela se implanta. Neste aspecto, questões culturais como a abrangência da visão dos gestores e seu compromisso com o bem comum devem ser enfatizadas, pois são importantes.

Não são poucos nem mesmo irrelevantes os riscos assumidos com a implantação da NOAS. Em primeiro lugar, porque reformas não se fazem de cima para baixo. Reformas, como a atualmente proposta, constituem acima de tudo *oportunidades* que alcançam diferentemente os atores: para uns, elas são geradoras de movimentos de avanço; para outros, podem até atrapalhar o andamento do sistema. Acima de tudo é preciso ter a clareza de que o novo sistema que se pretende construir deve conviver com o velho em andamento. Entre os riscos destacados está a possibilidade de implantação de forma até certo ponto «violenta» e sem o devido consenso por parte dos atores envolvidos — mas este não parece o ser o caso presente. A criação de um «sistema monstruoso» que elimina que existia de bom anteriormente, sem que o novo seja implantado, é outra possibilidade não totalmente descartada. Outro aspecto é a vigência de atitudes apenas burocráticas nas mudanças — este certamente é o maior risco que o processo atual vai enfrentar. Se apenas alguns estados o fizerem, não se comprometerá o processo, podendo tal fato ser considerado apenas como uma forma de se ganhar tempo para a concretização das mudanças.

O processo de avaliação foi enfatizado como um dos avanços propiciados pela NOAS. Um ponto sem dúvida crucial é o de que se trata de uma ação politicamente delicada, já que pode gerar fortes reações por parte dos gestores envolvidos, ao se sentirem esvaziados de poder ou avaliados negativamente, por exemplo. Isto poderia inclusive levantar acusações de discriminação política e abrir uma crise entre os parceiros do sistema.

Entretanto, a necessidade de avaliar gerou a oportunidade da formação de um grupo com três instâncias de governo, que já traz como resultados o aprofundamento dos processos de assistência e de avaliação do sistema. Reconhece-se a relativa inexistência de rotinas consistentes de avaliação nos serviços e que é preciso realmente incentivar uma cultura de avaliação. O CONASEMS, por exemplo, reconhece que o processo de avaliação é realmente imprescindível, mas deve ser também um processo pactuado, que reflita a qualidade e a resolutividade da atenção básica, com a necessidade adicional de se fazer escolhas coerentes neste sentido, com o uso de indicadores adequados e coerentemente elaborados. Há consenso de que os gestores não podem ser avaliados apenas através de dados numéricos; os indicadores também devem ser voltados para a oferta de serviços e a resoluvitivade, pois o processo saúde-doença é sobremaneira complexo e envolve muitas outras questões. A simples desabilitação de municípios considerados de baixo desempenho no cumprimento da norma não resolve a questão, pois, se existem dificuldades, é imprescindível o apoio a estes gestores.

No tópico dos diagnósticos e constatações, algumas outras questões foram abordadas. Por exemplo, a *superoferta* de serviços, apontada por alguns e que parece ser um problema apenas residual no Brasil. Neste aspecto, é preciso considerar que municípios maiores são também referências de áreas amplas, e a questão nesses casos é mais de organização de fluxos, com monitoramento de acesso. Admite-se que há muito a fazer nesta área, o que inclui, por exemplo, o desenvolvimento de novas metodologias. Os critérios de *alocação dos recursos* são outro ponto de permanente tensão. A capacidade de vocalização dos municípios e regiões, às vezes apontada como uma distorção dentro do sistema, foi defendida em sua legitimidade de ser também um dos determinantes da alocação, pois faz parte do processo democrático. Não se pode perder de vista um caráter até certo ponto «experimental» nessa alocação, desde que se procure acertar, mesmo por tentativa e erro, cuidando-se para que não sejam cometidos erros fatais e mantendo-se o caminho correto, dentro do que sempre tem sido um processo de caráter pluralista e mesmo contraditório. A discussão e a reivindicação de *aumento de recursos* é outro ponto de destaque. Alguns chegam a considerá-lo um verdadeiro «assunto tabu» para o MS, pois são muito onerosos os procedimentos de média e alta complexidade. O tema desperta desdobramentos complexos, como, por exemplo, a possibilidade de retirada de recursos da média complexidade, inviável, entretanto, por constituir-se esta um autêntico suporte da atenção básica; a necessidade crescente de recursos, dado o envelhecimento da população, além de outros tópicos.

A questão dos prazos conferidos pelo MS para o cumprimento da apresentação dos instrumentos da NOAS é outro ponto de tensão, particularmente no âmbito dos muni-

cípios. Reconhece-se a necessidade de contemplar os gestores em diferentes etapas do processo, já que a heterogeneidade é muito grande.

O fortalecimento da gestão estadual, outro tópico freqüentemente abordado nos debates, pode ainda não estar encontrando na NOAS os instrumentos suficientes para que aconteça de fato. Neste contexto é que surge proposta do CONASS referente à gestão das referências, procurando desenvolver mecanismos mais seguros e adequados ao presente momento do processo de descentralização, visando também equacionar a polêmica da prática do comando único, que ainda não é objeto de consenso entre as SES, dadas as diferentes realidades políticas e institucionais vigentes nos estados.

O transcurso de um ano eleitoral em 2002 levanta muitas preocupações. O consenso seria de que este fato dificulta, mas não inviabiliza o processo de implantação e avaliação, embora exija certamente um acompanhamento muito maior. Trata-se de uma ameaça que deve ser relativizada, pois faz parte da democracia ou, como lembrou Armando Raggio, *nada indica que os serviços de saúde durante a ditadura, quando não havia eleições, fossem melhores do que os atuais*. O risco das eleições foi levado em conta pelo MS, segundo seus dirigentes. Registra-se também a compensação de que a «demora» verificada no deslanche do processo na verdade favoreceu a maturidade do mesmo, permitindo evidenciar e aplainar as diferenças existentes entre estados, que existem de fato, por exemplo, em termos de cultura, tradições, situação política etc., e não podem ser simplesmente relevadas. Certamente a evolução do processo vai ser diferenciada em cada UF, pois os atores são diferenciados — as SES na verdade não são os únicos atores — e nem todos assumiram a NOAS como um projeto político, até porque podem ter projetos diferentes, sem deixarem de ser conseqüentes. O importante é que se ajustem à NOAS; de parte do MS existe predisposição à formação de alianças com os estados, que podem acontecer em função de cada situação. O caso do estado do ES, reiteradamente levantado é na verdade especial, pois deriva de uma crise política e de governabilidade mais ampla, conforme é de amplo conhecimento.

É reconhecida a necessidade de muitas definições ainda por fazer e executar, para que se possa falar realmente de uma *reordenação* do sistema. Sem dúvida, entre os problemas no horizonte muitos são de natureza política, como é o caso das eleições, e assim devem ser encarados, em busca de sustentabilidade para as mudanças. Porém em cada realidade buscam-se soluções adequadas às condições locais, como é o caso do RJ, no qual houve a opção de desenvolver o processo de forma completamente ascendente, buscando sustentação compatível para tal. Esses são também os casos de MT e PE, já citados.

Além disso, algumas considerações de índole cultural foram levantadas, como as traduzidas pela expressão de um prestador local de serviços do Paraná: — «Tem que internar para dar lucro». Esta pressão de prestadores, entretanto, deve ser analisada em termos mais globais e mais profundos, pois está claro que excessos de oferta podem gerar consumo exagerado, mas o problema maior ainda é o de carência de acesso. O SUS precisa avançar na regulação, que viabilizará um balanço entre as diferentes vontades: a de quem quer vender serviços *versus* aquela de quem possui necessidades de acesso aos serviços. Isto deveria ser equacionado mediante processos solidários de construção de normas, como é o caso da NOAS, mas sem se abrir mão do papel regulador do gestor.

Se, por um lado, o debate é rico em diagnósticos e constatações e possui cunho analítico evidente, por outro, o enunciado de *estratégias de ação* não lhe fica nada a dever. Abaixo, uma síntese das contribuições referentes a este tópico, organizadas pelo tema tratado.

Natureza dos desafios: podem ser *organizacionais, operacionais, tecnológicos, político-ideológicos, financeiros e institucionais* (R. Tasca). Destaca-se a necessidade de intercâmbios até agora inéditos entre os municípios, com a necessidade de criação e incremento de muitos instrumentos administrativos e organizacionais. A capacitação e o desenvolvimento de novas tecnologias de gestão e assistência, como é o caso dos protocolos, precisam ser implementados. Além disso, trata-se de um sistema que precisa avançar muito na prática da regulação. Um grande esforço ainda precisa ser desenvolvido para prover informação adequada aos seus usuários. Entre os desafios tecnológicos, destacam-se o desenvolvimento de novos fluxos de informação e seu gerenciamento, com tecnologias apropriadas em termos de custos e resultados. A questão da absorção de impactos gerados pelas tecnologias deve ser sempre considerada. Do ponto de vista político e ideológico, importa aprofundar a questão do *desenho* em que se apóia o gestor: o que o orienta é a melhoria da saúde ou a opção pelo mercado? Acreditar no modelo em que se está investindo é fundamental. Há que se considerar a possibilidade de flexibilizações, até mesmo do pensamento mais liberal e, por que não dizer, de outras modalidades de pensamento? Torna-se necessário buscar um termo comum, e muito conhecimento neste sentido precisa ser produzido. O desafio principal, entretanto, é de natureza institucional e implica a revisão das missões institucionais e o encontro de outras lógicas de gestão, por exemplo, em relação à divisão de tarefas entre os níveis de governo, com novos papéis para os níveis centrais. Neste caso, a noção de «governança» deve orientar a ação, com processos comunicativos mais adequados, novas e efetivas estruturas de gestão para as estruturas de influência e referência nacional, através de agências, por exemplo, com mais flexibilidade etc.

Agenda política: defende-se a vigência de uma agenda única, clara e pactuada de prioridades, pois ainda há dificuldades por parte dos gestores estaduais e municipais, que muitas vezes não possuem equipes técnicas completas e capacitadas e enfrentam grandes dificuldades na gestão. A NOAS é, sem dúvida, uma resposta natural dentro da situação de acumulação de cenários da sociedade brasileira com toda sua complexidade. Entretanto, a situação apresentada na atenção básica é também preocupante, apesar de ser uma área de reconhecidos avanços. Assim, postula-se que não adianta apenas incentivar a AB, pois deve haver um modelo de cooperação com os estados e municípios nesta área, com capacitação específica e esforços para reverter a ênfase atual na formação de especialistas. A forma fragmentada de trabalhar a AB é tão evidente que, como exemplo, as Equipes de Saúde da Família ainda são capacitadas para programas. Da mesma forma, a discussão de critérios comuns de avaliação deve ser pactuada, mas é preciso melhorar a qualidade sem se esquecer a solidariedade dentro do sistema. A NOAS, nestes aspectos, não pode ser (mais) uma camisa-de-força. As regras podem e devem ser adequadas, pois o País, apesar de ser muito diferente, é também muito «igual». Entretanto, é importante lembrar que a simples soma de 27 sistemas estaduais por si só não faz um sistema único, o que fortalece a idéia de que deve haver uma abertura muito grande para a diversidade, com saudáveis práticas de experimentação no sistema, embora não existam «receitas» para tanto. É consensual a necessidade de forte presença das SES na coordenação do processo de formação das redes e da implementação da NOAS como um todo, mas não mediante interferência na autonomia dos municípios na tomada de decisões e sim de forma cooperativa. Como lembrou o secretário da SAS, é preciso deixar bem claro que uma SES ausente, omissa ou incapaz simplesmente inviabiliza o conjunto do sistema; ou seja, o desempenho de um papel «apagado» dos estados na gestão do SUS não favorece os municípios, ao contrário do que pensam alguns. O ano corrente, apesar de suas limitações, é considerado como adequado para aprofundar o que tem sido feito, com apoio dos parceiros estaduais e municipais. É também um momento de transição, no qual a consideração da heterogeneidade da realidade municipal deve estar presente, o que justificaria a ação muitas vezes intempestiva por parte do MS. O desafio de construção da agenda atua dentro de forças contraditórias: de um lado, sistemas que se desejam menos públicos e portanto não universais e não integrais; de outro lado, a implementação dos princípios constitucionais. Para agir dentro de tais campos de força opostos, é preciso dispor de «estofo político». Há que se considerar também que a descentralização só faz sentido quando associada com a formação de redes, o que implica cooperação e não competição entre os entes envolvidos. É objeto de consenso a afirmativa de que os recursos pertencem sempre ao cidadão e não propria-

mente aos gestores e é preciso alocá-los de forma equilibrada, pactuada e principalmente justa. Neste aspecto, a atual proposta tem sem dúvida caráter redistributivo, o que representa um avanço.

Da organização dos sistemas e serviços: a indagação chave ainda é: como regularizar fluxo de pacientes e garantir financiamento nas trocas entre estados? Uma das propostas da SAS é a Central Nacional de Regulação (CNR), organizada a partir de CR em cada estado ou município, ou pelo menos pela organização dentro de critérios mínimos, de setores organizados de controle e avaliação. Entretanto, reconhece-se que ainda é necessário um maior grau de aperfeiçoamento dos mecanismos e fluxos das referências dentro do SUS, com o desenvolvimento mais completo de um sistema de protocolos clínicos, no qual os procedimentos estejam bem definidos e sejam objetos de consenso geral. A Central de Regulação deve ser considerada um mecanismo de ampliação da oferta de assistência, sem impedimento de que a clientela procure também encontrar outros caminhos para obter seu direito. Aliás, é fato notório que um grande número de pacientes fornecem endereço falso para ter acesso a atendimentos complexos. Se a tendência inequívoca é a de aumento da demanda por serviços complexos, a prática das CR deve ser de facilitar o acesso e evitar as barreiras, não a de simplesmente acrescentar obstáculos.

Para se avançar na regulação do sistema, torna-se necessário superar várias etapas, por exemplo, a de realizar PPI apenas por procedimento. É a capacidade de prover resposta às necessidades da população que deve ser considerada um autêntico *núcleo irredutível* de todo o processo de regulação. A idéia de uma Central Nacional de Regulação deve, assim, ser trabalhada produtivamente, isto é, tendo esta regulação como um autêntico instrumento de inclusão social e também de eqüidade. Reconhece-se, entretanto, que este debate está ainda muito pobre, e pouco articulado, principalmente entre municípios e estados. É óbvio, também, que a relação entre municípios menores e municípios prestadores seja pautada por um princípio de justiça. Cumpre, ainda, que seja feito um processo pedagógico de convencimento, por meio de instrumentos adequados, sobre as vantagens da territorialidade aos pacientes e aos próprios gestores.

Sobre a gestão estadual das referências, objeto de polêmica, admite-se que é necessário preservar a atuação das SES, mas é preciso assegurar financiamento compartilhado e responsabilidade definida no gasto. Conclui-se que é fundamental que as SES gerenciem diretamente o dinheiro. As questões ligadas à gestão da alta complexidade foram abordadas com freqüência e consideradas de *difícil solução*. Registra-se que o consumo das mesmas tende a ser crescente, particularmente entre as classes médias e formadoras de opinião. Além disso, como a inflação médica é uma realidade e, além disso,

o setor saúde ainda não determina de fato a incorporação de tecnologia, o problema da AC é algo bastante sério e ainda por equacionar. Mesmo em relação à média complexidade, há muita necessidade de equalização da oferta, pois os que já alcançaram determinado patamar de recursos não podem ser prejudicados. Da mesma forma, aqueles que eventualmente foram os «primeiros a chegar» não podem «levar tudo». Neste aspecto, cita-se como exemplo o caso dos pequenos municípios nas periferias dos grandes. A organização do sistema implica a diferenciação entre a capacidade de gestão *versus* a capacidade assistencial. É preciso continuar pensando no desenvolvimento de modelos de transição na vigência da NOAS, por exemplo, os consórcios. Recursos adicionais aos atualmente disponíveis é um tema recorrente: é preciso sinalizar em relação à definição dos mesmos, definindo-se, contudo, uma perspectiva de tempo para sua viabilização, já que existem expectativas dos gestores neste sentido.

Como lembrou o secretário de Saúde de MT, Julio Muller, talvez tenha se perdido «uma chance histórica» de se organizar os sistemas das microrregiões de forma integrada, envolvendo áreas para além da assistência, no caso a ações de saúde coletiva, principalmente considerando-se que o momento presente seria adequado para tanto, pois a FUNASA também está descentralizada. Assim, deve-se pensar em Planos de Saúde, que envolvam também este tipo de ação, avançando para a organização de um modelo realmente integral. Outra questão palpitante dentro deste tema foi a da organização e da confiabilidade dos sistemas de informação, face à diversidade da realidade dos municípios, destacando-se a necessidade de incremento de qualidade dos SIS, dadas as evidências de problemas ligados a bases de dados pouco precisas, alimentação inadequada etc. Também neste aspecto, as SES deveriam assumir um papel de facilitadoras do processo. Foi bastante destacada também a necessidade de se avançar também em questões historicamente complexas como política de RH, tratamentos fora de domicílio e controle e auditoria.

Em suma, o que se deve esperar da NOAS é a superção progressiva de algumas de suas deficiências, de forma a reordenar as eventuais defasagens de oferta, já que os parâmetros disponíveis ainda são vinculados à oferta e se dispõe de poucos elementos para ampliá-la.

Dos instrumentos da NOAS: ficou claro que depois de aprovado o desenho regionalizado da UF no PDR e definida a programação financeira (PPI) e de investimentos (PDI), vai surgir a necessidade de mecanismos de acompanhamento e de governabilidade sobre a rede assistencial regionalizada. A elaboração e experimentação de instrumentos confiáveis e eficientes de regulação, deve representar uma prioridade para os gestores já nos primeiros meses do 2002. Assim, o monitoramento contínuo é um grande desafio a ser enfrentado, e é preciso acumular as analises existentes até agora

com aquelas a serem realizadas no decorrer de 2002. O momento ainda é, portanto, de construção e aperfeiçoamento de instrumentos. Ainda há nós críticos a superar, como, por exemplo, a eventual divergência entre responsabilidades entre cidades pólos e satélites, de forma a evitar o fenômeno da «autofagia». O cadastramento e implantação do cartão SUS deve ser apoiado, pois representa possibilidade de mudança concreta dentro do sistema. Além disso, defende-se que os PDR e a própria PPI sejam elaborados e apresentados anualmente por todos os municípios e estados, independentemente da condição de gestão, dando-se transparência aos acordos de reorganização dos sistemas estaduais de saúde. Apresenta-se proposta em curso nos estados da região Sul, para que a PPI e o PDR sejam realizados em processo conjunto, o que constitui um grande desafio, sem dúvida. Registra-se que a alocação de recursos via PPI ainda é só de 50%, da mesma forma que se contemplam prioritariamente os «procedimentos» — nisto também é preciso avançar.

Do processo de avaliação: movimentos para avaliação não só relativos ao alcance da NOAS, mas também ao desempenho do sistema como um todo são unanimemente aceitos como necessários. É fundamental, por exemplo, que uma avaliação real de custos seja obtida, diante do constante desafio que é a garantia da integralidade da atenção. O acompanhamento da atenção básica merece destaque também, pois avaliá-la não é simplesmente avaliar o Programa Saúde da Família. É preciso ter em foco amplo conjunto de indicadores, que sintetizem e avaliem, por exemplo, Saúde da Família, Vigilância Sanitária, Atenção Básica — que formam um conjunto de ações que se potencializam. A prática da utilização de indicadores mínimos é relevante para avaliar a AB, mas um processo de integração de avaliação poderia ser melhor discutido pelos gestores, sob condução do Ministério da Saúde. A visível existência de várias agendas, inclusive para avaliação, denota uma certa desarticulação do MS. Defende-se o uso de dimensões combinadas para a análise da rede de saúde, o que implica que devem ser consideradas as questões das necessidades e não apenas da oferta, assim como o perfil sócio-econômico da população. Além disso, a avaliação da atenção básica deve ter como pressuposto que a mesma é a porta principal do sistema. Para a avaliação dos produtos, é preciso que sejam considerados os indicadores da situação de saúde e oferta de serviços, da mesma forma que se deve considerar a relação da atenção básica com os outros níveis do sistema, bem como sua capacidade de fazer referência ou receber uma contra-referência. Em tal processo, o perfil dos profissionais da AB é algo a ser considerado. Quanto ao acompanhamento do processo, o MS ressalta que não se deve ser demasiadamente condescendente na questão da AB; não que se defenda a desabilitação, mas sim que os municípios devem ter uma capacidade mínima de

cobertura assistencial. Assim, a proposta do MS é que não se deve qualificar os municípios com não-resolutividade em relação a situações elementares. O ministério tem recebido e absorvido muitas críticas quanto à pobreza dos indicadores até o momento utilizados, mas isso não autoriza a desqualificar a avaliação que já foi realizada — há que se enfrentar o problema aprofundando-se a avaliação, sem desprezar o que já se tem em mãos. Neste momento, a SAS/MS declara-se em condições de enfrentar a avaliação dos PDR, uma tarefa particularmente delicada e complexa, dado que envolve as relações entre o ministério e os estados. Manifestando-se preocupada com a dimensão da operação, a SAS/MS anuncia sua intenção de desenvolver critérios transparentes de análise. O CONASEMS, por sua vez, reconhece a existência de inúmeros fatores que dificultam a avaliação e manifesta-se bastante favorável a este processo, mas quer que sejam levados em conta indicadores ampliados, combinados de oferta de serviços e de gestão, para que se possa realmente conhecer a situação real e atual de todos os municípios. Pede-se ênfase, também, em avaliar a capacitação de servidores, já que, após os treinamentos, estes parecem continuar cometendo os mesmos erros.

Do financiamento da atenção: aceita-se que uma estimativa de quanto os orçamentos públicos gastam na AB revelaria se este item tem realmente a importância que se supõe. No caso do PSF, continua-se aguardando uma solução para seu financiamento. Para os desafios do financiamento, novas alternativas devem ser procuradas. É preciso, além do mais, ficar claro que os recursos para a assistência no País ainda não são suficientes e que existe grande pressão das necessidades não satisfeitas e que estes são fatores importantes no amadurecimento da discussão da NOAS. O caso do PDI é abordado, para deixar claro que os recursos envolvidos não podem continuar a ser vistos como formados exclusivamente por fontes federais, mas também estaduais. Outro tópico posto em destaque é o da inflação no setor saúde, que provoca distorções que trazem dificuldades nas programações. A mudança de critérios para definição de valores transferidos (via tabelas) poderia ser o caso, o que afetaria os municípios em GPSM que aumentaram a oferta de serviços (conforme confirma a pesquisa apresentada em janeiro), mas precisa ocorrer aumento de recursos também. Lembra-se ainda que a questão financeira e orçamentária na área da saúde não se resolverá somente pela vinculação, o que poderia assegurar apenas recursos mínimos. A garantia de alocação de recursos nas políticas sociais como um todo é outra questão ainda a ser equacionada, não estando garantida em sua totalidade, pois, reitera-se, o que se tem concretamente ainda é a insuficiência dos recursos. Em termos da PPI, defende-se a necessidade de clareza em relação aos recursos a serem oferecidos à população residente *versus* a população referenciada, para todos os municípios, independentemente

da condição de habilitação. Defende-se também que os processos de negociação e busca de consenso nas CIB precisam equacionar o balanço entre a necessidade e os recursos disponíveis para todos os municípios.

SITUAÇÕES CONSIDERADAS COMO PENDÊNCIAS

Embora nem todos os tópicos incluídos sob esta denominação («pendências») possam efetivamente ser considerados assuntos típicos de um fórum de gestores com as características das reuniões realizadas em outubro e janeiro, e sim mais adequados, talvez, para uma pauta de CIB, como foi apontado pelo secretário Renilson Rehem e outros membros da equipe da SAS/MS, ainda assim foram registrados neste documento, para efeito de maior fidedignidade e amplitude deste relatório analítico.

Em primeiro lugar, foi aceita como correta a afirmativa de que a NOAS ainda está em construção e que o exercício da GPSM conta com diversas dificuldades que precisam ser solucionadas. Um aspecto palpável é o grande volume de portarias emitidas pelo MS, mesmo legitimadas pela CIT, mas associadas a uma enorme dificuldade de acompanhamento por parte de um grande número de gestores.

O processo desencadeado pela discussão e implementação da NOAS mostra um sentimento geral de avanço do processo e, segundo o secretário da SAS/MS, a crítica feita de que está ocorrendo uma "recentralização" trata-se de um equívoco, produzido por desconhecimento da situação.

Um aspecto em que houve, reconhecidamente, pouco avanço foi o de uma adequada conceituação de *necessidades*, de acordo com a NOAS. Torna-se necessário esclarecer melhor esta questão. O chamado «tempo político» é um outro fator polêmico, embora possa ser considerado positivo no caso dos municípios que se encontram ainda no início de gestão dos prefeitos, ao contrário dos outros dois níveis de governo. As agendas de ação devem, naturalmente, levar em consideração tal fato. Não há dúvida, entretanto, de que houve em certos casos um verdadeiro «atropelamento» de gestores pela NOAS.

No que diz respeito ao papel dos estados, houve marcante divergência de opinião entre as representações municipais e a do CONASS, sem impedimento de que em outros pontos estivessem de acordo. Assim, os estados são ainda considerados por alguns como opositores dos municípios que tentam avançar para a GPSM, aspecto notório em muitas partes do Brasil. Há casos especiais de cumprimento moroso ou mesmo não-cumprimento dos dispositivos da NOAS, citando-se particularmente os casos do ES (onde a crise institucional é mais ampla do que a da área da saúde), do PE e da BA, entre outros, com os problemas agravados especialmente no período eleitoral, com predomínio de práti-

cas de clientelismo, sem se ater às efetivas necessidades populacionais. Há um sentimento de que as SES ainda não estão entrando de fato no processo de regionalização descentralizada, por exemplo, no repasse de instalações, na alocação de recursos, etc. O clamor é de que as SES realmente venham a se envolver mais profundamente, inclusive na alocação de recursos, mediante uma mudança de uma cultura centralista, que se recusa a incentivar os municípios na direção da GPSM. Da mesma forma, a expectativa é que os estados também participem formalmente da GP e assumam as devidas prerrogativas. Quanto ao tema da responsabilidade dos estados, insiste-se em que essa está suficientemente clara nas leis e nas normas e que se a insuficiência de recursos ainda vigora, isto acontece também por responsabilidade desta esfera de governo.

Quanto aos municípios, uma preocupação forte é a de o retardo de sua entrada em GPSM ser um obstáculo para maiores avanços no sistema, o que deve motivar incentivos para que isto aconteça. Um ponto nevrálgico é que, apesar de os municípios serem hoje grandes investidores em saúde, mesmo assim vêm sendo penalizados, pois mesmo o sistema de pagamentos por capitação pode falsear a verdade, pois não diferencia inteiramente o que é municipal do que é extramunicipal. É lamentada também a relativa falta de liberdade para os gestores municipais atuarem na alocação de recursos, por exemplo, na média e na alta complexidade. Em uma expressão sintética, a aspiração dos municípios é de serem gestores dos recursos públicos como um todo e não apenas serem os «gerentes locais» do MS. Registra-se também a preocupação com a representatividade dos COSEMS nas discussões nos estados, alertando-se que os mesmos devem representar todos o municípios e não apenas segmento em GPSM, como vem acontecendo. Admite-se, aliás, que o CONASEMS tem desafios maiores do que o CONASS neste aspecto, pelas dimensões de sua representação e as naturais dificuldades de arregimentação de interesses.

Ainda, dentro do tema das responsabilidades municipais frente à NOAS, destaca-se o fato de que os chamados aglomerados populacionais devem ser, por natureza, sedes de módulo, pois, mesmo se não vierem a assumir tal condição, o fluxo informal de pacientes continuará a existir. É preocupante o fato de que há muitos municípios médios e grandes que ainda não estão incluídos como sedes de módulo. Questiona-se se os mecanismos para a GPSM estão realmente adequados à realidade dos municípios brasileiros. Questiona-se, ainda, acerca dos municípios em GPSM que não constituem pólos de referência, como é que ficaria o financiamento, no que a SAS esclarece que isto depende do que for definido pelos próprios gestores na PPI. É relatada a situação de alguns municípios médios da região NE, que têm condições de igualdade na oferta de serviços, mas padecem de enorme desigualdade na distribuição dos recursos e que

somente a elaboração formal da PPI, sem mecanismos compensatórios, pode não ser suficiente para resolver tal pendência. Uma questão delicada posta em destaque é que, apesar de todo o avanço, resta o enorme desafio de fazer municípios e prestadores conhecerem e praticarem as informações disponíveis, evitando um confronto desnecessário entre gestores e prestadores (que muitas vezes exercem uma visão meramente contábil) pelos recursos que são, em última análise, *públicos*.

O fato de que o município de São Paulo, capital, ainda não esteja em GPSM provoca reações contrárias, pois faz pouco sentido no contexto atual.

Na AB alguns problemas são relatados, como, por exemplo, a existência de desníveis na qualidade de atendimento, agravados pelo fato de que nem sempre tal modalidade é oferecida localmente de forma integral, gerando distorções. As avaliações realizadas através de informações de bancos de dados têm evidenciado inúmeras dificuldades, tais como deficiências de registros, alimentação e remessa de informações e sub-registros de informações. Existem municípios que, por diversas circunstâncias, chegam a ficar dois meses sem alimentar os bancos de dados.

Quando a questão é o financiamento, as divergências são, sem dúvida, marcantes. A questão da *descentralização sem recursos* é recorrente, bem como a das dificuldades em praticar a *eqüidade*. A questão dos tetos financeiros insuficientes comparece também de forma reiterada e é considerada ainda um processo que depende de negociações muito penosas, ou até mesmo «um verdadeiro tabu» para o MS. É deplorado o caráter de «monetarização dos procedimentos», um vício do sistema antigo não superada no SUS, nem mesmo com o advento da NOAS.

Como situação exemplar das dificuldades presentes no financiamento, é lembrada a política de RH, na qual os concursos públicos muitas vezes não conseguem atrair médicos e outros profissionais, o que leva à desativação de serviços, com conseqüente retração de recursos — aspectos em que é preciso aprofundar as discussões, embora na visão de algumas pessoas isto deva ser remetido às CIB.

Outro aspecto lembrado como pendência ainda não resolvida, embora tenham passado muitas vezes desde que se estabeleceram compromissos neste sentido, é o do financiamento do PACS/ PSF, no qual não se registram avanços até o momento.

O CONASS tem se pronunciado sobre os pontos pendentes nas discussões da NOAS e aponta especialmente a existência de algumas questões financeiras. Assim, posiciona-se pela necessidade de revisão dos tetos financeiros da assistência, principalmente de média e alta complexidade, bem como pela definição de cronogramas de implementação para o comando único municipal sobre os prestadores de serviços, nos casos de GPSM.

Com relação ao financiamento da alta complexidade, esta entidade considera tal questão pouco discutida, de forma a se levar em conta a necessidade de incremento de recursos, face às demandas crescentes e as novas tecnologias. Admite ainda a possibilidade de qualificação apenas com o PAB fixo e, posteriormente, a incorporação do PAB ampliado, mesmo sabendo que não seria a proposta ideal, mas sim a mais adequada para uma definição imediata de critérios de financiamento.

Houve também críticas ao chamado *Integra-SUS*, que quebraria o comando único e enfraqueceria os gestores. Da mesma forma, são lembradas outras contradições e pendências atuais, como, por exemplo, o caso da portaria que regula pagamento de diferenciais de tabela com recursos próprios — o momento para a mesma pode não ser o mais adequado.

A SAS/MS anuncia alguns estudos realizados na área de laboratórios que demonstram elencos de exames complementares incoerentes com o nível de complexidade determinado da PPI, refletindo mais uma pressão de oferta do que propriamente necessidade; neste aspecto, estudos adicionais locais e estaduais devem ser estimulados no sentido de fomentar a qualificação e a divulgação de informações, visando às comparações necessárias e à identificação das distorções.

PROPOSTAS & ENCAMINHAMENTOS

Reconhece-se que a NOAS é muito complexa e sua compreensão é algo que precisa ser amadurecido, dentro de uma discussão que deve ser também conceitual, através de um autêntico *processo,* que não deve ser visto como mera sucessão de etapas. Assim, diretrizes sobre o papel dos municípios, dos estados e do Ministério da Saúde no sistema regionalizado de assistência à saúde devem ser definidas com mais clareza, por exemplo, com a elaboração de um documento onde, a partir da Lei 8080, sejam descritos de forma clara e unívoca os papéis dos municípios, dos estados e do governo federal no sistema de assistência à saúde do SUS, com ênfase no processo de regionalização definido pela NOAS. A idéia central é a de que os três níveis de governo não precisam competir entre si. O papel de indução do MS continua necessário e não pode ser dispensado, para gerar, numa perspectiva de longo prazo um aumento significativo da GP no País.

A boa prática estaria sem dúvida em uma configuração «sistêmica» da rede, com atuação positiva das SES e otimização da utilização dos recursos e também da relação com prestadores. É importante não penalizar justamente o município que está avançando. A NOAS vem ao encontro de soluções para tal problemática. Isto se traduziria no conceito de *governança*, ou seja, práticas de gestão mais amplas, sobre redes e sistemas complexos, com muitos interlocutores presentes — uma lógica mais adequada e contemporânea que se

antepõe ao sentido tradicional de «governo». Em outras palavras, uma lógica de cooperação entre níveis de governo deve prevalecer, superando-se estágios de tensão e competição. Isto constitui um fator essencial para o sucesso do processo de descentralização, e a própria exigência dos cidadãos neste sentido é palpável, inclusive demandando descentralização de decisões, pois o ganho de eficácia é muito grande e visível.

A cooperação interinstitucional é algo a ser cultivado e mantido; o processo de se «olhar para fora» por parte dos gestores é muito importante, de forma a se poder fazer comparações, ter acesso a experiências novas, rompendo-se o isolamento.

Sem dúvida, a entidade chamada *Estado*, a unidade federativa, deve ser preservada acima de tudo, pois não só faz parte real da federação brasileira mas também tem um forte papel a cumprir nas políticas sociais.

Em termos específicos, foram apontadas as seguintes propostas e encaminhamentos:

1. Instrumentos da NOAS

a. Que seja definida uma metodologia de trabalho para a avaliação dos PDR, baseada em critérios transparentes e numa lógica de envolvimento das equipes estaduais, com forte participação das equipes das SES em tal processo, inclusive com práticas publicizadas em relação aos critérios, indicadores e a própria metodologia de avaliação, acrescida de *auto-avaliação* das equipes;

b. Pela necessidade de clareza em relação aos recursos a serem oferecidos à população residente *versus* a população referenciada, para todos os municípios, independentemente da condição de habilitação;

c. Que os processos de negociação e busca de consenso nas CIB venham a equacionar o balanço entre a necessidade e os recursos disponíveis para todos os municípios;

d. Que o PDR e a PPI sejam elaborados e apresentados anualmente por todos os municípios e estados, independentemente da condição de gestão, dando-se transparência aos acordos de reorganização dos sistemas estaduais de saúde;

e. Que os prazos definidos na NOAS não venham a prejudicar os municípios, com a intervenção do CONASEMS no sentido de esclarecer e explicitar propostas quanto a isto, prevalecendo ainda o acordo em cada CIB.

2. Regulação

a. Que os princípios da NOB 96 continuem em vigor, como, por exemplo, comando único, descentralização, comando único e repasse fundo a fundo;

b. Pela admissão de diferentes lógicas de gestão com os princípios básicos respeitados;

c. Que a regulação do sistema sobre os prestadores de serviço seja praticada com competência e compromisso com as necessidades coletivas, com os todos os estados criando e aperfeiçoando sua capacidade regulatória;

d. Pela possibilidade de experimentação de modelos de regulação dentro do sistema, por exemplo, em 2 ou 3 microrregiões, para testar protótipos de sistemas organizacionais de governo do sistema, conforme as diretrizes sobre os papéis dos três níveis de atores do SUS, a serem traçadas solidariamente, com a presença de representações de gestores e da academia;

e. Que sejam desenvolvidas mais pesquisas sobre o acesso nas redes;

f. Pela constituição de uma Central Nacional de Regulação (CNR), organizada a partir de CR em cada estado ou município, ou pelo menos pela organização, dentro de critérios mínimos, de setores organizados de Controle e Avaliação;

g. Pela organização e gestão do sistema de referências com o estabelecimento de uma Câmara Nacional de Compensação e o fortalecimento da gestão estadual de referências, com o estabelecimento de mecanismos de acompanhamento; fluxos de informação; periodicidade da alteração de valores; condicionamento de repasse a municípios ao cumprimento do TCGA; bem como esforços para que todos os estados assumam a condição de Gestores Plenos dos respectivos Sistemas de Saúde;

h. Pela definição de um arcabouço jurídico que dê sustentação adequada às ações de controle e auditoria nos âmbitos dos estados e dos municípios, bem como definição de uma minuta-padrão e de um prazo máximo para a conclusão do processo de contratação de prestadores e ainda a abolição dos contratos com pessoas físicas (código 7), incorporando-os aos contratos de pessoa jurídica já existentes; pela busca de alternativas de tratamento diferenciado aos prestadores que têm e os que não têm contrato firmado com o SUS;

i. Que se aumente a oferta de serviços mais complexos por parte dos municípios, mas com determinadas cautelas, evitando-se a superoferta e a pressão de meras expectativas de consumismo em saúde em contraposição às necessidades reais da população, com discussão da oferta de tais serviços com a sociedade.

3. Atenção Básica

a. Que se valorize mais o gestor que investe na AB, diminuindo-se as internações, por exemplo, sem a concomitante redução de teto financeiro;

b. Pela busca de alternativas para o não-cumprimento efetivo por parte dos

gestores da Portaria 1158 de 08/08/2001;

c. Pela avaliação do desempenho dos indicadores do Pacto da Atenção Básica nos municípios que pleiteiam a habilitação em GPAB;

d. Pela revisão dos critérios de financiamento e incentivos por cobertura no PSF em grandes núcleos urbanos;

e. Pelo prosseguimento da avaliação e divulgação da avaliação já realizada pelo DAB/MS em relação ao PSF, bem como providências já eventualmente executadas;

f. Pela vigência de uma agenda única de prioridades do Ministério da Saúde, enfatizando a AB;

g. Pela flexibilização do PSF de acordo com as especificidades locais, levando-se em consideração o modelo, os indicadores e o processo de avaliação; pela reabertura das discussões referentes à definição de "Programa Similar" ao PSF.

4. Financiamento

a. Pela avaliação mais criteriosa da questão da inflação no setor saúde, responsável por distorções que trazem dificuldades nas programações;

b. Que os estados participem de fato do financiamento do SUS;

c. Que sejam realizados estudos para a criação de um fundo de contingência para as situações distorcidas apontadas, por exemplo, no NE e no ES, bem como para o custeio do transporte, questões a serem discutidas no âmbito das SES;

d. Que se busquem mecanismos de equalização tendo por base a demanda real, porém não incluídos no teto dos estados;

e. Pelo fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, com revisão do modelo de gestão do teto financeiro da assistência, tendo como pressupostos a qualificação do maior número possível de estados com o cumprimento dos principais requisitos da NOAS;

f. Sobre o TFA (propostas do CONASS):

   i. Que haja o estabelecimento de teto financeiro (TFA) a partir do processo formal de qualificação estadual, de acordo com a programação de TFA municipal relativo à população residente no município e também do TFA estadual subdividido em TFA das referências intermunicipais, separando dentro deste o que for alocado para outros municípios e TFA dos prestadores de serviço sob

gestão da SES, englobando a totalidade dos serviços nesta condição;

ii. Que o TFA municipal relativo à população residente seja transferido fundo a fundo e automaticamente ao município habilitado em GP do sistema local e incorporado ao TFA estadual dos prestadores sob gestão estadual, no caso dos municípios ainda não habilitados nos termos da NOB 96 ou da NOAS;

iii. Que os municípios habilitados ainda em GPAB recebam automaticamente e por transferência entre fundos a parcela resultante do PAB ou PAB ampliado e que o estado receba o teto da atenção hospitalar e também de alta e média complexidade, caso esteja na condição GPSE; caso não tenha obtido tal condição, exercerá ainda a gestão de tais modalidades, mas o pagamento respectivo deverá ser feito pelo FNS diretamente ao prestador, com autorização pela SES;

iv. Que o TFA estadual das referências intermunicipais entre municípios em GPSM seja também transferido do FNS para os FMS, repasse este condicionado à prestação de informações pelo gestor estadual dos valores pactuados, conforme estabelece o Termo de Garantia de Acesso;

v. Que o TFA estadual dos prestadores de serviços sob gestão da SES, próprios ou localizados em municípios não habilitados, seja repassado automaticamente, entre fundos, para os estados em GPSE e mediante pagamento por produção nos demais;

vi. Pela necessidade de urgente definição do valor e critérios para o PAB ampliado.

g. Que os recursos possam fluir ao sabor dos movimentos que os cidadãos fazem em sua vida, com autonomia para os gestores administrarem a partição dos mesmos, para aplicá-los em benefício de quem de direito;

h. Que o papel verdadeiro das SES, como gestores efetivos do sistema, inclua também o controle da *chave do cofre*, nos três níveis do sistema — em outras palavras, que os gestores sejam *guardadores reconhecidos* dentro do sistema;

i. Que a tabela do SIA-SUS ofereça recursos necessários para uma atenção básica de qualidade; neste aspecto, os estados têm que colocar recursos também na AB.

Brasília, fevereiro de 2002.

2.
Seminário:
O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A REGIONALIZAÇÃO

Autores: Flavio A. de Andrade Goulart: *Professor Titular do Departamento de Medicina Social da UnB*
Lucinéia Morely Machado: *Mestranda em Política Social do Departamento de Serviço Social e Política Social da UnB*

PROGRAMAÇÃO

1. Situação Atual da Implantação da NOAS SUS 01/01

- Maria Helena Brandão – SAS/MS
- Fernando Passos Cupertino – CONASS
- Renato Tasca – OPAS
- Debates

2. Situação Atual da Atenção Básica no Processo de Implantação da NOAS 2001

- Heloiza Machado de Souza – SPS/MS
- Eduardo Medrado – CONASS
- Beatriz Figueiredo Dobashi – CONASEMS
- Debates

3. Organização e Gestão do Sistema de Referências no SUS

- João Gabbardo – SAS/MS
- Armando Raggio – CONASS
- José Enio Servilha Duarte – CONASEMS
- Debates

4. A Importância da Contratualização no Fortalecimento da Capacidade Gestora no SUS

- Renilson Rehem de Souza – SAS/MS
- João Claudio Bastos Pompeu
- João Gabbardo – SAS/MS
- Renê José Moreira Santos – CONASS
- Fernado Antonio Cassio M. Jr. – SES/RS
- Carlos Alberto Gebrim Pretto – CONASEMS
- Debates

MESA 1 – SITUAÇÃO IMPLANTAÇÃO DA NOAS

• **Maria Helena Brandão**

Diretora do Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência DDGA/SAS/MS

Iniciando sua fala, destaca o fato de que hoje um grande grupo nacional de gestores das três esferas está cada vez mais orgânico e que vem ajustando suas diferenças de visão através de um processo de interação e trabalho. Lembra ainda que a reunião da CIT de amanhã vai ser "pautada" pelas conclusões do presente seminário, donde a importância do mesmo.

Analisa, em seguida, o presente momento, que tem no «tempo político» um fator fundamental, pois 2001 é um ano especial, ainda não é o ano eleitoral como é o caso de 2002, no qual as mudanças serão mais difíceis, sem dúvida. Prosseguindo, destaca que a NOAS já trouxe muitos benefícios, até mesmo alguns inesperados, pois «mexeu» na estrutura das SES, possibilitando novos métodos de trabalho e maior participação dos COSEMS nos debates. Trata-se de um movimento bastante positivo, portanto. Assim, o «produto» do presente encontro deve ser explicitado com muita clareza, pelas suas implicações relativas à CIT: «Não levar nada significa revalidar o que está vigente», adverte.

Indaga: como os estados estão no processo de descentralização? Neste aspecto, o DDGA/SAS, com a participação de técnicos das SES, pode oferecer como contribuição alguns termos comparativos, sem querer desvalorizar nenhum gestor.

Inicia pelo processo de regionalização da assistência, no qual se destacam os seguintes componentes: (a) a agenda de saúde; (b) o plano de saúde; (c) o plano diretor de regionalização; (d) a PPI; (e) a habilitação dos municípios e estados, e (f) a qualificação das microrregiões. Neste aspecto, deve-se levar em conta a população atendida no município e a ser referenciada, dando-se atenção à insuficiência de serviços. Há que se contar ainda com processos de apoio, tais como o Cartão SUS, o cadastro de estabelecimento e profissionais, a contratação de prestadores e o SIOPS.

Aborda, a seguir, a situação da Agenda Estadual junto ao Ministério da Saúde, 10 de Outubro de 2001, destacando como: (a) não recebida pelo MS: AM, RR, AP, PB, RO, MT, PR e RS; (b) recebida pelo MS: PA, MA, PI, CE, RN, PB, AL, SE, TO, GO, DF, BA, MG, ES, RJ, SP, MS, SC. Além disso, estão (a) em fase de elaboração: AM e RR; (b) já elaborada, porém não encaminhadas: PI; (c) em fase de aprovação no CES: RO, DF, PB, RS; (d) aprovadas e publicadas: AC, AP, PA, MA, CE, RN, PE, AL, SE, MT, TO, BA, GO, MS, MG, ES, RJ, SP, PR, SC.

A situação dos Planos Diretores de Regionalização estaduais é a seguinte: (a) elabo-

ração de esboço e pactuação com municípios: AC, RR, RO, AM, MA, TO, DF, PE, SE, BA, RJ, SP, RS; (b) concluído e em aprovação CIB/CES: PA, AP, PI, RN, PB, GO, MG, ES, SC; (c) aprovado CIB/CES: MT, MS, PR, CE, AL.

Quanto aos PDI — Planos Diretores de Investimentos, a situação por Estado é a seguinte: (a) identificação de lacunas: AC, AM, RR, RO, DF, GO, TO, MA, PI, BA, ES, SE, RN; (b) pactuação com municípios: RS, SC, SP, RJ; (c) em fase de consolidação na SES: AP, PA, PB, PE, MG; (c) já aprovados na CIB/CES: MT, MS, SC, RN, AL.

A elaboração de Instrumentos e Metodologia de Avaliação dos Municípios em GPSM está como segue: (a) sem informação: PI, MG, DF. ; (b) elaborados: AM, MT, CE, AL, ES, RJ, SP, PR, SC, RS; (c) não elaborados AC, RR, RO, AP, PA, MA, TO, GO, MS, BA, SE, PE, PB, RN. Quanto à situação da Avaliação dos Municípios em GPSM, verifica-se: (a) não iniciaram o processo: AC, RR, RO, PI, MG, DF; (b) em fase de avaliação: AM, MA, RN, SP E RJ; (c) avaliação parcial faltando adequação do mando único e identificação dos recursos de referência: MT, MS, PR, RS, ES, BA, SE; (d) avaliação total concluída: AP, PA, CE, PB, PE, AL, GO, SC; (e) a SES ainda não decidiu não avaliar os municípios GPSM: TO.

Quanto à situação da elaboração do processo da PPI: (a) em fase de definição de parâmetros/critérios para macroalocação de recursos: AC, AM, RR, RO, PA, MA, PI, RN, PE, SE, TO, BA, GO, DF, MG, ES, SP, PR, SC, RS; (b) pactuação da PPI entre municípios: MS; (c) consolidação da pactuação pela SES: AP, PB; (d) aprovação CIB/CES: MT, RJ, AL, CE. Do ponto de vista da utilização do instrumento de PPI nos termos propostos pelo MS, já aderiram AC, AM, RR, RO, PA, AP, MA, PI, RN, PB, PE, SE, TO, GO, BA, DF, MG, ES, MS, SP, PR, SC, RS. E não fizeram adesão MT, CE, AL, RJ.

A situação do cadastramento, segundo o Gestor Estadual, é a seguinte: (a) ainda sem informação: AC, RO, AP, MA, PI, CE, RN, PE, SE, MG, DF, ES, RJ, SP, PR, SC, RS. ; (b) já digitado 50% ou mais: RR, TO, BA, PB, MS; (c) digitado menos de 50%: AM, PA, MT, GO, AL. De acordo com informações do DATASUS, a situação do Cadastramento, segundo o DATASUS mostra que ainda não exportaram dados os estados de RS, PR, SP, RJ, ES, SE, RN, MS, MT, RO, GO, DF, TO. E já o fizeram AC, AM, PA, AP, MA, PI, CE, PB, PE, AL, BA, MG, SC, tendo alcançado a meta apenas o AP.

Analisa também a implantação do Cartão SUS e, neste aspecto, o percentual de adesão dos municípios, por estado, é o seguinte: (a) estados com 100% de adesão: AL, AP, AM, MS, MG, PA, PB, PE, PI, RR, SE; (b) entre os demais estados (PR, CE, RN, ES, RS, RJ, BA, SC, TO, GO, SP, RO, MA, MT, AC) o menor índice é de 70% (AC).

Passa, em seguida à análise dos PDR disponibilizados para a DGA/SAS: (a) o PDR já está detalhado por módulo: AM, RR, AP, PA, PI, CE, RN, PB, AL, SE, GO, MS, PR, SC, RJ,

ES; (b) o PDR ainda se encontra sem detalhamento por módulo em MG, BA; (c) o PDR está em análise: PE; (d) o PDR não foi disponibilizado: AC, RO, MT, TO, MA, SP, RS. Além do mais, já foram identificados, nos PDR, municípios como sede de módulo nos seguintes estados: AM, RR, AP, PI, CE, RN, PB, AL, SE, GO, MS, PR, SC, RJ, ES.

Apresenta, ainda, as seguintes informações selecionadas: (a) situação da Implantação das Redes Estaduais de Reabilitação: (i) em discussão na CIB: MT, GO, ES, PR, AL; (ii) em fase de identificação da rede: AC, AM, PA, AP, PB, PE, SE, BA, DF, MG, SP, MS, SC, RS; (iii) não iniciaram processo de organização: RR, RO, PI, MA, TO, RN, RJ; (iv) elaborada e encaminhada ao MS: CE. (b) número de municípios identificados no PDR como sede de módulo, por Estado: SC (55), PR (90), MS (23), GO (58), RJ (66), ES (34), SE (14), AL (33), PB (36), RN (26), CE (96), PI (27), AP (6), AM (19), RR (7).

- **Fernando Passos Cupertino**

  Presidente e Representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS

O expositor registra a posição do CONASS a partir de documentos elaborados recentemente pela entidade, entre os quais cita: (1) NT 26/2001; (2) Ofício 149/2001, e (3) NT 29/2001, os quais orientarão sua apresentação neste evento.

O CONASS propõe o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais, com revisão do modelo de gestão do teto financeiro da assistência, tendo como pressupostos: (a) a qualificação do maior número possível de estados com o cumprimento dos principais requisitos da NOAS; (b) o estabelecimento de teto financeiro (TFA) a partir do processo formal de qualificação estadual, de acordo com a programação de TFA municipal relativo à população residente no município e também do TFA estadual subdividido em TFA das referências intermunicipais, separando-se dentro deste o que for alocado para outros municípios e TFA dos prestadores de serviço sob gestão da SES, englobando-se a totalidade dos serviços nesta condição.

Propõe ainda o CONASS: (a) que o TFA municipal relativo à população residente seja transferido fundo a fundo e automaticamente ao município habilitado em GP do sistema local e incorporado ao TFA estadual dos prestadores sob gestão estadual, no caso dos municípios ainda não habilitados nos termos da NOB 96 ou da NOAS; (b) que os municípios habilitados ainda em GPAB recebam automaticamente e por transferência entre fundos a parcela resultante do PAB ou PAB ampliado e que o estado receba o teto da atenção hospitalar e também de alta e média complexidade, caso esteja na condição GPSE; caso não tenha obtido tal condição, exercerá ainda a gestão de tais modalidades, mas o pagamento respectivo deverá ser feito pelo FNS diretamente ao presta-

dor, com autorização pela SES; (c) que o TFA estadual das referências intermunicipais entre municípios em GPSM seja também transferido do FNS para os FMS e repasse este condicionado à prestação de informações pelo gestor estadual dos valores pactuados, conforme estabelece o Termo de Garantia de Acesso; (d) que o TFA estadual dos prestadores de serviços sob gestão da SES, próprios ou localizados em municípios não habilitados, sejam repassados automaticamente, entre fundos, para os estados em GPSE e mediante pagamento por produção nos demais.

Prosseguindo, o expositor aborda o tema da definição dos critérios e parâmetros para a PPI. Neste campo, a posição da entidade é a seguinte: (a) pela necessidade de clareza em relação aos recursos a serem oferecidos à população residente *versus* a população referenciada, para todos os municípios, independente da condição de habilitação; (b) os processos de negociação e busca de consenso nas CIB precisa equacionar o balanço entre a necessidade e os recursos disponíveis para todos os municípios, e (c) que o PDR e a PPI sejam elaborados e apresentados anualmente por todos os municípios e estados, independentemente da condição de gestão, dando-se transparência aos acordos de reorganização dos sistemas estaduais de saúde.

O CONASS se posiciona ainda pela necessidade de revisão dos tetos financeiros da assistência, principalmente de média e alta complexidade, bem como pela definição de cronogramas de implementação para o comando único municipal sobre os prestadores de serviços, nos caos de GPSM.

Sobre a definição de valor e critérios de financiamento para o PAB ampliado, o expositor julga importante ressaltar que o valor do PAB está diretamente relacionado ao processo de habilitação da NOAS e também à qualificação das microrregiões.

Sobre a questão da atenção básica, os posicionamentos relatados foram: (a) pela necessidade de urgente definição do valor e critérios para o PAB ampliado, sendo relatado o teor de ofício do CONASS ao secretário-executivo do MS, propondo um adicional de R$0,50 *per capita*/ano, com o acréscimo de mais R$0,50 para os municípios com PAB fixo inferior a R$11,00, inclusive com estimativa de impacto financeiro; (b) pela busca de alternativas para o não-cumprimento efetivo por parte dos gestores da Portaria 1158 de 08/08/2001; (c) pela avaliação do desempenho dos indicadores do Pacto da Atenção Básica nos municípios que pleiteiam a habilitação em GPAB; (d) pela revisão dos critérios de financiamento e incentivos por cobertura no PSF em grandes núcleos urbanos; (e) pelo prosseguimento da avaliação e divulgação da avaliação já realizada pelo DAB/MS em relação ao PSF, bem como providências já eventualmente executadas; (f) pela reabertura das discussões referentes à definição de "Programa Similar" ao PSF.

Com relação à organização e gestão do sistema de referências, o posicionamento da entidade é: (a) necessidade de estabelecimento de uma Câmara Nacional de Compensação; (b) fortalecimento da gestão estadual de referências, com o estabelecimento de mecanismos de acompanhamento; fluxos de informação; periodicidade da alteração de valores; condicionamento de repasse a municípios ao cumprimento do TCGA; bem como esforços para que todos os estados assumam a condição de Gestores Plenos dos respectivos Sistemas de Saúde.

Com relação ao financiamento da alta complexidade, o CONASS encarece a necessidade de discussão desta questão, levando em conta a necessidade de incremento de recursos, face às demandas crescentes e às novas tecnologias.

Finalizando, a questão dos contratos é destacada como elemento chave da capacidade gestora no SUS, com ênfase nos tópicos seguintes: (a) necessidade de definição de um arcabouço jurídico que dê sustentação adequada às ações de controle e auditoria nos âmbitos dos estados e dos municípios; (b) necessidade de definição de uma minuta-padrão e de um prazo máximo para a conclusão do processo de contratação de prestadores; (c) pela abolição dos contratos com pessoas físicas (código 7), incorporando-os aos contratos de pessoa jurídica já existentes; (d) pela busca de alternativas de tratamento diferenciado aos prestadores que têm e aos que não têm contrato firmado com o SUS.

- **Renato Tasca**

  Assessoria Técnica OPAS/MS

Inicia destacando que, em relação a processos de regionalização, a experiência de vários países pode ser levantada, e que de maneira geral ocorre por um processo de revisão e reorientação dos rumos, com certa preocupação de racionalizar recursos, como acontece atualmente na Itália, país que tem acompanhado mais de perto.

Insiste em um aspecto marcante, que deve referenciar as análises dos processos de descentralização, que diz respeito à velocidade das mudanças sociais e tecnológicas verificadas contemporaneamente.

Com relação à NOAS, acredita que esta é realmente um passo importante para que se possa garantir que os princípios básicos do SUS sejam operacionalizados. Assim, é natural que a implementação da mesma não seja isenta de muitos conflitos e debates. Mesmo assim, acredita que o atual processo está sem dúvida avançando e que existe um grande grau de consenso no País sobre as questões despertadas por tal discussão. Destaca o fato auspicioso de que a SAS já recebeu, até o momento, a quase totalidade

dos planos diretores dos estados, o que é muito significativo. Além disso, ao captar as questões técnicas colocadas pelos representantes tanto do CONASS como do CONASEMS, tem mais uma prova importante de que o processo está sendo operacionalizado, que há um grande movimento pela descentralização e que também já está superada a etapa de discussão inicial.

Lembra ainda, para encerrar suas palavras, que faz parte do processo de operacionalização do SUS, particularmente do atual momento de implementação da NOAS, o fato de que os agentes da descentralização, no caso os estados, alcançarão seus resultados em ritmos distintos, que é preciso reconhecer e qualificar.

DEBATES

1. Sem dúvida o presente debate deve ser necessariamente aprofundado, mas o processo de habilitação não é compulsório, sendo o município como que "convidado" a integrar o mesmo e não pressionado a assumir maiores responsabilidades do que estão a seu alcance (Maria Helena Brandão);
2. O processo de regionalização, como previsto na NOAS, não acarreta que o município deixe de ter importância se não for sede de módulo e tal decisão compete ao entendimento havido entre a gestão municipal e a estadual (Maria Helena Brandão);
3. Municípios que não assumem a responsabilidade pela assistência acima dos níveis previstos de atenção básica, segundo a NOAS, estão na verdade transferindo responsabilidades para o estado (Maria Helena Brandão);
4. O que se deve esperar da NOAS é superar progressivamente algumas de suas deficiências, de forma a reordenar as eventuais defasagens de oferta, já que ainda os parâmetros disponíveis ainda são vinculados à oferta e se dispõe de poucos elementos para ampliar a oferta (Armando de Negri);
5. É preciso ficar claro que os recursos para a assistência no País ainda não são suficientes e que existe grande pressão das necessidades não satisfeitas e que estes são fatores importante no "amadurecimento da discussão da NOAS"; da mesma forma, a norma ainda é muito complexa e isto também precisa ser amadurecido, dentro de uma discussão que deve ser também conceitual, através de um autêntico processo, que não deve ser visto como mera sucessão de etapas (Armando de Negri);
6. Os PDI, por sua vez, não podem ser vistos como formados exclusivamente por recursos federais, mas também estaduais (Armando de Negri);

7. Não se pode negar que há no atual momento instrumentos que provocam o gestor a exercer o seu papel e que este é um ganho efetivo do processo (Renilson Rehem);
8. Além disso, cumpre lembrar que conhecer as séries históricas é uma obrigação do gestor e ainda que o SUS tem sua concepção como um sistema de financiamento conjunto, compartilhado e que, assim, a ação do gestor para a alocação de recursos deve ser positiva, o que é fundamental para o bom andamento do sistema (Renilson Rehem);
9. São muitas as definições a fazer para poder se falar realmente em um início de reordenação do sistema; entre os problemas no horizonte, muitos são de natureza política e assim devem ser encarados, em busca de sustentabilidade para as mudanças, situação particularmente grave em um ano eleitoral como o vindouro; no caso do RJ, a opção é de desenvolver o processo de forma completamente ascendente, em busca da tal sustentação; o fato de se ter, hoje, muitos municípios em GPSL é um fato positivo, pois esta é a autêntica "imagem objetivo" do SUS (Valcler — SES-RJ);
10. A capacidade de gestão é um fator a ser considerado, e todos os seus instrumentos devem estar implantados, não apenas a capacidade assistencial; esta é uma discussão que deve ser acelerada, visando-se ao fortalecimento da gestão municipal, de forma a evitar, também, uma certa inércia surgida desde as habilitações aceleradas da NOB 96 (Valcler — SES-RJ);
11. É preciso deixar bem claro que uma SES ausente, omissa ou incapaz simplesmente inviabiliza o conjunto do sistema; ou seja, um papel "apagado" dos estados na gestão do SUS não favorece os municípios, ao contrário do que pensam alguns (Renilson Rehem);
12. A NOAS apenas como "norma", mesmo compartilhada, não produz mudança de forma direta, é o processo que interessa, processo de discussão e transformações sucessivas, com envolvimento dos diferentes atores em busca da "proteção da inovação", para que os diferentes sujeitos possam criar e implementar as mudanças; a presente norma representa uma grande oportunidade para os estados repensarem seu papel no SUS (Renato Tasca);
13. A cooperação interinstitucional é algo a ser cultivado e mantido; o processo de se "olhar para fora" por parte dos gestores é muito importante, de forma a poder fazer comparações, ter acesso a experiências novas, rompendo-se o isolamento (Renato Tasca);
14. Questiona sobre os municípios-sede, que, não sendo sedes de referência, no caso

de não serem plenos do sistema, como ficariam em relação ao financiamento (Elaine SES-SP). M. H. Brandão, da SAS, responde: depende do que for definido pelos próprios gestores na PPI; a questão do recurso adicional também depende da qualificação da microrregião;

15. São relatadas iniciativas da SAS no sentido de se fomentar a qualificação e a divulgação de informações, visando às comparações necessárias e à identificação das distorções, cujo exemplo marcante pertence à área de laboratório, o que tem sido revelado pelos estudos da SAS, com elencos de exames incoerentes com o nível de complexidade determinado, refletindo mais uma pressão de oferta do que propriamente uma necessidade; neste aspecto, estudos adicionais locais e estaduais devem ser estimulados (Maria Helena Brandão);
16. Retoma e insiste na questão do recurso adicional mencionada acima: sua alocação vai ocorrer de acordo com a programação (Renilson Rehem);
17. Quanto maior a plenitude de gestão, melhor para o SUS. Neste aspecto, não há surpresas no processo de habilitação verificado pós-NOB 96, lembrando-se que o verdadeiro papel do MS e das SES é apoiar os municípios em busca de capacidade de gestão e de mais formas plenas de gestão (J. Ênio Servilha);
18. Importante lembrar que a NOAS não pode ter efeito total e imediato, como nenhuma norma, aliás; o caráter progressivo é a regra, até pelas características da própria realidade; ressalta a importância de "desenhos" de regionalização em tempos sucessivos, como feito em MG (Maria Helena Brandão);
19. O PDI neste momento representa apenas um primeiro esforço, um exercício em busca de conhecer melhor a realidade, mas, mesmo assim, já gerou a necessidade de um Portaria MS que passa a orientar as emendas parlamentares, um produto altamente positivo, portanto; há também um caráter de processo, como na PDR (Maria Helena Brandão);
20. Constatam-se grandes avanços com o presente processo, e a perspectiva não é mais autonomista e liberal do ente local, como já ocorreu no passado (Júlio Muller);
21. É relatado o caso do estado de MT, em que diferentes modelos de gestão da assistência foram adotados, uma vez adaptados a cada realidade, como no caso dos consórcios (Júlio Muller);
22. A questão da complexidade da assistência ainda merece aprofundamento: a atenção básica, por exemplo, foco de luta no passado, é hoje um problema bem encaminhado, superando-se tal etapa; quanto à média complexidade, há um processo

de construção, via proposta de regionalização da NOAS, que vem sendo positiva no sentido de organizar o sistema e seus diferentes níveis de complexidade; é lembrado o caso da NOB 96, no qual as longas discussões foram muito positivas, pois geraram soluções para os problemas existentes (Júlio Muller);

23. Lamenta-se a "perda de uma chance histórica" de pensar as microrregiões em forma integrada, de forma não descolada, envolvendo as áreas para além da assistência (saúde coletiva); o momento presente seria adequado para tanto, pois a FUNASA também está descentralizada agora; assim, os Planos de Saúde devem envolver o coletivo também, sendo o momento de avançar na organização de um modelo realmente integral (Julio Muller);
24. Diante do ano eleitoral que se aproxima e das conseqüentes dificuldades em pactuar e repactuar entre gestores, de permeio a tantos interesses, cabe aprofundar as estratégias de ação com gradualidade e visão processualística; todo açodamento pode comprometer a NOAS, pois o momento político, com as eleições vindouras, é de diluição do poder dos gestores e do executivo em geral, dada a lógica política, com maior poder dado aos candidatos (Júlio Muller);
25. Ainda a discussão da média complexidade: há necessidade de equalização, pois os que já alcançaram determinado patamar de recursos não podem ser prejudicados e nem é admissível que os primeiros a chegar levem tudo; citado como exemplo o caso dos pequenos municípios nas periferias dos grandes; é preciso diferenciar capacidade de gestão x capacidade assistencial, assim como é necessário pensar modelos de transição, como, por exemplo, os consórcios; é preciso sinalizar em relação aos recursos adicionais numa perspectiva de tempo, porque existem expectativas dos gestores neste sentido (Júlio Muller);
26. Há sem dúvida divergências no âmbito do CONASS com relação à NOAS, mas é preciso escutá-las em busca de alternativas para as mesmas; seria muito difícil encontrar um modelo único de norma na realidade complexa do Brasil; a diretriz do comando único não deve ser sinônimo de "caixa único" (Júlio Muller);
27. A afirmativa de que "não pode ser uma norma única para o Brasil" é objeto de discordância; comando único pode ser um conceito com diferentes alternativas de operação. O que não pode existir, a NOAS é enfática, são dois gestores em uma mesma realidade; a permanecerem as regras da NOB 96 não surgirá o verdadeiro comando único, mas não seria essa a melhor opção (Renilson Rehem, comentando a fala de Júlio Muller);

28. É necessário esclarecer melhor o que seriam as "necessidades" de acordo com a NOAS; o chamado "tempo político" é um fator positivo no caso dos municípios, neste início de gestão, ao contrário dos outros dois níveis de governo — a agenda deve levar em consideração tal fato; é destacado o verdadeiro "atropelamento" que a NOAS provocou nos gestores municipais (Alcides, SES-CE);
29. Pontos de destaque do debate: (a) os prazos para o CONASEMS precisam de melhor esclarecimento, pois envolvem penalidades pelo seu não-cumprimento; (b) a proposta do CONASEMS de voltar à situação da NOB 96, mesmo transitoriamente, é objeto de discordâncias; (c) quanto às preocupações do CONASS sobre a questão do comando único e da gestão das referências, a unicidade deve prevalecer (Renilson Rehem, tentando uma síntese final);
30. Questão dos prazos (CONASEMS): a necessidade é de contemplar os gestores em diferentes etapas do processo, já que a heterogeneidade é muito grande; é preciso realmente garantir o comando único, mas é fundamental avançar, donde a sugestão relativa à NOB 96 (representante do CONASEMS);
31. Ainda os prazos definidos pela NOAS e sua adequação ao status dado pela NOB anterior: a idéia é não prejudicar os municípios, mas considera que o CONASEMS precisa esclarecer e explicitar melhor sua proposta quanto a isto; deve prevalecer o acordo político em cada CIB (representantes da SAS/MS);
32. Fortalecimento da gestão estadual pode não encontrar na NOAS os instrumentos suficientes, donde a proposta do CONASS referente à gestão das referências, procurando um mecanismo mais seguro e adequado ao momento do processo de descentralização; o comando único ainda não é objeto de consenso, mas sobre isso deve-se levar em conta as realidades pré-existentes nos estados (representante do CONASS);

MESA II – SITUAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

- **Heloisa Machado de Souza**

Diretora do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde/DAB/MS

A expositora iniciou sua apresentação lembrando as dificuldades encontradas para a escolha de indicadores que refletissem os resultados qualitativos. Essas dificuldades e a exigência de padronização de dados resultaram na redução das escolhas elementares, que pudessem refletir a simples existência de serviços.

As principais linhas de ação da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS) são o PAC —

Programa de Agentes Comunitários de Saúde e o PSF — Programa de Saúde na Família, o Programa de Humanização do Parto, a capacitação de recursos humanos, a assistência farmacêutica básica, o PITS — Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde, a bolsa-alimentação, a eliminação da hanseníase e o controle da tuberculose, a campanha da diabetes e a promoção da saúde.

A avaliação da atenção básica tem como componentes o Pacto da Atenção Básica, a alimentação dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde, a estrutura de rede física e de recursos humanos e a produção de serviços nas áreas estratégicas.

O Pacto da Atenção Básica é realizado tendo como base a situação atual, vista através da avaliação do Pacto 2000 e do Pacto 2001. São consideradas como indicadores as consultas básicas, a cobertura vacinal com a terceira dose de DPT, além de outros indicadores. A expositora lembrou que nos indicadores de 2000 estão incluídas as consultas de emergência.

Quanto à avaliação do Pacto 2000, vinte estados enviaram a avaliação até o presente momento (74%). Destes, 40% cumpriram o prazo (6 de setembro), 50% enviaram-na ainda em setembro e 10%, em outubro. Sete estados ainda não enviaram: MT, PA, PE, PI, RO, TO. Quanto à avaliação do Pacto 2001, vinte e um estados enviaram (78%), sendo que 14% cumpriram o prazo (6 de setembro), 48% enviaram-na ainda em setembro e 38%, em outubro. Existe uma proposta de mudança de prazos, já que as falhas chegam a mais de três meses consecutivos. Informou que 12% dos municípios brasileiros não estão cumprindo os prazos. Ressaltou que, por portaria, se determina o atrelamento ao cadastro nacional e também o registro da produção de serviços estratégicos.

Uma análise mais detalhada mostra que 13 estados (62%) enviaram os dados nos instrumentos adequados, 5 estados (24%) enviaram-nos em papel, três estados (14%) utilizaram somente o «simpacto». O Piauí não enviou a pactuação do estado, somente a dos municípios; já o Rio Grande do Norte enviou somente a pactuação do estado, não incluindo a dos municípios. Até o momento, seis estados não a enviaram. São eles: RO, PA, TO, MA e MT.

O cronograma para o pacto 2002 tem como proposta a definição dos indicadores (15/12/01), a publicação da portaria (20/12/01), a disponibilização do «simpacto» municipal (15/01/02), o envio dos Pactos Municipais às SES (15/02/02) e o envio dos Pactos Municipais e Estaduais ao MS (28/02/02).

Dois pontos merecem ser destacados quanto à alimentação dos Sistemas Nacionais de Informações em Saúde. O primeiro é a qualidade dos dados. O segundo é a alimentação dos sistemas, na qual existem falhas, o que pode gerar problemas na alimentação dos sistemas de informação (fluxo de regularidade e cronograma de envio). Seria válido rever a questão de fluxo e o cronograma de remessa dos dados.

A estrutura de rede física e de recursos humanos, levantados através do Cadastro de Estabelecimentos de Saúde, permite o conhecimento de dados atualizados e de maior detalhamento das unidades de saúde e dos recursos humanos disponíveis. Quanto à produção de serviços nas áreas de atuação estratégicas, alguns dados são preocupantes: 50% dos municípios não apresentaram nenhum registro da coleta de CCO, 47,5% dos municípios não apresentaram nenhum registro dos procedimentos coletivos em odontologia e 10% dos municípios em Gestão Plena da Atenção Básica não apresentaram registro de terceira a dose de DPT.

A expositora apresentou alguns dados do monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família nos estados de Piauí, Alagoas, Sergipe, Paraíba e Amapá. Assim, quanto ao atendimento ginecológico, 71% das unidades possuem mesa ginecológica; 69% possuem espéculo, equipamentos considerados indispensáveis para o atendimento. Existe preocupação com a falta de equipamentos básicos, o que inviabiliza o atendimento. No item sobre a realização de ações de imunização, 64% das equipes realizam este procedimento, 29% não realizam e 7% não responderam. Quanto à presença de sala de vacina, 68% possuem uma ou mais salas. Esta situação necessita ser melhor avaliada, pois pode estar sendo afetada por alguns problemas como a localização das equipes do PSF. Algumas equipes podem não realizar as imunizações por estarem situadas próximas a Centros de Saúde que já realizam esta atividade.

Ainda quanto à avaliação do PSF, no quesito das ações básicas de controle da tuberculose e da hanseníase, 52% fazem o diagnóstico da hanseníase, enquanto 26% executam o tratamento; 66% diagnosticam a tuberculose, sendo que 35% efetuam o tratamento. A proposta é qualificar as equipes para o diagnóstico de hanseníase e estimular que isso seja uma responsabilidade assumida pelas mesmas.

Está em andamento uma proposta de acompanhamento mediante um cronograma de monitoramento da implantação e funcionamento das ESF — Equipes de Saúde da Família. É um projeto-piloto de avaliação, que está sendo efetivado com um grande esforço, através da aplicação de um questionário. A proposta é avaliar todos os estados. Existe um grande esforço no sentido de cumprir o cronograma e uma proposta de articulação com universidades para agilizar este processo. Espera-se avaliar a estrutura de funcionamento e o processo de atividades desenvolvido pelas equipes, ou seja, busca-se avançar nas discussões, considerando-se o PSF modelo prioritário. Algumas perguntas são de fundamental importância neste processo. Como, por exemplo, se a equipe é uma estrutura paralela ao sistema ou está reestruturando o modelo atual da atenção à saúde. Neste aspecto, até o momento já foram avaliados os seguintes estados: Piauí, Alagoas, Sergipe, Paraíba, Amapá, Paraná. A proposta apresentada para o

cronograma de monitoramento das ESF é que Goiás e Maranhão sejam avaliados em outubro. Em novembro, São Paulo; em dezembro, Tocantins e Mato Grosso; em janeiro, Rio Grande do Sul, Minas Gerais e Distrito Federal; em fevereiro, Rio Grande do Norte e Mato Grosso do Sul; em março, Santa Catarina, Rio de Janeiro e Pernambuco; em abril, Espírito Santo, Bahia, Ceará e a Região Norte que estará sendo monitorada como projeto especial.

A classificação dos municípios em relação a alguns dados precisa ser melhor investigada. A expositora enfatizou a existência de uma proposta de acompanhamento e monitoramento dos dados, já que algumas informações são preocupantes, sendo que municípios de pequeno porte teriam esta situação agravada. No entanto, deve ser ressaltado que é nesses municípios que existe o PACS.

Existe um projeto-piloto de avaliação, através da aplicação de um questionário, que já está sendo consolidada em alguns estados. O levantamento realizado enfatiza a estrutura de funcionamento e processo de atividades. Há também a proposta de articulação com universidades.

A expositora finalizou sua apresentação afirmando que certas questões necessitam ser aprofundadas, como a existência de um melhoramento na atenção básica que não está refletido somente nos indicadores de saúde.

- **Eduardo Medrado**

  Representante do CONASS — Secretário de Estado de Saúde de Tocantins

O expositor fez uma apresentação sobre o Programa de Saúde da Família no estado de Tocantins, enfatizando os desafios encontrados, bem como suas perspectivas e propostas. Lembrou, inicialmente, a existência da produção de 14 mil AIH, enfatizando a necessidade de superar a linha tradicional que existe entre produção da doença e dos serviços de saúde. Com a criação do Estado de Tocantins, uma providência tomada foi retirar as AIH do setor privado, tornando público o sistema. Lembrou ainda os princípios do SUS, como a universalidade (toda a população deve ter acesso aos serviços essenciais) e a eqüidade (igual oportunidade de acesso a todos os níveis).

Para que haja a satisfação das necessidades prioritárias, enfatizou, é preciso fazer análises e cuidadosa seleção dos possíveis elementos requeridos para satisfazer as necessidades, como também a avaliação dos indicadores e do PSF, destacando que o avanço na atenção básica implica aumentar a sua resolutividade. Quanto à questão da integralidade, não se pode separar rede básica daquela de média e alta complexidade.

Abordou em seguida algumas características gerais importantes da estratégia do PSF na atenção básica quanto ao conteúdo dos programas, enfatizando que devem ser acentuadas as atividades de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Admite que tal programa ainda apresenta inúmeros desafios, como recursos humanos, operacionais e gerenciais, além do aumento da resolutividade.

Segundo o expositor, a formação profissional dos integrantes da ESF é voltada ainda para uma visão assistencialista, mercantilista e hospitalar. Citou como desafios o conhecimento e a vivência por parte dos profissionais da saúde do que realmente é o PSF, a necessidade da visão generalista do atendimento ao indivíduo, agravados pela ausência de equipes do programa em alguns municípios.

Quanto aos recursos operacionais, destacou a falta de integralidade ainda verificada no sistema, o que significa a necessidade de melhoria da contra-referência para assegurar a continuidade do atendimento. Há necessidade de melhoria na qualidade da assistência prestada e na qualificação dos integrantes da equipe na visão referente à atenção básica. Recomendou, para tanto, o fortalecimento e estruturação dos Pólos de Capacitação.

Como outros desafios, de índole gerencial, destacou a melhoria da estruturação e da execução das ações da atenção básica, a descentralização das ações nos municípios, o fortalecimento do sistema de referência e contra-referência. Quanto às perspectivas visando ao maior acesso da população, é preciso ocorrer ampliação da oferta de serviços, da qualificação profissional e da disponibilidade de medicamentos, equipamentos e insumos. O aumento da resolutividade da atenção básica implica a melhoria dos indicadores. Estes precisam ser avaliados pensando-se em metas, como a redução da mortalidade infantil; a melhoria da qualidade e o aumento das consultas de pré-natal; reorganização do sistema local de saúde; a diminuição do número de exames complementares, de consultas especializadas, de encaminhamentos de urgência e emergência e das internações hospitalares desnecessárias.

A proposta de trabalho médico em Tocantins procura levar em conta as particularidades locais e a densidade demográfica. Nela, o médico do PSF deve atender nas próprias unidades do sistema tradicional nos casos de municípios com até 20.000 habitantes, cobertura de PSF menor ou igual a 70%, que não sejam sedes de módulo de referência, onde haja adesão do gestor municipal à proposta. Não se permite que o médico trabalhe ao mesmo tempo no Pólo Regional e no PSF. Como justificativa para tal, lembrou as dificuldades em fixar os profissionais (médicos e enfermeiros) nos municípios de pequeno porte, bem como a necessidade de disponibilizar uma unidade com infra-

estrutura física e equipamentos, de forma a assegurar uma maior resolutividade das ações da atenção básica. Além disso, ressalta, o custo da manutenção das unidades curativas em municípios de pequeno porte e baixa complexidade é elevado. Esta iniciativa contemplaria municípios com até 20.000 habitantes, com até cinco equipes. O médico, um dia por semana, trabalharia na unidade curativa tradicional.

Enfatizou as dificuldades de pessoal e a grande responsabilidade do profissional, prementes no PSF. Quanto ao problema da formação profissional, encareceu a necessidade de integração com o Ministério da Educação.

Quanto ao financiamento das ações de saúde, defendeu que o valor do PAB assegure o adicional *per capita* para todos os municípios, enquanto a proposta do Ministério da Saúde é apenas para aqueles que possuem um PAB inferior a R$11,00.

Finalizando sua exposição, apresentou alguns dados da situação das equipes PACS/PSF no estado de Tocantins. Quanto à evolução no número de Agentes Comunitários de Saúde, houve um crescimento de 877% no período de 1994 a 2001 (aumentaram de 280 para 2736). Em 2001, houve um aumento de 762% nos municípios cadastrados (o número aumentou de 16 para 138); o número de municípios com o PACS/PSF implantados em 2001 é de 138 com o PACS (98%) e de 109 (64%) com o PSF. O comparativo do número de equipes e municípios com PSF (1999 — 2001) mostra que houve um aumento de 46,1% no número de equipes (169 para 247) e um aumento de 17,2% no número de municípios (93 para 109). O número de profissionais qualificados por categoria existente no PACS/PSF em 2001 é de 227 médicos e auxiliares de enfermagem, havendo 263 enfermeiros e 2736 agentes comunitários de saúde. Chama a atenção para o significativo número de médicos cubanos: dos 109 municípios com ESF, 44,9% possuem médicos cubanos, ou seja, dos 184 profissionais atuantes no mês de setembro, 28% são cubanos.

- **Beatriz Figueiredo Dobashi**

  Secretaria Minicipal de Saúde de Campo Grande — MS — Representante do CONASEMS

A expositora abordou, inicialmente, o processo de avaliação. Enfatizou que a oportunidade da NOAS permitiu a formação de um grupo com três instâncias de governo, o que tem gerado uma excelente oportunidade de pensar a assistência e o processo de avaliação. Ressaltou a inexistência de rotinas consistentes de avaliação nos serviços e o caráter positivo do hábito da avaliação que vem sendo incentivado, inclusive pelo Ministério da Saúde. Para o CONASEMS, o processo de avaliação é realmente imprescindível. No entanto, este também deve ser um processo pactuado. Ressaltou a preocupação com uma avaliação que reflita a qualidade e a resolutividade da atenção

básica. É preciso fazer escolhas coerentes neste sentido, com o uso de indicadores que devem ser adequados para tanto.

A expositora chama atenção para a existência de desníveis na atenção básica e na qualidade de atendimento em todo o País, agravadas pelo fato de que nem sempre a atenção básica é resolvida no próprio município, gerando distorções que devem ser levadas em consideração. As avaliações numéricas realizadas através de informações de bancos de dados vão evidenciar inúmeras dificuldades, como as deficiências de registros, alimentação e remessa de informações e sub-registros de informações. Existem municípios que, por diversas circunstâncias, chegam a ficar dois meses sem alimentar os bancos de dados.

A expositora concluiu que os municípios não podem ser avaliados apenas através de dados numéricos. Os indicadores também devem ser voltados para a oferta de serviços. O processo saúde/doença é complexo e envolve outras questões. Para o CONASEMS, a desabilitação dos municípios não resolve a questão. Se eles estão com dificuldades, necessitam de apoio. As inúmeras dificuldades do PACS e do PSF também precisam ser consideradas, como a precariedade das relações de trabalho, a formação profissional, a rotatividade profissional, a baixa remuneração etc.

O CONASEMS reconhece a existência de inúmeros fatores que dificultam a avaliação e é favorável a este processo, mas quer que sejam levados em conta outros indicadores. A proposta é que se possa realmente conhecer a situação real e atual de todos os municípios, com o uso de indicadores de oferta de serviços e de gestão.

DEBATES

1. O CONASS tem se pronunciado sobre os pontos pendentes nas discussões da NOAS, mas reconhece a existência de questões financeiras. Admite a possibilidade de qualificação apenas com o PAB fixo e, posteriormente, a incorporação do PAB ampliado. Não é a proposta ideal, mas é necessária uma definição imediata de critérios de financiamento. A desabilitação dos municípios não é uma solução, é preciso fortalecer os mecanismos de apoio. A capacitação de recursos humanos não se resolve apenas em serviço, mas sim com o envolvimento dos órgãos formadores. Enfatiza a necessidade de participação dos Conselhos de Saúde e acompanhamento dos serviços de saúde (Valcler — SES-RJ);
2. É necessária uma avaliação real de custos. Existe um constante desafio, que é como garantir a integralidade da atenção. Demonstra preocupação com o acompanhamento da atenção básica. Avaliar a atenção básica não é avaliar o Progra-

ma Saúde da Família. É preciso avaliar um conjunto de indicadores. É necessário um esforço para sintetizar e avaliar Saúde da Família, Vigilância Sanitária, Atenção Básica, ou seja, um conjunto de ações que se potencializam. Os indicadores mínimos são relevantes para avaliar a atenção básica, mas um processo de integração de avaliação poderia ser melhor discutido pelo Ministério da Saúde. A existência de várias agendas denota certa desarticulação do Ministério da Saúde (Valcler—SES-RJ);

3. Defende a proposta de uma agenda única de prioridades do Ministério da Saúde, pois há dificuldades por parte dos estados, que muitas vezes não possuem uma equipe técnica completa e também dos municípios, que enfrentam grandes dificuldades. A situação apresentada, quanto ao quadro da atenção básica, é preocupante. A discussão de critérios comuns de avaliação deve ser pactuada. É preciso melhorar a qualidade sem esquecer a solidariedade dentro do sistema. Não adianta só incentivar o PAB, o Ministério da Saúde deve ter um modelo de cooperação com os estados e municípios. Enfatizou a urgência do processo de capacitação para dar conta da atenção básica e a ênfase atual na formação de especialistas. A forma fragmentada de trabalhar a atenção primária é tão evidente que as Equipes de Saúde da Família ainda são capacitadas para programas (Júlio Muller);

4. Defendeu o uso de três dimensões combinadas para a análise da rede de saúde. A atenção é efetiva se otimiza o uso geral do próprio sistema e se melhora o nível de saúde da população. Portanto, devem ser consideradas as questões das necessidades e não apenas da oferta, assim como o perfil sócio-econômico da população. Além disso, a avaliação da atenção básica deve ter como pressuposto que a mesma é a porta principal do sistema. Para a avaliação do produto, é preciso que sejam considerados os indicadores da situação de saúde e oferta de serviços. É preciso considerar a relação da atenção básica com os outros níveis do sistema. Qual é a capacidade de a atenção básica fazer uma referência ou receber uma contra-referência? No processo de avaliação, o perfil dos profissionais da atenção básica também deve ser considerado (Armando Raggio);

5. A estimativa de quanto os orçamentos municipais gastam na atenção básica revelaria se esta tem realmente a importância que merece. Questiona sobre quando as cidades de grande porte, como São Paulo ou o Rio de Janeiro, terão uma cobertura completa do PSF. É necessária uma solução para o financiamento do PSF, que é aguardada desde janeiro. Ênfase na necessidade de avaliar a capacitação já que, após os treinamentos, os servidores continuam cometendo os mesmos erros (Eduardo Jorge);

6. O PSF deve ser flexibilizado de acordo com as especificidades locais. Enfatiza a existência de várias situações, pois cada região tem suas especificidades. Defendeu a flexibilização do modelo, dos indicadores e da avaliação (Márcia);

7. Considera a avaliação como tema extremamente difícil. Reconhece que algumas coisas avançaram, mas não como o Ministério da Saúde desejava. Ressalta que não basta discutir o recurso do PAB, mas as responsabilidades. Reconhece que os bancos de dados são insuficientes. No entanto, mesmo com as deficiências, o sistema de informação avançou nos últimos dois anos. Houve uma tentativa de modernizar o processo de trabalho (Heloiza — DAB/SPS/MS);

8. Existe a necessidade de melhorar e incorporar propostas, de constituir um grupo para trabalhar uma portaria de avaliação. A discussão da avaliação da atenção básica deve utilizar o PSF como instrumental. Reconhece que o PSF não cobre toda a realidade, mas, como projeto prioritário, deve ter mecanismos especiais de avaliação. O pacto não pode ser visto como um instrumento burocrático e cartesiano. Os indicadores devem estar vinculados ao pacto de Atenção Básica e ao PSF. Ressalta a necessidade de participação do CONASS e do CONASEMS neste processo e defende a proposta de uma agenda de trabalho. Ressaltou a preocupação com avaliação da atenção básica. Existem problemas que precisam ser investigados. Enfatizou a existência de dados preocupantes de cobertura vacinal dos pequenos municípios. É necessário que sejam dadas respostas efetivas a questões elementares e básicas (Heloiza — DAB/SPS/MS);

9. Preocupação com a área de RH, com os profissionais que estão na rede, mas também com a graduação e a pós-graduação. Enfatizou a proposta de discussão com o MEC para a implantação de mudanças curriculares. Está sendo concluída uma primeira etapa de avaliação dos Pólos de Capacitação. Enfatiza a pequena participação das áreas clínicas nos mesmos. Será necessário que os pólos ampliem seu leque de preocupações para além da Saúde da Família, abrangendo todo este universo da atenção básica. (Heloiza — DAB/SPS/MS);

10. Como enfrentar a questão financeira e implantar o PSF nas grandes cidades? Reconhece que existem defasagens na forma atual de trabalhar esta cobertura. A proposta que tem maior adesão é a de trabalhar com a lógica do Distrito Sanitário, o que é mais estruturante. Defende um reforço ao processo de monitoramento da atenção básica e de formação. É preciso pensar na qualidade e não apenas na quantidade. Um cadastramento único com exigências de pré-requisitos (Heloiza — DAB/SPS/MS);

11. Ressalta que não se pode ser muito condescendente na questão da atenção básica. Não defende a desabilitação, mas está convencida de que os municípios devem ter capacidade de cobertura mínima. Não se deve qualificar na NOAS os municípios em situação de não-resolutividade de situações elementares. O Ministério da Saúde recebeu muitas críticas quanto à pobreza dos indicadores. Não se pode desqualificar a avaliação que já foi realizada. Propõe enfrentar o problema aprofundando a avaliação, sem desqualificar a informação que já se tem em mãos (Maria Helena Brandão — DDCA/SAS/MS);

MESA III – ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA NO SUS

- **João Gabbardo**
  Secretaria de Assistência à Saúde — SAS/MS

Inicia destacando que o principal objetivo de sua apresentação é desenvolver o tema das referências entre estados, através da divulgação da proposta da SAS nesta área. Lembra também que esta é uma das atribuições do nível federal de governo, prevista no artigo 16 da lei 8080, que o aborda dentro do dispositivo de «coordenação de redes integradas». Neste aspecto, cita exemplos nas áreas de oncologia, cardiologia, neurocirurgia, etc. Exibe um quadro dos estados que ainda não dispõem de serviços de alta complexidade (AC), fazendo um diagnóstico da situação.

No que tange aos gastos com AC, foram apresentados alguns quadros, através dos quais pode-se inferir que em alguns estados cerca de 100% dos gastos, ou a quase totalidade dos mesmos, são realizados em outros estados, vizinhos ou não. Da mesma forma, se verifica que em algumas UF um percentual apreciável do gasto refere-se a pacientes encaminhados de fora, mesmo quando não se incluem neste cômputo as despesas realizadas com transplantes.

Coloca em seguida a indagação: como regularizar fluxo de pacientes e garantir financiamento nas trocas entre estados? A proposta da SAS é a constituição de uma Central Nacional de Regulação (CNR), organizada a partir de CR em cada estado ou município, ou pelo menos a organização, dentro de critérios mínimos, de setores organizados de Controle e Avaliação.

O papel da CNR seria avaliar as solicitações de AC e, ao mesmo tempo, confirmar a ausência do serviço, avaliar a indicação do procedimento em questão, além de encaminhar ao gestor de destino, no qual seria feito o agendamento, fluxo este que demonstra através de transparências. Está previsto, em tal sistema, a participação dos

chamados Hospitais de Referência, que farão a avaliação da adequação dos procedimentos para a CNR, citando vários casos de hospitais já definidos como tal.

O expositor tece também considerações a respeito do potencial de casos de referência de AC entre estados, estimando-os em cerca de 1320 pacientes mensais no máximo, ou seja, uma demanda aproximada de até 40 pacientes/dia. Espera-se, contudo, que com os CR funcionando regularmente este número poderá ser reduzido. Apresenta dados por estado, referentes a estes «encaminhamentos potenciais». Mostra também o detalhamento do processo de autorização, via sistema AIH e por meio do DATASUS, apresentando possíveis fluxos entre os CR (nos estados) e o CNR.

Aponta, finalizando, as inúmeras vantagens do novo sistema, tanto para os que transferem como para os que recebem pacientes, destacando a possibilidade de informação mais exata sobre os casos referenciados, os desdobramentos para aprimoramento das listas de espera de transplantes, e ainda uma melhor orientação da política de investimentos do MS.

- **Armando Raggio**
  Secretário de Estado da Saúde do Paraná — Representante do CONASS

O expositor esclarece, de antemão, que procurará trazer o entendimento atual do CONASS sobre a questão, mas lembra que ainda não existe consenso absoluto sobre o mesmo na entidade. Admite que a criação das CNR é um ganho e uma necessidade concreta do sistema e que vem a consolidar a posição dos gestores, com maior garantia de acesso para os usuários, entre outras vantagens.

Entretanto, pondera, torna-se necessário ainda um certo grau de aperfeiçoamento dos mecanismos e fluxos das referências dentro do SUS, por exemplo, pelo desenvolvimento mais completo de um sistema de protocolos clínicos, no qual os procedimentos estejam bem definidos e sejam objetos de consenso geral. Afinal de contas, lembra, os recursos são sempre do cidadão e não propriamente dos gestores e é preciso alocá-los com justiça. Considera, sem dúvida, que a atual proposta tem caráter redistributivo, o que representa um avanço.

Sobre a gestão estadual das referências, admite que é necessário preservar atuação das SES, pela garantia de financiamento compartilhado, inclusive na responsabilidade do gasto — é preciso que o estado gerencie dinheiro, sim. Lembra ainda que a questão orçamentária na área da saúde não se resolverá apenas pela vinculação, o que poderia assegurar recursos mínimos. Entretanto, lembra que a garantia de alocação em políticas sociais também é outra questão a ser resolvida, não estando garantida em sua totalidade — o que se tem concretamente ainda é a insuficiência dos recursos.

Prosseguindo, destaca que não deve ser esquecido que o caráter do SUS é de resistência a uma tendência internacional nas políticas sociais, com o afastamento do estado e o conseqüente desfinanciamento por parte do poder público. Assim conclama à palavra de ordem de não perder o SUS, pois para os gestores é preciso ter a grandeza de saber perder e saber a hora de ganhar, mantendo-se em vista a perspectiva permanente de não perder o SUS.

Insiste que o Estado, enquanto entidade, unidade federativa, deve ser preservada acima de tudo, pois não só faz parte real da federação brasileira como tem um forte papel a cumprir nas políticas sociais.

Lembra também que existe legitimidade em atender às necessidades dos cidadãos também como às dos eleitores — a lógica dos políticos não deixa de ter sua legitimidade.

Acredita que os recursos devam afluir ao sabor dos movimentos que os cidadãos fazem em sua vida e, neste aspecto, a situação atual do País ainda é de obstáculos que precisam ser suprimidos. Assim, defende que são os gestores que devem administrar a justa partição dos recursos, para aplicá-los em benefício de quem de direito. Não se trata de tirar dinheiro de ninguém, alerta, mas propõe que a despesa esteja alinhada com a PPI, sendo esta a verdadeira questão de fundo a ser defendida. Defende ainda que o papel verdadeiro das SES, como gestores efetivos do sistema, inclui também o controle da chave do cofre, nos três níveis do sistema — em outras palavras, que os gestores sejam guardadores reconhecidos dentro do sistema.

Considerando algumas questões difíceis ligadas à gestão da alta complexidade, aponta para o consumo das classes médias neste campo, que é cada vez maior; que a chamada inflação médica é uma realidade e que o setor saúde ainda não determina de fato a incorporação de tecnologia — estes são problemas sérios a equacionar.

Finalizando, defende o aumento da oferta de serviços mais complexos por parte dos municípios, mas com determinadas cautelas, evitando-se a superoferta e a pressão de meras expectativas de consumismo em saúde em contraposição às necessidades reais da população. Aponta para a necessidade de se discutir a oferta de tais serviços com a sociedade, cada vez mais, ampliando-se o debate e evitando-se o jargão técnico e a histórica conversa apenas entre pares.

- **José Ênio Sevilha Duarte**

  Secretário Municipal de Saúde de Marília — SP — Representante do CONASMS

Iniciando sua exposição faz menção aos "esqueletos que ainda estão guardados no armário", numa alusão às práticas do velho sistema de saúde no País. Admite, contu-

do, que a NOAS sem dúvida é fonte de avanços que até então aconteciam de forma mais ou menos atabalhoada, mas que, entretanto, não pôde superar totalmente os velhos moldes do antigo INAMPS. O caso da alta complexidade é notório, adverte, introduzindo a questão de saber se seria a CNR de fato uma necessidade no momento.

Defende que a NOAS é apenas o início de um processo, mas que é preciso discutir também outros temas, como eqüidade, integralidade etc., antes de se encerrar definitivamente um autêntico ciclo histórico. Lembra que a NOAS não fornece mecanismos para evitar o "fechamento de fronteiras", no caso dos estados, pois ainda enfoca de forma distorcida a alocação de recursos. Quanto à questão das referências, acredita que a NOAS contempla as preocupações presentes, por exemplo, da definição de tetos municipais e também de responsabilidades sobre recursos.

Uma questãom, sem dúvida delicada, é a do comando único, que deve ser preservado, mas que tal coisa não se resolve simplesmente por força de portarias. Alerta que a discussão política é fundamentalmente necessária, consistindo em uma maneira de respeitar a heterogeneidade da situação brasileira.

Quanto ao tema da responsabilidade dos estados, não tem dúvidas de que esta é clara e que é preciso admitir que a insuficiência de recursos ainda vigora, inclusive por responsabilidade deste ator.

Finalizando, faz críticas ao chamado Integra-SUS, que quebra o comando único e enfraquece gestores. Ressalta que ainda existem muitas outras questões a serem aprofundadas, que representam contradições do momento presente, por exemplo, o caso da portaria que regula pagamento de diferenciais de tabela com recursos próprios — o momento para a mesma pode não ser o mais adequado. Em conclusão, defende que a NOAS representa um avanço sim, mas serve apenas para começar o jogo.

- **Edson Andrade e Eleusis**

  Presidente do CFM e da AMB, respectivamente

Agradecendo a gentileza da cessão da palavra pelo secretário municipal de Saúde de São Paulo, capital, Eduardo Jorge, relatam a ação impetrada no STF sobre um posicionamento da AGU que prejudica, no entendimento das entidades que representam, a aplicação plena da Emenda Constitucional 29.

Propõem manifestações pela não-aceitação passiva de medidas como estas, do MF e da AGU, que reduzem de fato o alcance das conquistas legislativas recentes, acarretando retiradas de 6 a 8 bilhões de reais até 2004. Já existem apoios declarados do

CNS, da CNBB e da OAB. Uma liminar cautelar será julgada no STF dentro de 10 dias aproximadamente. Solicitam, assim, desta plenária uma moção de repúdio, bem como presença ou representação junto ao ministro Moreira Alves, do STF, para impedir o que classificam como "mais uma imoralidade".

DEBATES

1. Central de Regulação é um mecanismo de ampliação da oferta de assistência, sem dúvida. Contudo, a clientela procura encontrar outros caminhos para obter seu direito, por exemplo, um grande número de pacientes que fornecem endereço falso para ter acesso a atendimentos complexos; a tendência é de aumento de demanda por serviços complexos, mas na prática devem ser evitadas as barreiras (Jorge Solla);
2. Os grandes princípios presentes na NOB 96 continuam na NOAS, como, por exemplo, comando único, descentralização, recursos fundo estadual; comando único e repasse fundo a fundo são dois princípios fundamentais; diferentes lógicas de gestão podem ser admitidas, no entanto, os princípios básicos devem ser respeitados; regulação do sistema dos prestadores de serviço é um grande desafio presente e também os estados devem criar e aperfeiçoar sua capacidade regulatória (Jorge Solla);
3. É preciso que a tabela do SIA-SUS ofereça recursos necessários para uma atenção básica de qualidade; neste aspecto, os estados têm que colocar recursos também na AB (Jorge Solla);
4. A capacidade de prover resposta à população deve ser considerada um autêntico "núcleo irredutível" de todo o processo de regulação; torna-se preciso aprofundar mais esta discussão; a idéia de uma Central Nacional de Regulação deve ser trabalhada produtivamente, isto é, sendo esta regulação um autêntico instrumento de inclusão social e também de eqüidade; entretanto, tal debate ainda está ainda muito pobre e pouco articulado, principalmente entre municípios e estados; é óbvio que também a relação entre municípios menores e municípios prestadores seja pautada por um princípio de justiça; cumpre, também, o convencimento, por meio de propostas adequadas, das vantagens da territorialidade aos pacientes e aos gestores (Armando de Negri);
5. As diferentes vontades, a de quem quer vender serviços *versus* aquela de quem possui necessidades de acesso aos serviços devem ser equacionadas mediante

processos solidários de construção de normas, como é o caso da NOAS (Armando de Negri);

6. A questão das referências nem sempre está ligada à ausência de serviços na origem, mas pode estar também ligada a fatores de preferência individual, o que nem sempre tem como ser contemplado; trata-se de um processo muito dinâmico, o das referências, de tal forma que correções e ajustes permanentes serão certamente necessários; a estimativa é que não ocorra uma "explosão" da demanda com a criação da Central de Regulação; questiona se realmente as Centrais deveriam legitimamente também financiar a livre-escolha do paciente (João Gabbardo, respondendo aos comentários anteriores);
7. Fique claro que o MS está trabalhando em busca de um consenso para dar suporte aos desdobramentos da regulação, mas, sem dúvida, hoje está mais fácil de discutir tais questões do que há um ano (Maria Helena Brandão);
8. Em relação ao questionamento de Gabbardo, é feita a defesa do princípio do "ir e vir", ou seja, do respeito às necessidades das pessoas, que devem ter sua viabilização por parte do setor público; contudo, é preciso admitir que a associação entre recursos limitados e demandas crescentes envolve decisões estratégicas. Sobre a discussão do comando único: é defensável em todos os níveis, sim, mas obedecendo ao que está disposto e acordado, por exemplo, nas CIB; afinal, não é possível mudar a Constituição por regulamentos setoriais. Sobre a discussão dos recursos: deve-se procurar que sejam isonomicamente distribuídos, levando-se em conta capacidade instalada e as necessidades, mas, se alguma limitação se impuser, o princípio que deve prevalecer é o do compromisso maior com a vida; neste aspecto, é ainda lembrado que, no que diz respeito à Emenda 29, os estados vão ter maior dificuldade em cumpri-la do que os municípios (Armando Raggio);
9. Entre os cuidados referentes à pactuação está o de respeitar os usuários e seus costumes; a boa organização do sistema fundada na pactuação pode fazer com que algumas regulamentações, como a Central Nacional de Regulação, possam até ser dispensadas (José Enio Servilha);
10. O MS continua trabalhando em várias frentes nesta questão da regulação, mas evidentemente não consegue realizar tudo o que é necessário e ao mesmo tempo, até porque às vezes se trabalha com hipóteses provisórias; na verdade, não existe consenso sobre alguns pontos neste momento, mas espera-se que após a reunião prévia a ser realizada em seguida a este evento, as propostas levadas à CIT possam se aproximar (Maria Helena Brandão).

MESA IV – A IMPORTÂNCIA DA CONTRATUALIZAÇÃO NO FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE GESTORA DO SUS

• **Renilson Rehem de Souza**
Secretário de Assistência à Saúde — SAS/MS

Iniciou sua apresentação enfatizando que, se há necessidade serviços complementares do setor privado, deve ser realizada a contratação através de processo de licitação (Lei n° 8. 666), existindo também outras alternativas, como o chamamento público e a realização de convênio.

Os entes federativos têm autonomia para firmar contratos e realizar processos licitatórios, através das modalidades previstas em lei. A forma mais fácil é através da chamada pública. Lembrou que é possível a ocorrência de inelegibilidade, quando não houver condições de competição.

Quanto ao processo de gestão existente no País, não se trata de contratar apenas um serviço isolado, mas sim constituir uma rede, com necessária definição prévia dos serviços a serem contratados. Assim, o preço pode ser estabelecido sem necessidade de disputa e apesar da existência da tabela SUS, os estados e os municípios têm competência de fixar outros patamares, ou seja, sua própria tabela.

Para o expositor, o processo de chamada pública é simples, e, uma vez publicada a tabela, o gestor chama todos os servidores cadastrados, pelo preço fixado em tabela. O edital vincula todo o processo de contratação posterior e é imprescindível obedecer rigorosamente a todos os procedimentos para a formação do processo de contratação. Em síntese, orienta, o edital de chamada pública (definição de serviços e estabelecimento de critérios) é o instrumento fundamental para o gestor. Através dele, é desencadeado um processo de definição de modelos de contrato, de ajuste entre entes públicos, além do uso da tabela nacional ou fora da mesma quando os recursos forem próprios.

• **João Cláudio Bastos Pompeu**

Aborda o tema das «Orientações para a compra de serviços de saúde». Chama atenção para que o edital deve ser bem elaborado e completo, a fim de serem previstas todas as possibilidades, tendo como parâmetro as Leis 8.666 e 8.080, devendo estar claro que decisões dos gestores não se sobrepõem à lei.

Prosseguindo, lembra que existe um objeto (o que se está comprando), um regime de execução e uma dotação orçamentária pela qual ocorrerá a despesa. O fluxo da contra-

tação de serviços começa pela análise da capacidade instalada e da necessidade de serviços. Feito isso, deve-se avaliar o desenho da rede, levando-se em consideração as unidades públicas e buscando-se alternativas, como o compromisso entre entes públicos e convênios. Somente após tais verificações, deve-se decidir pela contratação, ou não, dos serviços. Caso se decida pela contratação, tal processo deve ser feito por licitação (Lei 8.666/93) ou chamamento público. Neste, as empresas privadas sem fins lucrativos, que têm prioridade, podem prestar serviços através de convênio ou contrato de gestão (no caso das organizações sociais). As empresas privadas com fins lucrativos, caso escolhidas, farão acordo por meio de contrato. Como formas de contratação, tem-se a licitação (Lei 8.666/93) por preço ou por condições técnicas e preço ou ainda, no caso de inelegibilidade de licitação, (art. 25, da Lei 8. 666/93), a chamada pública.

São fundamentos, para a inexigibilidade de licitação, a constituição de uma rede de serviços de saúde e o preço estabelecido pela tabela SUS (art. 25 da Lei 8.666/93).

A chamada pública é o procedimento no qual o gestor público informa a todos os prestadores de serviços de saúde cadastrados, que se disponham a integrar o SUS pelos preços estabelecidos na tabela, do seu interesse em contratá-los. Uma vez realizada a chamada pública, os gestores terão uma série de prestadores potencialmente qualificados, aptos a fazer contratos com o SUS. A chamada pública é realizada através dos seguintes passos: fixação da tabela a ser praticada, edital de chamada pública, ficha cadastral padrão e mais a circular da Secretaria Municipal a todos os prestadores de serviços de saúde, divulgando todo o processo. Segue-se a formação do processo de inexigibilidade de licitação para prestação de serviços na área de assistência à saúde. O edital de chamada pública é constituído pelas normas que regulam o processo de contratação. Nele devem estar definidos os requisitos a serem cumpridos pelas unidades de saúde para a prestação de serviços complementares ao SUS, os serviços necessários, os modelos de contrato, o preço a ser pago pelos serviços (tabela SUS de referência) e os critérios de classificação dos prestadores.

São cláusulas necessárias do Edital (art. 55 da Lei 8.666/93): a do objeto; a do regime de execução dos serviços; a de previsão do preço e suas condições de pagamento; a do crédito pelo qual correrá a despesa, com a sua classificação funcional-programática; a de previsão dos prazos de início e final da prestação de serviços, bem como os casos de rescisão.

Além disso, o edital ainda deve conter como cláusulas obrigatórias: a dos critérios objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, mediante indicadores de resultado; a de previsão das obrigações e das responsabilidades das partes; a das pena-

lidades cabíveis e respectivos valores de multas; a da legislação aplicável à execução do contrato ou convênio e sua vinculação ao edital ou ao termo que o dispensou ou inexigiu; a da manutenção, por parte do contratado, das condições estabelecidas na habilitação, exigidas na contratação.

Existem também outras cláusulas recomendadas, tais como a da definição de critérios e indicadores objetivos de avaliação de desempenho a serem utilizados, a da cessão de crédito presumido (quando couber) e ainda a da articulação com o Cartão SUS e com o Sistema de Regulação, Controle e Avaliação.

Como tipos de contrato, temos: o termo de compromisso entre entes públicos, o convênio, o contrato de gestão e os contratos. O Termo de Compromisso entre Entes Públicos é um ajuste firmado entre níveis de governo, no qual se pactuam o uso e as metas de uma determinada unidade prestadora de serviço, sob gerência de um nível de governo e gestão de outro. O Convênio pode ser realizado entre os próprios gestores do SUS, e entre estes e entidades filantrópicas e/ou sem fins lucrativos. O Contrato de Gestão, é firmado entre gestores do SUS e entidades privadas sem fins lucrativos, qualificadas como Organizações Sociais.

Os Contratos de Compra de Serviços entre gestores do SUS e particulares devem ser regidos por uma lógica de pagamento por produção (compra de serviços).

As entidades contratadas devem ter o pagamento de todos os serviços realizados incluídos na fatura. Cabe à entidade contratada o pagamento de todos os serviços e profissionais a ela vinculados.

Em virtude de algumas peculiaridades, instituiu-se a modalidade de repasse mediante a Cessão de Crédito Presumido, o que pressupõe o ajuste entre vontades, previsto no Código Civil, em que um crédito é cedido a terceiro. No art. 1.065, o credor pode ceder o seu crédito, se a isso não se opuser a natureza da obrigação, a lei, ou a convenção com o devedor. Deve ser ressaltado que, segundo o art. 1.067, em relação a terceiros, a transmissão de um crédito só terá valor se for celebrada mediante instrumento público.

Quanto ao repasse mediante Cessão de Crédito Presumido, o prestador de serviços contratado pelo SUS autoriza formalmente, mediante cláusula contratual, o gestor público a depositar os valores correspondentes aos serviços de profissionais, fornecedores específicos e serviços terceirizados em conta bancária do profissional/serviço/fornecedor. O Ministério da Saúde regulamentou esta modalidade para três situações específicas: serviços terceirizados de SADT, serviços de profissionais médicos (pessoas físicas ou pessoas jurídicas) e fornecedores específicos: CAPD e OPM.

Quanto às formas de repasse mediante Cessão de Crédito Presumido, o contrato entre gestor contratante e entidade contratada deve versar sobre o cadastro de profissionais (pessoa física ou jurídica), fornecedores (OPM, CAPD) e terceirizados (SADT). Assim, o Ministério da Saúde é autorizado a realizar cessão de crédito a esses, definindo também o fluxo financeiro.

Dois pontos são fundamentais: a revisão de riscos na contratação dos serviços e a periódica atualização dos cadastros de prestadores. Com referências às causas para a rescisão, o Ministério da Saúde exige a definição de penalidades e multas. É preciso ter isto claro, a fim de evitar problemas com o TCU que, de fato, é quem faz tal exigência.

Também é preciso estar atento à legislação aplicada à exceção do contrato e do requisito de manutenção das condições do contratante. Não se pode mudar as condições depois da efetivação do contrato, o que pode gerar rescisão ou penalidades.

Como sugestão aos gestores, é fundamental o uso das cláusulas recomendadas para auxiliar no processo de contratação, sendo imprescindível o uso de critérios indicadores objetivos de avaliação de desempenho. O contrato deve estar, além do mais, inserido na lógica do sistema, ou seja, vinculado a critérios ou indicadores objetivos de avaliação, como o uso do Cartão SUS, o sistema de regulação, controle e avaliação. O prestador deve estar submetido ao mesmo sistema, e ciente disto.

Finalizando, enfatizou a existência de várias opções para os gestores fazerem contratos com o SUS: convênio, com entidades filantrópicas sem fins lucrativos, contrato de gestão para entidades sem fins lucrativas qualificadas como organizações sociais. Lembrou que algumas questões devem ser consideradas, como a vantagem de maior autonomia administrativa e financeira daquelas entidades que se constituem como Organização Social, sendo que o patrimônio da mesma é público. Informou ainda que deverão ser lançados brevemente os Cadernos de Orientações para facilitar este processo.

- **João Gabbardo**
  Secretaria de Assitência à Saúde — SAS/MS

O sistema público de saúde ao fazer contratos estabelece uma relação com a unidade prestadora de serviços (relação do sistema com a unidade credenciada, prestadora dos serviços). Citou, como exemplo, um hospital que irá se habilitar para a realização de cirurgia cardíaca, com os seus profissionais e equipamentos. O pagamento é feito, diretamente, às entidades contratadas por todos os serviços realizados. Cabe à entidade contratada o pagamento de todos os serviços e profissionais a ela vinculados.

Dada a possibilidade de cessão de crédito, o hospital pode fazer a cessão de crédito do serviço utilizado, procedimento que já é utilizado no caso das órteses e próteses. O pagamento da prestação de serviço é feito à unidade prestadora, ao hospital, que se concordar pode fazer a cessão de crédito do valor correspondente ao serviço profissional, ou a qualquer outro serviço terceirizado.

Quanto às possibilidades de cessão de crédito, podem ser contemplados os serviços terceirizados auxiliares de diagnóstico e terapia, tais como laboratório, radiologia, banco de sangue e também os profissionais (pessoas físicas ou entidades jurídicas, cooperativas). Lembrou que existem redes de profissionais e de serviços e também as cooperativas que podem envolver até mesmo o conjunto dos profissionais da unidade hospitalar, como os anestesistas. Sendo assim, é necessário que o gestor, ao fazer o contrato, explicite a possibilidade da cessão de crédito.

Lembrou, também, que existem várias opções de pagamento para serviços terceirizados. Ao fazer o contrato com a entidade deve estar explicitada a cessão de crédito, e, quando o hospital lançar o CGC, o valor será automaticamente lançado na conta do médico ou serviço terceirizado. A indicação do CGC de outra entidade, pela unidade hospitalar, indica que existe acordo para que seja feita a cessão de crédito. A partir da existência do contrato, o DATASUS faz automaticamente esse processamento.

- **Renê José Moreira dos Santos**

Diretor-Geral da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná — Representante do CONASS

Ressaltou a importância e a oportunidade ímpar de discutir os contratos. A questão ainda não foi debatida com a profundidade que merece e, apesar das mudanças, ainda existem dúvidas, assim como questionamentos legais. Alguns pontos são fundamentais, como a necessidade de ampliar o entendimento do arcabouço jurídico-legal existente.

É indispensável que se chegue a um entendimento uniforme para os gestores, os prestadores e os Tribunais de Contas. A Emenda Constitucional nº 29 está propiciando esta agilidade.

Questionou as dificuldades geradas pela aplicação da Lei 8.666, desenhada inicialmente para atender a demandas de grandes obras.

O contrato representa a possibilidade da segurança, à medida que permite o estabelecimento de regras precisas. O procedimento deve ser claro para os gestores: — Que serviços eu preciso comprar? Como fazer o contrato? Estas são as perguntas fundamentais. É necessário fortalecer o processo de capacitação para a elaboração de contratos e licitações.

Além disto, ao considerar contratos e licitações como parte da gestão do sistema

de saúde, é preciso definir uma estrutura de controle e avaliação: — Que preciso comprar, como, por quê, em que quantidade? Isto também é fundamental para definir as regras para o objeto. Portanto, pensando na gerência de um sistema, devem ser definidos os procedimentos de auditoria. Caso a relação se torne conflituosa, é preciso ter clareza quanto aos compromissos assumidos, assim como quanto às sanções a serem aplicadas no caso do não-cumprimento das cláusulas contratuais.

A relação que se busca entre o contratante e o contratado deve ser necessariamente formalizada, sistemática com clara definição das regras fundamentais e com um desenho operacional estabelecido. O instrumento de contratação deve ser difundido ao máximo (balizador), estabelecendo-se claramente as regras para o prestador de serviços. O contrato deve estabelecer ainda as condições de acesso e regulação. O termo de compromisso é um instrumento de garantia de acesso. É fundamental o envolvimento das assessorias jurídicas desde o início do processo de contratação para a construção de um consenso interno.

O expositor destacou, finalizando, que a contratação de pessoa física para atividades isoladas é uma questão polêmica. Admite também que o município de pequeno porte encontra dificuldades e enfatiza a necessidade da criação de mecanismo de proteção.

- **Fernando Antônio Cássio Martins Jr.**
  Secretário de Saúde em Exercício do Rio Grande do Sul
  Coordenador da Comissão de Regulação, Controle e Avaliação do CONASS

Destacou que é preciso utilizar outra forma de avaliar que não a clássica e colocou algumas questões para suscitar o debate. Lembrou da existência da tabela do SUS e da necessidade de se implantar tabelas diferenciadas.

Historicamente esta discussão foi realizada pela pressão dos prestadores, não pela lógica do valor real dos serviços. É preciso uma mudança de paradigma, na análise real de custos. A qualificação do sistema de saúde deve prevalecer sobre a lógica do interesse dos prestadores.

As ONGs e os filantrópicos são ambos privilegiados. Diante disto, como optar? Enfatizou a importância da administração da gestão e de suas peculiaridades, como a percentagem da capacidade instalada para a filantropia sobre todos os serviços e a questão dos terceirizados, que não são totalmente filantrópicos.

O banco de prestadores tem uma lógica complementar, ou seja, o banco não é aberto. Portanto, a pressão e o surgimento de demanda podem não ser reais e pode haver uma pressão por cadastramento. Assim, cabe ao gestor, diante de critérios previamente

definidos, o estabelecimento de quais serviços deverão ser contratados. Existem questões operacionais envolvendo crédito e a própria gestão orçamentária. A dotação orçamentária é realizada a partir do nível federal (o nível estadual é intermediário).

Enfatizou que a responsabilidade do serviço médico é de quem presta o serviço. Lembrou algumas questões polêmicas. O crédito presumido gera vínculo? Qual a interpretação do INSS? Ressaltou que o problema do Rio Grande do Sul é a relação não oficial do emprego e que existe a dificuldade de operacionalização do cadastramento de todos os profissionais. O entendimento existente quanto ao tipo de entidade, ao objeto e à compra de serviços deve estar claro para o gestor.

Finalizando, destacou a necessidade de capacitação das equipes técnicas quanto à elaboração de contratos e sua interface com o controle e avaliação.

- **Carlos Alberto Gebrim Preto**
  Diretor Intitucional do CONASEMS

Parabenizou a iniciativa do MS de debater este assunto de grande relevância. Historicamente, o ente federal sempre teve como função a contratação e a elaboração de documentos. Com a Constituição e a NOB/96, começa a haver uma cobrança mais efetiva para que os municípios assumam estas responsabilidades. Aponta que o item mais crítico é, sem dúvida, o fato de não haver uniformidade na interpretação das leis e das normas entre os vários atores envolvidos no processo, inclusive os tribunais de contas.

Para exemplificar a relação de cooperação existente entre os prestadores de serviço, foi citada a experiência do Paraná, com a ocorrência de propostas totalmente iguais.

Ressaltou a diversidade de mecanismos dos municípios em gerenciar os serviços e avaliar contratos, que acabam revelando não a ótica da prestação de serviços, mas sim um processo "comercial", banalizado. As auditorias realizadas por parte do INSS geraram levantamentos como o não-pagamento de encargos e a apropriação indébita. Cabe lembrar que os pequenos gestores municipais geralmente não participam das negociações e sim os municípios maiores, o que poderia acarretar um reajuste velado das tabelas.

As dificuldades dos municípios têm início no momento em que assumem a gestão, no momento da habilitação. A discussão para determinar se os contratos anteriores poderiam ainda ser válidos, já que não existem outros, existe entre gestores municipais.

Ressaltou também a iniciativa da SAS de lançar os Cadernos de Gestão dos serviços e finalizou enfatizando a necessidade de fortalecimento dos gestores para o processo de contratação de serviços.

DEBATES

1. Esta deve ser considerada uma oportunidade ímpar para a discussão sobre contratos e formas de pagamento. Este tema ainda não foi suficientemente aprofundado, ainda não foi devidamente ajustado no SUS; há mudanças necessárias, sem esquecer que ainda existem questionamentos legais, o que remete à necessidade de ampliar o arcabouço jurídico legal e a um entendimento mais uniforme das questões concernentes tanto para os gestores, como para os prestadores, face aos tribunais de contas; mas é bem verdade que a EC 29 já está propiciando mais agilidade no entendimento por parte dos referidos tribunais. Enfatiza a necessidade de ampliar esta discussão. O contrato é fundamental não apenas para o gestor, mas também para o prestador. Deve propiciar um entendimento uniforme para o gestor, para o prestador e para os tribunais de contas da União e dos estados. O contrato representa a possibilidade da segurança, à medida que permite o estabelecimento de regras precisas. Sobre a polêmica da aplicação da Lei 8.666, não seria demais lembrar que ela foi desenhada para atender a outro perfil, as demandas de grandes obras, não exatamente para um campo como este; faz-se necessário um claro entendimento desse instrumento, à luz desse fato; assim deve ser a discussão sobre os processos de contratação, para que se evitem distorções após a sua implantação (René J. M. Santos);
2. Como fazer contratos adequados? É preciso fortalecer o processo de capacitação de quem vai gerir, tanto na área de contratos como de licitações, com a preocupação de definir uma estrutura, também coerente, de controle e de avaliação; é fundamental definir com clareza as regras para o objeto, por exemplo: "o que é preciso comprar, como, por quê, em que quantidade, com que formas de pagamento"; deve-se buscar um procedimento que facilite a relação entre as partes, no caso de surgir um conflito; cumpre também examinar a possibilidade de aplicar sanções e, para isso, é fundamental ter as regras bem claras em relação aos compromissos assumidos. Alguns outros pontos a considerar nos contratos são: estabelecimento de uma sistemática, termo de compromisso de garantia de acesso, formalização; assim, torna-se fundamental o envolvimento das assessorias jurídicas desde o início do processo. Enfatizou a necessidade da construção de um consenso interno nos municípios e estados. Necessidade de fortalecimento do processo de capacitação. A pergunta de partida essencial deve ser: existe a real necessidade de contração complementar de serviços? (René J. M. Santos);

3. Os pagamentos contratuais devem obedecer a um desenho operacional previamente estabelecido. A contratação de pessoa física para atividades isoladas ainda é uma questão polêmica, principalmente nos municípios de médio e grande porte, e também difícil nos de pequeno porte; para tanto, devem ser previstos mecanismos de proteção, como, por exemplo, a máxima difusão do instrumento de contratação como um verdadeiro balizador da relação; devem ser estabelecidas, igualmente, regras claras para os prestadores. Termo de garantia de compromisso de acesso como regra de compromisso fundamental. Contrato como instrumento mais abrangente de regulação que garante condições de serviço, relação de acesso (René J. M. Santos);
4. Importância do envolvimento da assessoria jurídica desde o início do processo. Cessão de crédito presumido como alternativa para a resolução de questões como o pagamento de procedimentos médicos, mas deve haver um desenho operacional bem esclarecido. Existem enormes falhas provenientes das normas anteriores, por exemplo, sistemas de auditoria com a mesma lógica de prestação de serviços; assim, é preciso avaliar de outra forma que não a clássica, tendo a regulação como função essencial da gestão. O banco de prestadores é regido por uma lógica complementar, o banco não é aberto. Dificuldades na relação entre os entes público/privado na operacionalização do sistema de saúde (Fernando Martins Júnior);
5. Proposta de questões para suscitar o debate: (a) sobre a necessidade de que as regras do SUS contemplem tabelas diferenciadas (esta é uma discussão que foi historicamente realizada pela pressão dos prestadores, não pela lógica do valor real dos serviços); (b) sobre a necessidade de que seja realizada uma análise real de custos; (c) a qualificação deve ser do sistema de saúde e não apenas do interesse dos prestadores; (d) sobre a manutenção dos privilégios conferidos a ONGs e filantrópicos; (e) pressão e surgimento de demandas que não são reais; (f) pressões por cadastramento (Fernando Martins Júnior);
6. Acha inconcebível esta discussão, que já deveria estar equacionada. Não é possível a existência de situações de total ilegalidade. O TCU tem cobrado isto do Ministério da Saúde. Trata-se de tarefa extremamente importante. Algumas providências deverão ser tomadas urgentemente. Demonstrou grande preocupação quanto às questões levantadas sobre dificuldades de cumprimento dos prazos. Acredita que uma certa omissão do Ministério da Saúde pode estar piorando a situação. A organização do fluxo de compras é legitimada pelo CONASS e pelo CONASEMS. O Ministério da Saúde tem o papel de elaborar a proposta e de abrir o

debate. Existem vários encaminhamentos que devem ser simultaneamente realizados. A consultoria jurídica tem o papel de apresentar um entendimento claro e de dizer o que não se pode fazer. A idéia é começar o debate e algumas questões podem ser resolvidas pelo próprio tribunal de contas (Renilson Rehem);

7. Qual é o real problema para o gestor federal? Não há como aproveitar contratos, até porque o ente está extinto. O contrato não é um conjunto de regras difusas. Tudo tem que estar previsto no edital. A proposta é de estabelecimento de contrato de gestão, e não somente de compra de serviços (Renilson Rehem);
8. Estado e município devem ter capacidade de gestão. A conquista de poder implica assumir responsabilidades. A capacidade de gestão implica condições como auditoria e contratos, enfim, direitos e deveres (René J. M. Santos);
9. A tabela necessita de outra discussão, existe a necessidade de uma seqüência de tabelas. O custeio da tabela não vai se dar necessariamente com recursos federais (Fernando Martins Júnior);
10. As instituições filantrópicas são geridas pelo público ou pelo privado? Se ela se cadastra como filantrópica ela deve ser gerida como filantrópica, ou seja, tem de assumir os riscos e vantagens desta opção. É preciso considerar a percentagem do SUS reconhecida como filantrópica, que deverá ser tratada como tal. Caso ele não preencha os requisitos, deve receber o tratamento previsto na lei (denúncia). O cadastro é realizado para que se tenha uma base de prováveis prestadores. A responsabilidade do setor público vai além disto. Sobre a dotação orçamentária, é preciso que estados e municípios assumam sua responsabilidade. Todos os estados deveriam estar em gestão plena. É inadmissível que, depois de onze anos de promulgação da lei, isto ainda não tenha sido efetivado. A gestão plena não é prêmio ou conquista, é dever, questão insuperável (Fernando Martins Júnior);
11. O SUS começou nos moldes do antigo INAMPS, o que gerou instabilidade no início da década de 90 quanto ao financiamento. Os pontos críticos decorrem de falta de regras. Os municípios foram tentando fazer contratos, o que começou a gerar problemas, pois alguns serviços não tinham contrato com o INANPS. Podemos estar diante de um grande impasse, pois as dívidas fiscais colocam em risco a própria sobrevivência do serviço. Esta discussão não é nova. Talvez as discussões e soluções estejam sendo mais sistematizadas. O Estado tem papel fundamental (Fernando Martins Júnior);
12. No País, estamos assistindo à contratação de prestadores de forma criativa. O desenvolvimento da relação entre prestadores/gestores vem se desenvolvendo; a busca

é por um modelo mais coerente com a lógica do planejamento do sistema de saúde. A introdução de mecanismos transparentes é fundamental. É preciso clareza para justificar a compra de um serviço e não de outro. Os instrumentos devem ter este caráter prático. O modelo de contrato deve ser coerente com a lógica do SUS, com a lógica do planejamento do sistema de saúde. Contratação de serviços de saúde pode significar a formação de cartéis. A licitação será realizada pelas empresas. O consumidor final (usuário) é sempre atingido. O contratado deve assumir as responsabilidades e não pode contratar um terceiro para fazer um serviço (Renato Tasca);

13. Não há problema de se produzirem associações temporárias, ou seja, empresas se juntarem para realizar o serviço. Associação onde apenas uma se relaciona formalmente com o contratante para a prestação de contas. Este tipo de associação permite acesso a empresas menores e mais focalizadas (Renato Tasca);
14. Não existe a possibilidade de usar partes da Lei 8. 666. Se o edital foi vinculado à mesma, esse vínculo se dá com a totalidade da lei. O contrato pode ser prorrogado, no entanto, o prazo é limitado, conforme o art. 57. Realizar licitações para compra de serviços a toda hora é um procedimento caro, que traz dificuldades para se trabalhar. A sugestão, que deve estar prevista no edital, é a de contratar serviços à parte. Para facilitar estes procedimentos, o Ministério da Saúde deve fazer um chamamento periódico de todos, realizando um cadastro geral (Gisele);
15. A discussão de um tema tão complexo não será esgotada neste encontro. Não se pode excluir a Lei 8. 666 (Renilsom Rehen).
16. Não existe a dificuldade de aplicação da lei. A lei de licitação foi regulamentada pela Constituição. O Ministério da Saúde apenas adota os critérios (Aida Santana);
17. A Lei 8. 666 não foi concebida para a saúde e sim para a realização de obras. As alternativas da área de saúde devem ser negociadas. As questões geradas pelo INSS com os profissionais têm que ser resolvidas. A federação dos hospitais filantrópicos também deve ser discutida. A questão da realização de convênio ou contrato deve ser discutida antes, os prós e os contras devem ser pesados (Maria Luiza Jaeger);
18. Como fazer para resolver um problema que já existe há muito tempo? Existe uma questão concreta, que é o maior nível de exposição dos municípios. O ente federal e os municípios podem estar sujeitos a interpretações legais distintas. Apontou para a questão de chamamento ou de licitação? Não tem nada contra o chamamento. No entanto, quando existe um grande número de prestadores, o gestor

perde a capacidade de regulação. A Lei 8. 066 permite a montagem de planilhas com base em critérios (Jorge Solla);

19. As entidades filantrópicas têm prerrogativas, enquanto o setor público tem de assumir os encargos. O setor público não acompanhou as reais necessidades de investimento. O uso de tabelas reflete a incorporação tecnológica. Este é o primeiro debate intragestores onde inúmeras questões muito importantes estão sendo discutidas. Contrato ou convênio? Público, filantrópico e privado: esta é a ordem prevista, que deve ser obedecida. Aponta ainda a avaliação do gasto como mecanismo importante para a avaliação do gestor (Jorge Solla);
20. O Ministério da Saúde não vai implementar nada ilegal. Existe preocupação neste sentido, com assessoria jurídica para tanto. Além disto, também existe jurisprudência sobre esta questão. A rede deve ser desenhada antes do edital de chamamento. É preciso definir os critérios de julgamento. O Cadastro SIA SUS é outra modalidade de chamamento público. A escolha deverá ser realizada de acordo com os critérios de rede. Existem alternativas, como o uso de critérios vinculados à vigilância sanitária e o estabelecimento de uma comissão de alto nível. A rede deve estabelecer o que deve ser priorizado quanto ao acesso e organizar um banco de prestadores (Maria Helena Brandão);
21. O cadastro é uma exigência do tribunal de contas. A discussão da Câmara Técnica é quanto ao prazo que será colocado como exigência para o cadastro. Até quando os gestores poderão fazer esta contratação? (Glaides);
22. O cadastro deve ter o número do contrato e da vigilância sanitária. A pauta da câmara questiona se o prazo é suficiente ou se é melhor adiar o mesmo para que os estados concluam o prazo de cadastro. As discussões realizadas foram produtivas e apontaram soluções positivas para os impasses no encaminhamento da NOAS. As discussões sobre comando único, atenção básica e indicadores foram propostas. O departamento está disponível para dar continuidade à PPI. A discussão é mais ampla, no que se refere à gestão. A PPI continua, com cronograma articulado na atenção básica nos estados. Novos fóruns deverão acontecer. É importante ressaltar a existência da assessoria jurídica e do cronograma de monitoramento das equipes de Saúde da Família do MS. Houve, sem dúvida, avanço nas discussões, sendo que os pontos prioritários deverão ser levados para a reunião na Câmara Técnica (Maria Helena Brandão).

3.
Seminário:
PERSPECTIVAS PARA A DESCENTRALIZAÇÃO E REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Autores: Flavio A. de Andrade Goulart: *Professor Titular do Departamento de Medicina Social da UnB*
Lucinéia Morely Machado: *Mestranda em Política Social do Departamento de Serviço Social e Política Social da UnB*

ABERTURA

- **Renilson Rehem de Souza**
  Secretário de Assitência à Saúde — SAS/MS

A parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde — OPAS é destacada, bem como o expressivo número de participantes no seminário. É possível a parceria com a academia, e é muito positivo derrubar o muro de preconceitos, de parte a parte. Enfatiza-se e confirma-se a importância de se continuar avançando com a descentralização, sob coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde — SES, para construir um sistema estadual de saúde.

A implantação da NOAS vem produzindo significativas mudanças no sistema de saúde. Todavia, há que se reconhecer os diferentes níveis de capacidade dos municípios, mas o sistema de saúde vem evoluindo, sem dúvida, para a eliminação da discriminação interna — um desafio que a NOAS enfrenta e que vem avançando com sucesso.

O ritmo de implantação da NOAS está sendo muito rápido, sem dúvida, mas com resultados palpáveis, tal como a elaboração de Planos Diretores de Regionalização (PDR) na maioria dos estados, o que significa um avanço enorme. Assim, mesmo diante de expectativas «realistas» a respeito do andamento da implantação da NOAS, não é difícil ser otimista com o atual processo. O fundamental foi ter começado a caminhar, para então chegar aonde está sendo possível, mesmo que nem tudo esteja completo ao final de 2002.

É preciso realmente reconhecer e valorizar as conquistas que já foram obtidas. Um exemplo significativo é que, pela primeira vez, tem-se um levantamento fidedigno das necessidades de investimento, pelo menos na AB e na média complexidade, possibili-

tado pela prática dos PDI. Este efetivamente é um novo momento na gestão do SUS, com a organização do mesmo em bases regionalizadas. Não seria possível, realmente, *ter tudo em toda parte*, até porque isto não contribuiria para facilitar o acesso à alta complexidade nos grandes centros.

- **Cláudio Duarte da Fonseca**
  Secretário de Políticas de Saúde — SPS/MS

Faz três anos que ocorreram as primeiras habilitações de GPSM, e que as mesmas foram resultado de um esforço militante de pessoas que acreditavam no SUS, na possibilidade de reconstruir e remodelar a gestão. O tempo mostrou que este era o caminho certo, pois importantes conquistas foram alcançadas. O Brasil hoje é referência internacional no programa da AIDS. O Programa de Controle do Tabagismo também já alcançou repercussão internacional.

O papel das universidades tem sido fundamental, e as pesquisas aqui apresentadas por certo contribuirão para o desenvolvimento do SUS.

A atual fase do SUS, com a implantação da NOAS, acarreta visível aumento da responsabilização dos gestores e a ampliação do financiamento via transferências «fundo a fundo», recolocando a atenção básica (AB) no cenário, com ganhos também na pactuação, inclusive nas vigilâncias sanitária e epidemiológica.

NOAS para quê, afinal? Para aumentar a capacidade do gestor, ampliar e qualificar a AB, o cuidado à saúde próximo às situações de risco; para racionalizar e aprimorar a assistência, por exemplo, nas internações e nas emergências, através da organização da base do sistema, permitindo tocar nos determinantes sociais da doença; para aumentar a resolutividade, como acontece, por exemplo, com a implantação do Programa Saúde da Família; para reduzir a mortalidade.

A experiência do PSF sintetiza os grandes princípios da AB, como a incorporação de tecnologias e a conseqüente mudança das práticas, o trabalho em equipe, a educação continuada, as ações programadas, a ação baseada em evidências e a responsabilização. No entanto, este é um momento de conquistar novas fronteiras para a AB, por exemplo, no cuidado domiciliar, nas práticas de saúde mental, na definição de marcadores de acompanhamento. O apoio da academia também para esta fase será muito bem-vindo, como, aliás, já acontece.

É certo que ainda existem no País algumas questões pendentes, que poderiam ser solucionados via AB, como é o caso do controle da tuberculose, do incremento de qualida-

de no parto e sua garantia. Registra-se também a necessidade de incrementos na qualidade dos sistemas de informação em saúde, a fim de que se resolvam problemas ligados a bases de dados ainda pouco precisas, com alimentação inadequada dos bancos de dados.

- **Fernando Passos Cupertino**

  Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS

O excelente entrosamento entre os gestores desperta boas expectativas em relação ao momento presente, no qual muitas conquistas estão sendo concretizadas, sendo que os desafios para o futuro são estimulantes.

- **Silvio Mendes**

  Presidente do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde — CONASEMS

É possível fazer-se hoje uma avaliação muito positiva do atual momento do SUS, que deverá ter como resultado mais saúde no Brasil. Muito se fez, tanto na decisão como na ação. O momento é propício para refletir e olhar para frente, aproveitando-se da maturidade alcançada pelos gestores.

METODOLOGIA E RESULTADOS DA PESQUISA: "AVALIAÇÃO DOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

- **Pofª. Dra. Ana Luiza D'Avila Viana**

  Coordenadora de Pesquisa

Os dados apresentados estão disponíveis em *CD-ROM* ou também através do *site* www.saude.gov.br\sas

Trata-se de um extenso trabalho que teve como *objetivos gerais*: (a) avaliar o processo de implementação da Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM); (b) produzir novos conhecimentos acerca do processo de descentralização em saúde; (c) além de formular recomendações de políticas especialmente voltadas para a construção da regionalização e de sistemas de saúde, em um país com acentuadas diferenças de ordem regional e sócio- econômicas, e com diferentes capacidades administrativas/institucionais no plano municipal.

Entre os *objetivos específicos* da pesquisa podem ser citados: (a) conhecer, de modo sistemático, as características dos municípios em GPSM; (b) conhecer o processo

de implantação da GPSM; (c) identificar e sistematizar os fatores institucionais que condicionam positiva ou negativamente a municipalização em saúde; (d) avaliar comparativamente os municípios em GPSM; (e) conhecer a extensão e os modelos de municipalização em saúde desenvolvidos na GPSM, de forma a apreender os tipos desenvolvidos de municipalização, segundo capacidades de gestão municipal, os impactos dos modelos de municipalização, principalmente em relação à integração dos níveis de assistência, e os condicionantes do exercício do poder gestor municipal.

A pesquisa desenvolvida teve como *hipótese central* que as variações no desempenho da gestão plena de sistema municipal são resultado da combinação de três fatores: as variações nas características estruturais do município, as variações nas características dos sistemas de saúde implantados, e as regras de implantação da GPSM definidas pelas instâncias estaduais (CIB/SES).

As hipóteses específicas previram que as variações nas características dos sistemas de saúde implantados dependem das capacidades municipais de gastos, da dimensão da máquina administrativa municipal, do aprendizado institucional prévio e da capacidade de atenção segundo níveis de assistência e do poder gestor municipal.

Foram avaliados 523 municípios em GPSM (até 12/2000), segundo suas trajetórias de habilitação, ou seja, seus percursos prévios pelas modalidades de gestão da NOB/93, assim caracterizados: *baixa trajetória institucional* 159 (30.4%), *média trajetória* 245 (48,6%) e *alta trajetória* 110 (21%).

A análise destes municípios em GPSM segundo as regiões mostra o predomínio do Sudeste, com 269 municípios (51,4%), e ainda o Nordeste, com 130 (24,9 %), o Norte, com 57 (10,9%), o Sul, com 43 municípios (8,2%) e o Centro-Oeste, com 24 (4,6%).

Quanto ao porte populacional dos municípios, cerca de 174 (33,3%) têm de 20 a 100 mil habitantes, abrigando 53,8% da população da mostra, sendo oito capitais, abrigando 3,3% da mesma população. A grande maioria dos municípios (452 — 86,4%) passou a GPSM em 1998. Foram apresentados os resultados do cruzamento das diversas variáveis: trajetória, ano de habilitação, porte populacional e região, informações disponíveis no endereço mencionado.

Na seleção de indicadores, foram considerados sete eixos: (a) *padrão da oferta ambulatorial* existente no município (perfil da capacidade instalada, perfil da produção e cobertura); (b) *padrão da oferta hospitalar* (perfil da oferta, produção e cobertura hospitalar); (c) *padrão da oferta ambulatorial sob gestão municipal*, (perfil da produção e cobertura); (d) *padrão da oferta hospitalar* (perfil da capacidade instalada, produção e cobertura); (e) *padrão do financiamento via gasto federal* (faturamento de ações e serviços ambulatoriais existentes, faturamento hospitalar); (f) *perfil do*

financiamento e gasto municipal (via SIOPS); (g) *modelo de atenção à saúde adotado no município* (perfil da atenção à saúde adotado). Para a elaboração de cada indicador, foram detalhados os elementos escolhidos para compor o perfil das mesmas.

As variáveis escolhidas para o estudo, como fatores de diferenciação, foram: (a) o número de ações básicas por 1.000 habitantes; (b) a percentagem de ações básicas no total de atendimentos em unidades públicas; (c) a percentagem de atendimentos básicos no total de atendimentos sob gestão municipal; (d) o número de ações básicas por habitantes sob gestão municipal; (e) as transferências federais de atenção básica por habitante; (f) o número de ações de média complexidade por 1.000 habitantes; (g) o número de ações de média complexidade por habitantes sob gestão municipal; (h) o número de ações de alta complexidade por 1.000 habitantes; (i) o número de ações de alta complexidade por habitantes sob gestão municipal; (j) as transferências federais de MC e AC por habitante; (l) o número de internações por habitantes; (m) o número de internações em hospitais sob gestão municipal por habitantes; (n) a percentagem de internações em hospitais sob gestão municipal no total de internações realizadas, e (o) a percentagem de internações de não residentes no total de internações.

Os municípios foram distribuídos em seis agrupamentos, de acordo com as características apresentadas, a saber:

1. Alta capacidade de oferta e gestão municipal na atenção básica.
2. Alta capacidade de oferta e gestão municipal em alta complexidade.
3. Alta capacidade de oferta hospitalar.
4. Alta capacidade de oferta municipal hospitalar com maiores transferências federais per capita.
5. Baixa capacidade de oferta e gestão municipal.
6. Alta capacidade de oferta e gestão municipal em média complexidade.

Foram apresentados vários dos resultados da pesquisa, por exemplo, demonstrando a evolução dos diferentes agrupamentos: em 1988 existiam 99 municípios em GPSM classificados pela pesquisa como pertencentes ao grupo de baixa capacidade de oferta e gestão municipal; em 2000, este número cai para apenas 11. Da mesma forma, mostrou-se a expansão, retração e migração intergrupos entre 1998 e 2001, com a composição dos grupos por níveis de assistência, distribuição dos agrupamentos por estado e os condicionantes de desempenho dos grupos.

Houve uma evolução positiva dentre os municípios habilitados em gestão plena, entre 1998 e 2000, ou seja, ocorreu um maior adensamento dos sistemas municipais de saúde ou

ganho sistêmico e, portanto, uma melhoria nos padrões de cobertura, financiamento e gasto dos diferentes níveis de atenção. Tal ganho sistêmico é perceptível tanto pela evolução dos grupos de menor nível para os de maior resolutividade (medido pela expansão dos grupos 6 e 2), quanto pela maior abrangência dos níveis de assistência interna dos grupos, com maior número de combinações entre níveis de assistência, incrementando, portanto, a composição e a abrangência da atenção. Em 2000 todos os grupos têm avaliação alta no fator que mede a capacidade de cobertura da atenção básica e dois grupos conseguem atingir um alto grau de suficiência sistêmica, isto é, obtêm valores altos em pelo menos três fatores.

É interessante observar que a maior resolutividade está correlacionada com alto aprendizado institucional, maior receita orçamentária, maior capacidade de gasto e maior gasto com pessoal, isto é, máquinas administrativas mais robustas.

Esse perfil mais homogêneo do sistema de saúde, em 2000, não significa necessariamente uma melhoria nos padrões de igualdade, considerando a igualdade como a capacidade de o sistema oferecer mais recursos para aqueles que mais necessitam de assistência, pois a despeito da melhoria da distribuição regional dos grupos (regiões mais pobres adentram em grupos mais resolutivos), são os grupos menos resolutivos que possuem menor disponibilidade financeira e menor capacidade de gasto.

COMENTÁRIOS SOBRE A PESQUISA

• **Eduardo Levocvitz**
Consultor da OPAS/Washington

As tendências demonstradas pela pesquisa são visivelmente positivas. Além disso, o processo de compartilhamento dos resultados é exemplar, para as agências financiadoras, inclusive.

Na visão de consultor que tem acompanhado o processo de reforma da saúde em muitos países latino-americanos, o caso do Brasil, como confirmado por esta pesquisa, não tem contraponto em outra parte, seja na quantidade ou na qualidade de envolvimento de atores sociais da saúde e também nos resultados obtidos. Além disso, o fato de se obter a articulação entre uma tradição acadêmica e a organização de serviços, como também acontece no Brasil e esta pesquisa bem o demonstra, também é um fato auspicioso e inédito.

Destaca-se a importância das informações aqui veiculadas para a divulgação aos diversos atores políticos. As supostas «imaturidade» ou a «inviabilidade», além de outras críticas que se fazem costumeiramente ao SUS ficam a partir de agora bastante desacreditadas.

O momento atual é qualitativamente diferenciado, pois nele juntam-se peças que andaram separadas, ou seja, o sistema e a rede de serviços, o que supera definitivamente uma fase em que a discussão se concentrava apenas em relações entre esferas de governo. Isto representa sem dúvida uma forte tendência de amadurecimento político, administrativo e técnico.

Mesmo a organização de uma «rede» de serviços, como se vê no Brasil, a partir da perspectiva de regionalização, com o grau de descentralização que aqui se obteve, é também um fato absolutamente inédito, inclusive em termos mundiais. É importante constatar que tudo isso resulta tão-somente de um cumprimento rigoroso da Constituição Federal.

Um importante aspecto a destacar é a confirmação de que existe de fato o exercício de «vocações» municipais em saúde, autodesenvolvidas localmente, conforme demonstram as «migrações» em direção a formas mais evoluídas de gestão, como revelado pela pesquisa.

O que se vê, afinal, é que a discussão passa a ser a respeito de saúde e também de formação de redes, não mais sobre dinheiro ou preocupações menores, por exemplo, sobre vinculação das unidades às esferas de governo, objetos de comando, etc.

Em um processo dessa natureza o monitoramento contínuo é um grande desafio e neste aspecto é importante manter o ritmo de análise, acumulando informações ao longo de 2002.

As presentes conclusões estão bastante baseadas em evidências, o que se antepõe a determinadas análises divulgadas em relatórios recentes da OMS, por exemplo, marcados por profundo autoritarismo e desconhecimento da realidade local brasileira.

O desconhecimento do que se passa entre os países da América Latina é, infelizmente, muito grande, particularmente no que se refere ao Brasil, que não conta, além do mais, com certos «agentes promotores» de suas políticas, como acontece por exemplo com o Chile e a Colômbia. A OPAS hoje volta a reconhecer o Brasil, mesmo após a polêmica suscitada pelo Relatório 2000 da OMS. Assim, torna-se preciso divulgar internacionalmente estes resultados, até mesmo por «um dever solidariedade» com os vizinhos latino-americanos.

EXPOSIÇÃO: RESULTADOS DA PESQUISA POR REGIÃO E POR AGRUPAMENTO DE MUNICÍPIOS

- **Luciana Dias de Lima, Luiza S. Heimann, Roberta Oliveira**
  Equipe de Pesquisa

Mais uma vez, os dados apresentados estão disponíveis no CD-ROM ou na página da SAS/MS. É de grande importância que os gestores analisem com calma os resultados

apresentados pelos seus municípios, pois as informações disponíveis permitem comparar a extensão e os modelos de municipalização em saúde desenvolvidos na GPSM, segundo capacidades da gestão municipal e a oferta assistencial. A quantidade de informações disponíveis é realmente muito grande, pois houve o cruzamento de dados, com a utilização de muitas variáveis.

Os indicadores de perfil da oferta ambulatorial existente no município evidenciam a importância que o setor privado tem em determinadas regiões, como a Nordeste, Norte e Centro-Oeste e a grande carência de cobertura na região Norte, maior no Sul e no Sudeste.

Os indicadores de perfil da oferta ambulatorial existente, segundo o aprendizado institucional, mostram que o mesmo é fator significativo de maior oferta dos serviços. A oferta ambulatorial sob gestão municipal, segundo regiões, evidencia a existência de um pico no Sudeste e Sul. Ainda neste aspecto, considerando o aprendizado institucional, os municípios que tiveram uma trajetória de habilitação em gestão semiplena da NOB 93 (alto aprendizado institucional) tiveram melhor desempenho, apresentando maior número de ações básicas e de alta complexidade sob gestão municipal.

O padrão de oferta hospitalar sob gestão municipal, segundo os agrupamentos, apresenta como característica que alguns municípios podem estar perdendo sua capacidade de pólo.

O financiamento e o gasto federal por região apresentam uma tendência para alta e média complexidade, que cresce na Região Centro-Oeste e Sul. Quanto ao gasto federal, segundo o aprendizado institucional, os municípios que foram habilitados na NOB/93 são os que detêm maior capacidade de oferta e recebem maior volume de recursos financeiros.

Quanto aos modelos de atenção à saúde adotados nos municípios, segundo as regiões, as despesas com PACS/PSF são mais significativas nas regiões Nordeste e Norte, sendo que as altas coberturas na Região Centro-Oeste parecem não ser suficientes para reverter o modelo.

Foram apresentados inúmeros resultados da pesquisa, todas disponíveis em CD ou *on-line*, com indicadores, tipologia e análise da Gestão Plena do Sistema Municipal, entre eles: (a) padrão da oferta hospitalar existente nos municípios; (b) padrão da oferta hospitalar existente segundo aprendizado institucional; (c) padrão da oferta ambulatorial sob gestão municipal, financiamento e gasto municipal segundo regiões; (d) indicadores de padrão de oferta ambulatorial sob gestão municipal segundo os agrupamentos, e (e) padrão de financiamento, gasto municipal segundo os agrupamentos.

Resultados de uma *análise epidemiológica* dos agrupamentos também foram apresentados, tomando-se por base diversas dimensões explicativas dos problemas de saúde da população: problemas (sociedade, grupos, indivíduos), respostas sociais (promoção, prevenção, reabilitação, cura) e condições de vida (do ponto de vista biológico, ecológico, de consciência e conduta e econômica).

Considerando que as intervenções do setor saúde modificam ou melhoram as condições de vida das populações, e que existe constantemente a busca de um instrumental para estar medindo os resultados da ação, a pesquisa baseou-se no critério de *mortes evitáveis*, indicador que vem evoluindo historicamente, atualmente agregado à discussão de eventos sentinela.

A seleção de indicadores da Agenda Nacional de Saúde levou em consideração a magnitude e relevância de problema no atual estágio do SUS, bem como a capacidade em termos de tecnologia e de recursos financeiros para intervir de forma resolutiva nos problemas de saúde.

A grade de indicadores de resposta do sistema de saúde foi construída sendo considerando como variável as mortes evitáveis, sendo utilizados seis indicadores: mortalidade proporcional em menores de 1 ano de 1996 a 1998; coeficiente de mortalidade por doenças do aparelho circulatório; coeficiente de mortalidade por câncer uterino; coeficiente de mortalidade por causas externas; coeficiente de mortalidade por doenças infecciosas e proporção de óbitos por sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial.

Os resultados aprestados representam o comportamento das médias dos municípios analisados em 1998, destacando-se os grupos I, III e IV. Quanto às causas externas, dois grupos ficaram com resultados muito próximos, o que se explica pelo fato de serem grupos onde os municípios estão localizados em áreas de menor violência.

Existem evidências, apontadas pela pesquisa, de que os grupos de municípios respondem diferentemente, sendo que em alguns grupos apresentam melhor resposta ao conjunto de causas evitáveis.

As ações voltadas para mulheres e crianças aparecem com destaque, o que necessita ser repensado, levando-se em conta os atuais padrões demográficos de envelhecimento da população.

Também foi apresentada a análise epidemiológica dos agrupamentos. Os grupos III e V são heterogêneos na média dos municípios, e o grupo VI apresenta-se como o mais regular.

Os resultados evidenciam a importância do papel da gestão, apresentada nas se-

guintes considerações finais: quanto maior o adensamento sistêmico, maior a capacidade de resposta do sistema ao perfil epidemiológico; a capacidade da gestão municipal é determinante nas respostas do sistema (diferença entre o grupo 3 e 4 pelas médias dos coeficientes e pela homogeneidade dos grupos 1, 2, 4 e 6); as brechas redutíveis podem orientar as intervenções e o monitoramento dos municípios em GPSM pode ser feito pelas condições traçadoras (tipologia dos municípios construída na pesquisa), através de eventos sentinelas (óbitos evitáveis).

Foram também apresentados os resultados do *inquérito com os gestores municipais* (*survey*), ressaltando o alto percentual de retorno (70%), ou seja, 362 questionários foram respondidos. Também foi feito um inquérito com os gestores estaduais, para verificar a visão dos mesmos sobre este processo (GPSM), com alta percentagem de retorno (68%).

O questionário era amplo, abordando inúmeras questões, entre as quais: a estrutura organizacional e caracterização da administração da saúde; a origem dos recursos e sua movimentação, o planejamento, a gestão do sistema, o modelo e a estratégia de gestão da assistência, os recursos humanos etc.

Alguns resultados preliminares do *survey* com secretários municipais de saúde merecem destaque. A *qualificação profissional* é a alta e específica na área da saúde pública: cerca de 60% dos secretários municipais de saúde possuem alta qualificação, com realização de cursos de pós-graduação em saúde pública e/ou gestão hospitalar.

Quanto à *experiência profissional* específica na área de gestão pública do setor saúde, em torno de 50% dos gestores possuem alta trajetória na área, tendo desempenhado função de dirigente ou assessoria técnica. Esse dado é compatível com o investimento profissional, com destaque para a região Nordeste, que apresenta um percentual de 63%. É também significativa a participação do gestor nos conselhos do SUS: cerca de 40% dos secretários possuem alta participação, o que representa estarem participando em mais de um conselho.

Os *fatores que motivaram a habilitação* na NOB/96: em torno de 100% do processo de habilitação no conjunto de municípios pode ser considerado como compartilhado, ou seja, a habilitação realizou-se a partir da iniciativa e decisão da gestão municipal, com destaque para a grande homogeneidade percentual entre os grupos e regiões.

Na *descentralização de unidades de saúde*, cerca de 40% dos municípios receberam unidades das outras esferas de governo. Destaque para as regiões Norte e Nordeste (76% e 52%, respectivamente), indicando que a GPSM foi decisiva para a municipalização de unidades nessas regiões. Quanto ao impacto da GPSM, 87% dos gestores avaliam a GPSM como tendo um bom impacto.

Quanto à *descentralização de ações de saúde coletiva*, elas ocorreram na vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle e avaliação, programa de saúde pública e controle de endemias.

Quanto à *autonomia de gestão*, 60 % dos municípios foram classificados na categoria de alta autonomia de gestão, com destaque para a região Nordeste (76%).

Como *fonte de recursos* mais importantes, 71% dos municípios apontam a fonte federal, com destaque para a região Sudeste, que apresenta a menor dependência dos recursos federais (56%). O chamado estrangulamento financeiro aparece em 40% dos municípios classificados em alto constrangimento financeiro, com destaque para o grupo 2 (alta complexidade) com 63%, e para o grupo 1 (AB) com 32%. Como inovação, na questão financeira, fontes alternativas de recursos foram apontadas por 77% dos municípios, tais como multas e outras parcerias.

O *Fundo Municipal de Saúde* é administrado por 70% dos municípios, gerenciado de maneira colegiada e com a participação do Conselho Municipal (60%), sendo que 85% são ordenadores de despesa. Quanto à natureza dos gastos, os municípios informam, de maneira geral, gastar com aquisição de materiais, medicamentos, pagamentos de serviços de saúde, pagamento de fornecedores e pessoal.

EXPOSIÇÃO: A POLÍTICA ALOCATIVA DE RECURSOS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE E A REDUÇÃO DAS DISPARIDADES REGIONAIS

• **Barjas Negri**
Secretário Executivo do Ministério da Saúde

Para se discutir a questão da disparidade regional, é preciso fazer um retrospecto da construção do SUS e voltar aos anos 60, quando a assistência à saúde, tanto no segmento ambulatorial como no hospitalar, era centrada nos recursos do antigo INAMPS. Tais recursos vinham da contribuição previdenciária, e, por isso, ao longo do tempo, ocorreu uma concentração de equipamentos de unidades de saúde nos grandes centros urbanos, onde também se concentrava a população contribuinte.

Estudos feitos, nos anos 80, revelaram que desigualdades já existiam nesse período, já que os recursos advinham da economia formal, ou seja, mediante a contribuição daqueles que tinham carteira assinada, concentrados nos grandes centros urbanos do País. Assim, nada menos do que 50% dos gastos ambulatoriais e os hospitalares do antigo INAMPS estavam alocados em uma única região, a do Sudeste.

É a Constituição de 88 que coloca no horizonte das políticas sociais no Brasil, com muita clareza, a universalidade, a obrigatoriedade do Estado na prestação do serviço e os direitos e obrigações de cada um. O resultado foi a implantação do SUS. No entanto, ao se propor a universalidade e ao se colocar dentro do SUS, subitamente, o atendimento de milhões de pessoas, o sistema ficou, por assim dizer, «com uma perna quebrada», pois seu financiamento não foi equacionado de forma devida. O que ocorreu foi uma espécie de «carta de intenções», não concretizada totalmente. A própria tentativa de se fazer uma vinculação de recursos, nos moldes da Educação, por razões políticas da ocasião, não chegou a ser concretizada.

O movimento sanitário conseguiu, no início da vigência da Carta Magna, colocar na Lei de Diretrizes Orçamentárias a obrigatoriedade de se gastar um percentual fixo do orçamento da Seguridade Social na saúde. Isso, entretanto, tendo valido para o primeiro ano, não chegou a se efetivar nos anos seguintes. Foi assim que o sistema assumiu de fato a universalização, com uma enorme demanda por serviços, sem, entretanto, ter equacionado as questões do financiamento e da disparidade na oferta de serviços.

Tal disparidade precisa, entretanto, ser melhor compreendida. Assim, por exemplo, não se prestavam serviços de forma adequada nas regiões Norte, Nordeste ou Centro-Oeste por falta de vontade política. O que ocorria é que não havia investimentos necessários na rede pública ou na rede privada, que eventualmente pudesse ser contratada pelo SUS para suprir demanda por atendimento. Mesmo que houvesse vontade política de ampliar, de forma razoável, os gastos ambulatoriais e hospitalares, não existia a possibilidade de uma resposta imediata, por conta da inexistência de uma maior oferta de serviços, oferecidos por uma rede diminuta de ambulatórios e hospitais. Assim se consolidou ou até mesmo se aprofundou a iniqüidade no sistema.

Se não bastasse isso, o sistema tinha ainda uma forte instabilidade no seu financiamento. Nos anos recentes, há um certo privilégio de atuarmos em um clima de marcante estabilidade no financiamento, porém são bem conhecidos pelos que militam na saúde os graves problemas correlatos ocorridos entre 1989 e 1994, quando as crises da economia e seus reflexos nas receitas públicas impactavam, sempre de forma negativa, o financiamento da saúde.

Voltando aos gastos do antigo INAMPS, e acompanhando também as outras esferas, verifica-se que os orçamentos mostravam oscilações, como se fosse uma «montanha-russa»: em um ano crescia e no outro decrescia, acompanhando os movimentos da economia e da arrecadação. O que era pior: como os recursos da saúde eram provenientes do orçamento da seguridade, a saúde ainda tinha que competir dentro do orçamento previdenciário.

Em determinados momentos, como aconteceu em 1993, por exemplo, a decisão política tomada foi a de primeiro pagar-se aos aposentados e só depois verificar se seria possível, ou não, fazer as transferências para a saúde. E foi assim que o orçamento da saúde se encolheu em alguns períodos. O sistema buscou uma solução paliativa, que foi a criação de um Imposto Provisório Sobre Movimentação Financeira—IPMF. Isto forneceu recursos à saúde durante um certo período até que se viu argüida a sua inconstitucionalidade. Com isso, tais recursos nos anos seguintes simplesmente desaparecem, e assim vem nova crise que aprofunda ou mantém a desigualdade. O que se vê é um sistema que ficava persistentemente sem recursos suficientes, tanto para pagar os serviços prestados ou os serviços demandados na área ambulatorial e hospitalar, quanto para fazer investimentos na readequação da rede física do SUS. Além disso, também não se ampliava a oferta dos serviços.

O panorama constatado neste período era o de um verdadeiro estrangulamento financeiro no custeio do sistema, com o aprofundamento da desigualdade na oferta de serviços e a impossibilidade de fazer investimentos significativos. As medidas paliativas se sucederam: recorreu-se ao IPMF; fizeram-se empréstimos junto ao Fundo da Amparo ao Trabalhador (FAT) — o famoso «empréstimo-ponte», que na linguagem dos economistas significa que a devolução do dinheiro só ocorrerá quando houver uma estabilidade no financiamento. Foi assim que se passaram as coisas, do final dos anos 80 ao início dos anos 90. A instabilidade gerava também forte insegurança no prestador de serviço, por atrasos de pagamento, por exemplo. Tudo isso provocava o aprofundamento ou a manutenção da distribuição desigual por região dos recursos do atendimento.

Entre 1994 e 1996 também houve problemas, e não é por outra razão que os empréstimos e recursos do FAT foram mais uma vez solicitados. A tabela de procedimentos tinha sido reajustada, mas como o sistema de saúde não obtinha numerário para pagar, estes ficavam, evidentemente, com atrasos no pagamento.

Os anos de 1997 e 1998 foram de transição. O governo tentara, mais uma vez, uma solução provisória, a criação da CPMF, prevista inicialmente por dois anos, para colocar um pouco mais de recursos no SUS. Logo em seguida, entretanto, conseguiu-se elevar o padrão de gastos do MS, com maior estabilidade e credibilidade do órgão perante os prestadores de serviço, os fornecedores de insumos, o FAT etc. Aliás, é bom lembrar que os recursos do FAT pertencem aos trabalhadores, e se saíram do seu caixa para empréstimo devem voltar para a manutenção e recuperação do patrimônio do mesmo. Os empréstimos realizados em 1993 e 1994 foram, em boa parte, pagos em 1997 e 1998, e os empréstimos feitos em 1995 e 1996 também foram pagos durante 1997, 1998 e 1999.

No final dos anos 90, completa-se a transição para um sistema um pouco mais adequado, com a CPMF passando de provisória para definitiva, elevando dessa forma o patamar de financiamento do sistema de saúde, mesmo com uma parte da CPMF indo para a Previdência Social.

Em 1999, uma grande articulação envolvendo o CONASS, o CONASEMS e o Conselho Nacional de Saúde, junto ao Congresso Nacional, com liderança do ministro José Serra, obtém aprovar a Emenda Constitucional nº 29, abrindo um horizonte de estabilidade e crescimento no financiamento da saúde. Uma articulação semelhante, é bom lembrar, lograra aprovar alguns anos antes a Norma Operacional Básica de 1996, cuja importância está na adaptação e no detalhamento da Lei Orgânica da Saúde—LOS, o que permitiu fazer, de forma conseqüente e inédita, a descentralização do sistema associada à descentralização dos recursos.

Os avanços permitidos pela NOB 96 contemplaram, de forma mais rápida e mais acentuada, a atenção básica (AB), com a criação do Piso de Atenção Básica (PAB), em sua forma fixa e variável, esta última voltada para o financiamento de programas de combate às carências nutricionais, de assistência farmacêutica básica, PACS, PSF. Estes dois últimos, aliás, eram ações não previstas na NOB, mas na verdade estavam implícitos nela. Em 1997, foram realizadas as adaptações da norma, para que também estas ações fossem financiadas.

A descentralização mediante a NOB 96 como que «se alastra» em 1998 e 1999 por grande parte dos municípios brasileiros, com um real aporte adicional de recursos na AB e tentativas de correção das distorções. No PAB, por exemplo, de acordo com estudos realizados pelos técnicos do MS, principalmente da SAS, foi detectado que a disparidade da alocação, da distribuição e da transferência de recursos pelo sistema de faturamento continha grandes distorções, em todos os níveis. Mesmo dentro de um único estado que recebesse recursos acima da média nacional, havia disparidade dos recursos da atenção básica. A simples fixação de R$10,00 por habitante/ano já permitiu homogeneizar a situação de cerca de 2 mil municípios, ou mais, que recebiam abaixo de R$4,00 ou R$5,00 por habitante/ano. Significou, na época, duplicar recursos, mesmo reconhecendo que tal cifra é ainda insuficiente para o atendimento adequado da população residente. Assim, ganharam os municípios que, por alguma razão histórica, não tinham condições de ter uma oferta de serviços em AB. Além disso, a introdução do PAB fixo permitiu alocar uma quantidade enorme de recursos nos estados, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Essa distribuição representou sem dúvida um «primeiro ato» para a redução das desigualdades na atenção básica.

Mesmo para a AB, havia forte concentração de recursos nas regiões do centro-sul do País, com valores *per capita* mais elevados destinados aos centros urbanos. Mas uma análise simples de dados agregados não revelaria as disparidades existentes mesmo dentro do estados. Por exemplo, no Rio Grande do Sul, quase todos os municípios recebiam em recursos do MS a metade da média nacional. Na Bahia era igual: praticamente todos os seus municípios não tinham oferta adequada de serviços básicos e recebiam recursos muito abaixo da média nacional. O que aconteceu, de fato, é que com dois ou três anos de implantação do PAB, os municípios começaram a se adequar. Alguns alocaram o dinheiro da AB para construir e reformar postos de saúde, comprar equipamentos etc. As informações disponíveis demonstram, por exemplo, a marcante ampliação da oferta de consultas médicas e de pré-natal — uma diferença «da água para vinho», sem dúvida. Nossas estatísticas ainda padecem de dificuldades de alimentação adequada das informações para os bancos de dados do SUS, mas, mesmo assim, é notório um crescimento significativo na realização dos procedimentos básicos.

A grande conquista, talvez, esteja na consolidação e na mudança do modelo com a implantação, de forma mais efetiva, do PSF. Essa mudança no modelo de AB tem início em 1994, mas consolida-se de fato entre 1998 e 1999. Para se ter uma idéia da dimensão das mudanças ocorridas: em 1994 existiam 328 Equipes de Saúde da Família, que cobriam apenas um milhão de pessoas; em 1997/1998, eram, aproximadamente, 2 mil equipes; em 2001 eram mais de 13 mil equipes trabalhando. O PAB variável, de sua parte, introduziu mudanças na lógica de financiamento por adesão, com os incentivos para que os municípios pudessem contratar Agentes Comunitários de Saúde e de Equipes de Saúde da Família, não mais disputando o recurso da assistência com a implantação das equipes.

A possibilidade de uma nova distorção, qual seja, a de um bloqueio à expansão do PSF, tinha sido percebido desde 1997, já que eram programas diversos disputando um mesmo recurso. Assim, a implantação de uma, duas, três equipes ou centenas de equipes de PSF «capturava» uma parcela do teto do SIA, o que podia acarretar a falta de recursos para outros atendimentos na área ambulatorial. Uma análise mais detalhada recoloca a questão, entretanto. Mesmo ao dividir recursos, a criação do PAB variável gerou uma espécie de «orçamento paralelo», ao qual se adicionaram quantidades significativas de recursos, que foram alocados justamente nos centros urbanos onde existia menor oferta de serviços básicos. Na análise da distribuição regional do PSF e do PACS, por exemplo, é possível verificar que quase metade das equipes estão localizadas no Nordeste do País. Portanto, metade dos recursos adicionais com o programa foram alocados nessa região, sabidamente mais carente.

Uma parte importante dos recursos foi alocada nas regiões Centro-Oeste e Norte. No Centro-Sul, a adesão ao PSF foi menor, por várias razões históricas; uma delas é porque já existia uma boa oferta de unidades básicas de saúde, com médicos e outros profissionais já trabalhando. Assim, a adesão à implantação desse programa veio a ocorrer realmente nas áreas que dele mais necessitavam.

Ainda sobre o financiamento do PSF, pode-se constatar que o orçamento da AB em 1997 não chegava a 100 milhões por ano, com cerca de 2 mil equipes em ação. O orçamento do PSF, em 2001, foi fechado em 970 milhões; para 2002, é 1,3 bilhão de reais. Se o compararmos ao PAB fixo, que é 1,9 bilhão, vemos o que o PSF representa hoje, contra os menos de 10% do PAB de poucos anos atrás. O que vai acontecer ao longo dos próximos anos com a consolidação desse modelo? Em dois ou três anos, os recursos destinados pelo MS ao PSF serão superiores ao PAB fixo. Se hoje ele já está em torno de 60% ou mais, daqui a três anos estaríamos dobrando o valor *per capita* da AB de R$10,00 do fixo, mais o variável, do PSF, e ele seria superior a R$20,00.

A criação do PAB variável permitiu, também, a consolidação do programa de combate às carências nutricionais, que beneficia 900 mil pessoas, entre crianças, gestantes e nutrizes, dos quais cerca da metade (dos beneficiários e também dos recursos) estão exatamente no Nordeste, no Centro-Oeste e na região Norte do País. Com isso, amplia-se a efetividade da distribuição dos recursos destinados à AB, com uma taxa de crescimento superior aos recursos alocados para a média e a alta complexidade, procurando fazer com que diminuam um pouco as desigualdades regionais. Mais um dado a ser considerado, mostrando as mudanças em direção à redução das desigualdades regionais: *o* valor *per capita* dos estados do PR, SC e SP era, em 1997, superiores ao montante alocado em AB nos estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Hoje, esta relação simplesmente se inverteu e a AB do Norte e Nordeste é quase o dobro do valor transferido para os municípios de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB) do Centro-Sul e Sudeste.

Na média e alta complexidade, a questão é sem dúvida mais complicada. A lógica que prevaleceu historicamente — e aqui talvez não se tenha percebido como se dava a alocação dos recursos — era muito mais por aumento de tabela do que por aumento de serviços propriamente dito. Foi entre 1998 e 1999 que a SAS/MS, sob a coordenação de Renilson Rehem, começou a modificar tal lógica, não sem grandes dificuldades. O esforço de mudança da lógica envolveu, entre outras ações, criar centros de referência, privilegiar tabelas para maternidade de alto risco, melhorar ou humanizar o parto, incrementar a prestação de diversos serviços de complexidade muito alta, dinamizar o sistema de emergências. Para tanto, as tabelas foram modificadas de forma diferenciada, pois não havia mais espaço para «reajustes em linha», com percentuais fixos para todos os procedimentos.

No entanto, só isso não bastava. Houve, durante esse período, de 1998 a 2001, a alocação de recursos pactuada com os gestores estaduais para a ampliação da oferta de serviços, recursos livres independentemente de irem para a tabela, para que pudessem oferecer um pouco mais de serviços nas suas áreas. E, enquanto se fazia isso, houve uma articulação com o Congresso Nacional, que permitiu emendas para a ampliação do orçamento dos recursos de atendimento à saúde, privilegiando, mais uma vez, as regiões mais carentes, diminuindo-se também a distância entre os valores *per capita* com o Centro-Sul, aumentando a participação relativa de forma direcionada e pactuada com cada gestor. Algumas negociações foram coletivas, outras individuais, em virtude das características de cada estado. Foi dentro de tal contexto que se procurou ampliar o teto financeiro do Nordeste, utilizando-se as sobras de recursos de alguns estados.

Os recursos alocados na saúde cresceram acima da inflação, e nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste cresceram acima da média nacional, sem que ocorresse retirada de recursos de algum estado. O objetivo foi sempre o de alocar de uma forma mais proporcional os recursos para essas áreas, de forma a alcançar a eqüidade, diminuindo as disparidades regionais, com um autêntico esforço de «inclusão social».

A implantação do PAB, do PACS, e do PSF são bons exemplos de «inclusão social», sem dúvida. Veja-se este exemplo: existiam 500 municípios no País que não recebiam nem mesmo um real *per capita* do MS e que também não tinham médico, enfermeiro, posto de saúde etc. Eram, enfim, alguns milhões de pessoas completamente desassistidas pelo SUS, que com o processo de habilitação dos municípios para o recebimento do PAB e o cumprimento das regras estabelecidas, passaram a ser incluídas no atendimento conferido pelo sistema de saúde.

Um resultado notório dos novos tempos instaurados na saúde se reflete nos indicadores de cobertura vacinal, que melhoraram de forma significativa, pois os municípios passaram a se organizar, homogeneizando-se, assim, a cobertura vacinal no território nacional. Existiam municípios que não cobriam mais do que 60% ou 70% da população e hoje todos se aproximam da faixa dos 90% ou acima.

Em síntese, a implantação da GPAB no município, com a regularidade na transferência dos recursos e a transparência do repasse, permitiu ainda que os Conselhos Municipais de Saúde e os profissionais de saúde locais pudessem organizar a atenção à saúde de uma forma mais adequada. Além disso, ocorreu visível reversão das disparidades da atenção — na média e na alta complexidade de forma mais lenta, porque neste caso os estados não conseguem responder, de forma adequada, já que a maturação de um investimento na área de saúde demanda algum tempo.

Nos últimos cinco anos o tema dos investimentos esteve em pauta nas discussões com os governadores, com as propostas de conclusão de hospitais, prontos-socorros, policlínicas, hemocentros etc com obras iniciadas há anos e atingidas pelo processo inflacionário e pela escassez da fonte de recursos. Em 1996, o MS havia aprovado um programa junto ao Banco Mundial e ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), intitulado REFORSUS, visando a um amplo sistema de financiamentos, com uma parte significativa dos recursos para recuperar a rede. Assim, os investimentos puderam ser retomados de forma constante, a partir de 1997, com resultados palpáveis na ampliação da oferta de serviços. Nos últimos cinco anos, foram ou estão sendo investidos, estando em prazo de maturação, recursos na ordem de US$1 bilhão em todos os estados.

A retomada do investimento está permitindo reduzir um pouco mais as citadas disparidades, embora as flutuações do câmbio às vezes tragam dificuldades, pois a desvalorização do Real provocava sangrias no orçamento original, quando se tratava de compras externas. Felizmente, entretanto, nos contratos internacionais o efeito foi exatamente o inverso. Os contratos do REFORSUS, por exemplo, estabelecidos em dólar com cotações de 1 para 1, com a desvalorização de 1999, praticamente geraram a possibilidade de um «segundo REFORSUS», permitindo assim incrementar os investimentos em AB, urgências etc.

O REFORSUS tem permitido ainda investir no processo de modernização do SUS, com a compra de equipamentos hospitalares para urgência, emergência e maternidade, por exemplo. Aqui deve ser feita justiça a uma instituição que a sociedade realmente não vê com bons olhos, as chamadas «Emendas Parlamentares», que, no entanto têm contribuído, e de forma decisiva, para a recuperação da rede sucateada do SUS e para a expansão da oferta de serviços. A imprensa, por exemplo, às vezes fala das emendas de modo pejorativo, tratando-as como negociatas, mas na saúde não é isto o que tem acontecido. Sejam destacados os inúmeros casos de emendas parlamentares que permitiram concluir, por exemplo, o Hospital de Clínicas de Belém, o pronto-socorro da Paraíba, o Hospital de Itabuna, o Hospital de Clínicas de Goiás, o Hospital de Venda Nova, em Minas Gerais, além de quatro ou cinco hospitais em São Paulo. Em outras palavras, há um volume considerável de recursos adicionais ao orçamento do MS para investimento ou recuperação da rede física, que passa despercebida da maioria dos analistas — alguns inclusive fazem críticas inconseqüentes, ao dizerem que o MS é atrelado às políticas do Banco Mundial para fazer investimentos... Vejam bem: o Banco Mundial teria poderes reais junto aos secretários estaduais de saúde para alocar o investimento no hospital A ou B? Considero tais críticas fora da realidade.

Nossa política de investimentos vem reduzindo, sem dúvida, as disparidades já

comentadas. Se no Centro-Sul grande parte desses investimentos são para a modernização, nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são para a conclusão de obras. Essa talvez tenha sido uma das boas contribuições que os economistas que passaram a trabalhar no MS deram ao SUS: equacionar financeiramente e tecnicamente a questão dos investimentos.

A tabela I nos permite algumas inferências a respeito da relação entre a divisão dos recursos e a da população no território brasileiro. Nela se percebe que na AB há uma tendência à equalização entre população e distribuição de recursos, invertendo uma tendência histórica. Na média complexidade, isso ocorreu de forma mais modesta. Os valores *per capita* tiveram um crescimento significativo e acentuado na AB e um crescimento menor quanto à média e alta complexidade.

Na tabela 2, torna-se evidente o crescimento dos recursos colocados na AB: no Norte, 225%; no Nordeste, 139%; no Centro-Oeste 131%; no Sudeste 57%; no Sul 77%; no total do País, 98,5%. Praticamente dobraram, em termos nominais, os recursos colocados à disposição da AB. A inflação nesse período, medida pelo IGPA, foi de 32,9%, descontando-se a mesma, verifica-se que o ganho é real. Na média e alta complexidade, o crescimento foi menor: 97%, 66%, 58%, 48%, 50% e 55%, respectivamente. Ainda quanto ao recurso alocado em 1997, existem estados do Nordeste que não conseguiram gastar a totalidade porque ainda não maturaram os investimentos lá colocados, mas, na média, houve uma taxa de crescimento por região.

Tabela 1

REGIÕES	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL							
	DA POPULAÇÃO		DOS TETOS FINANCEIROS					
			ATENÇÃO BÁSICA		MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE		TOTAL	
	1.997	2.001	1.997	2.001	1.997	2.001	1.997	2.001
NORTE	7,26	7,27	5,47	8,97	4,19	5,33	4,42	8,12
NORDESTE	28,40	28,40	29,53	35,55	22,41	23,93	23,68	26,45
CENTRO - OESTE	6,75	6,75	6,57	7,67	6,28	6,41	6,33	6,69
SUDESTE	42,64	42,64	43,70	34,66	50,06	47,86	48,83	45,01
SUL	14,95	14,94	14,73	13,15	17,05	14,46	18,64	15,74
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabela 2

REGIÕES	CRESCIMENTO 2.001/1.997 (%)		
	ATENÇÃO BÁSICA	MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	TOTAL
NORTE	225,1	97,7	125,7
NORDESTE	139,0	66,0	82,1
CENTRO-OESTE	131,8	58,7	72,2
SUDESTE	57,4	48,6	50,0
SUL	77,3	50,0	54,3
TOTAL	98,5	55,4	63,1

Vê-se, portanto, que a estruturação do sistema é patente e que as mudanças do financiamento têm contribuído para melhorar as disparidades regionais — e as estatísticas da SAS comprovam isto, por exemplo, pelo aumento do número de transplantes, de pessoas na hemodiálise, pela maior quantidade de gente coberta com medicamentos estratégicos, pelo aumento do número das cirurgias eletivas etc., principalmente nas regiões em que ocorreu o incremento do aporte de recursos.

Na questão da AB, as diferenças positivas são até mais acentuadas, porque está sendo implantanda a Bolsa Alimentação, vinculada a este item, na qual metade dos recursos serão para atender a clientela da região Nordeste. Portanto, o crescimento dos recursos destinados à AB em 2002 tem índices superiores aos da média e da alta complexidade. Assim, a estabilidade do financiamento, junto com a perspectiva da implantação e da execução da Emenda Constitucional 29, oferece um horizonte razoável para o planejamento financeiro do sistema, certamente ainda distante do ideal (por exemplo, nos serviços de média e alta complexidade), mas trata-se de um quadro relativamente melhor do que era entre 1997 e 2001.

A Emenda Constitucional nº 29 (PEC) é realmente um ganho importante e histórico para o SUS, ao proporcionar mais tranqüilidade de ação, com aumentos do orçamento na proporção do crescimento do PIB. Como existe a perspectiva de crescimento do PIB ao longo dos próximos anos de pelo menos 3% ao ano, isso significa que estão garantidos para a Saúde a correção da inflação, mais um ganho adicional de 3% em termos reais. Só para o ano de 2002, o orçamento da saúde é de quase R$2 bilhões a mais do que

o executado no ano de 2001. Diante deste quadro, ainda há quem faça críticas ao governo federal, utilizando argumentos de que houve evasão da parte do COFINS, do PASEP ou da CPMF. Ora, a previsão é de que até o ano de 2004 isso já não terá importância alguma. Simplesmente o orçamento ficou obrigado a crescer pela variação do PIB e assim deixa de ter importância a origem dos recursos da saúde, seja do imposto de renda, de IPI ou do COFINS, tanto faz. Então, quem faz essa crítica — e há gente séria que a faz — precisa mudar o discurso, porque este não tem substância.

Outro efeito da EC 29 é que os estados vão ser obrigados a gastar um pouco mais nos próximos anos, porque eles estavam num patamar muito baixo de gastos com saúde. Da mesma forma, espera-se que a saúde não vá sofrer as conseqüências da reforma tributária, bem como de eventuais reduções de impostos e de isenções.

Todos sabemos que o Congresso Nacional aprovou a redução do imposto de renda com uma perda de três bilhões, com a correção da tabela vigente. Isto certamente é bom para as classes médias, mas pode ser muito ruim para as políticas sociais, principalmente nos estados e nos municípios. Com efeito, nesses 3 bilhões o governo federal tem alguns «sócios minoritários»: 22,5% do dinheiro vai para o Fundo de Participação dos Municípios, 21,5% vai para o Fundo de Participação dos Estados. Pode-se prever que os estados e os municípios, que já são obrigados a aplicar 25% na educação, tendem a perder esse dinheiro, e podem até deixar de aplicar tais recursos neste setor. Ademais, os municípios e os estados são obrigados a aplicar cerca de 10% a 12% dos impostos recolhidos. Então, como fica: cada UF vai reduzir um pouco seus gastos com educação e saúde porque vai diminuir a receita do IR e a receita do seu Fundo de Participação? Como se vê, para a política social o resultado é duvidoso... Já para o MS, contudo, o efeito será nulo, pois se o IR diminuir ou aumentar não fará a menor diferença, dado o vínculo dos recursos ao PIB. Se a economia cresce, o orçamento cresce; se a inflação aumenta, também aumenta o valor nominal do PIB e aumentam, em conseqüência, os recursos destinados à saúde.

Em linhas gerais, é isso que tem ocorrido em termos da alocação de recursos para a saúde nos últimos anos. Os dados estão aí, para quem quiser ver. É o resultado de um trabalho difícil e complicado, pois a realidade do Brasil é a de um país continental, com muitos municípios e muita heterogeneidade. Porém, a equipe do MS, em articulação com o CONASS, com o CONASEMS, com o Conselho Nacional de Saúde, com as entidades dos profissionais da saúde, tem procurado, na medida do possível, dar uma contribuição para que se possa, cada vez mais, garantir um bom atendimento à população, porque essa é a obrigação de todos os profissionais e políticos que estão comprometidos com a direção de nosso sistema de saúde.

EXPOSIÇÃO: CONFIGURAÇÃO DOS AGLOMERADOS DE SAÚDE

• **Ronaldo Barcia Fonseca**
NESUR / NEPP / UNICAMP – Núcleo de Saúde – PUCCAMP

Os estudos realizados sobre os chamados *aglomerados de saúde* utilizaram os critérios de classificação da rede urbana no Brasil e foram realizados com base em inúmeros critérios, entre eles: a centralidade da influência dos centros urbanos, os centros decisórios/relações intermunicipais (presença de centros decisórios e fluxos de relações com a rede urbana brasileira e uma rede mundial de cidades), a escala da urbanização (dimensão do processo de urbanização), a complexidade/diversificação da economia urbana (presença e articulação de setores econômicos) e diversificação do setor terciário (grau de diversificação/complexidade das atividades de serviço).

Trata-se de um estudo complexo, no qual foram utilizados vários indicadores complementares como: (a) o grau de urbanização; (b) as taxas de crescimento da população total, urbana e rural; (c) a densidade demográfica; (d) o nível de oferta de serviços urbanos; (e) o nível de consumo de bens determinados; (f) os anos de estudo da população.

De acordo com a NOAS, na elaboração dos PDR os estados definem as bases territoriais para a descentralização e a organização do atendimento à saúde, delimitando as suas regiões e/ou microrregiões de saúde, os módulos assistenciais, o município sede de módulo assistencial, o município pólo e a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde.

É importante ressaltar que, na definição das bases territoriais de planejamento e gestão do SUS, devem ser consideradas as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, bem como as condições específicas da área de saúde (epidemiologia, oferta de serviços de saúde e relações entre municípios derivadas do atendimento médico-sanitário).

Para o estudo das aglomerações urbanas como *aglomerados de saúde*, os elementos derivados do estudo da rede urbana foram articulados com dados e informações específicas da saúde, tais como: (a) fluxo de internações hospitalares; (b) identificação da produção dos procedimentos de alta complexidade; (c) capacidade instalada dos serviços médico-sanitários, para se chegar à definição dos fluxos de saúde nos respectivos aglomerados de saúde.

A definição dos aglomerados de saúde foi elaborada a partir da construção das matrizes de fluxos de AIH, considerando-se o local de moradia do paciente e a localidade do atendimento, com o cálculo de indicadores específicos para a determinação de pólos considerando o índice de eficácia do movimento de atendimentos (IE), taxas de invasão (TI) e de evasão (TE).

Considerando esta metodologia, existem alguns conceitos que são fundamentais para os estudos e para a definição dos aglomerados de saúde. Assim, *o aglomerado de saúde* é o conjunto de municípios polarizado por um *município-pólo* na prestação de serviços de saúde, sendo que este apresenta maior atratividade para pacientes de outros municípios (AIH de não residentes) e tem maior capacidade instalada para prestação de serviços médicos (disponibilidade de leitos hospitalares e serviços ambulatoriais). O *subpólo* é o município do aglomerado com estrutura de atendimento de saúde significativa (menos importante que a do pólo), mas ainda capaz de atrair fluxos de pacientes de municípios vizinhos (em menor grau do que o pólo). O *pólo de especialidade* refere-se aos municípios que concentram recursos de atendimento especializado com abrangência que extrapola os limites do aglomerado.

Para a configuração preliminar dos aglomerados de saúde, tomando-se por base as delimitações territoriais definidas nos PDR, foi realizada uma releitura da matriz de fluxos de AIH, de acordo com os seguintes procedimentos: (a) confronto de pólos e subpólos anteriormente já identificados como sedes de macrorregiões, regiões ou microregiões, e (b) identificação de outros subpólos considerando-se a indicação das sedes de módulos assistenciais pelos PDR, além de checagem da adscrição de municípios situados nas fronteiras das duas regionalizações.

Os resultados destes estudos mostram que não foram constatadas discrepâncias significativas na identificação de pólos e subpólos dos estados estudados, mas foram incorporados subpólos que não haviam sido indicados anteriormente e feitas correções na configuração dos limites de vários aglomerados de saúde.

Foi apresentada a comparação das regionalizações, com a configuração final dos aglomerados de saúde, considerando-se a composição das taxas de invasão e de evasão em alguns estados selecionados, como Paraná e Espírito Santo.

Foi apresentada a caracterização dos aglomerados de saúde, com a capacidade instalada de serviços de assistência médico-sanitária de Pernambuco, tendo sido considerados a capacidade instalada, os leitos hospitalares contratados, as unidades e serviços ambulatoriais e os PAC ambulatoriais.

Com o estudo das características demográficas, considerando-se a população total do pólo e do aglomerado, a população por grupos etários e o índice de envelhecimento, foi realizada a caracterização dos aglomerados da população por grandes grupos etários e índice de envelhecimento, referente aos estados do Tocantins e do Rio Grande do Sul.

Também foram apresentadas as principais causas de morte por grupos etários no estado do Pará, com a caracterização dos aglomerados de saúde através do perfil epidemiológico, evidenciando-se as principais causas de morte da população menor de 10 anos,

masculina de 10 a 49 anos, feminina de 10 a 49 anos e de 50 anos e mais.

Foi mostrado o potencial de gasto *per capita* nos aglomerados de saúde (considerando-se a aplicação da Emenda Constitucional 29/2000), sendo a estimativa do potencial de gasto para 2002, nos pólos e aglomerados de saúde, baseados nas previsões da receita corrente líquida total e *per capita*, da receita mínima *per capita* destinada à saúde e da distribuição da receita total do estado por aglomerado.

O atlas e o sumário de dados produzidos na pesquisa dos aglomerados serão amplamente divulgados, tendo como conteúdo as informações gerais e específicas organizadas por estados e municípios, visando auxiliar o gestor de saúde na tomada de decisão com relação à regionalização da NOAS e subsidiar a formulação de políticas de saúde, além de fornecer uma visão organizada da situação de atendimento à saúde nas unidades de ação, comparar as diferenças entre os aglomerados dos municípios do estado (capacidade instalada, fluxos de saúde e disponibilidades de recursos financeiros para saúde, de acordo com critérios da Emenda Constitucional 29/2000).

A caracterização dos aglomerados de saúde trará informações sobre a população, o perfil epidemiológico, a capacidade instalada de serviços de assistência médico-sanitária, a cobertura de infra-estrutura e a estimativa do potencial de gasto dos municípios com saúde.

Além disto, a publicação terá informações municipais, com a localização dos municípios no estado, os volumes de invasão e evasão (AIH), a capacidade instalada de serviços de saúde e a estimativa preliminar das disponibilidades de recursos dos municípios para a saúde.

EXPOSIÇÃO: IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DO PARANÁ

• **Armando Martinho Bardou Raggio**
Ex-Secretário de Saúde do Estado do Paraná

No Paraná apenas 13 municípios estão em Gestão Plena (GPSM), mas é neles que residem 45% da população, sendo que recebem 55% do total de recursos destinados à saúde no estado. A tendência é aumentar a concentração de recursos nesta modalidade de gestão.

A NOAS não deve ser considerada apenas um instrumento de igualdade pura e simples. A NOB/96 já possibilitou avanços, com o marcante aprimoramento da capacidade gestora, além de adequação da função de estado. A capacidade de vocalização tem sido também um fator determinante na alocação de recursos no SUS como um todo — isto faz parte da democracia. O que se procura é acertar, mesmo por tentativa e erro, sem cometer erros fatais, procurando-se o caminho do meio.

É importante ressaltar o caráter pluralista do processo que vem acontecendo em termos nacionais e o esforço que está sendo realizado para a implantação da NOAS. O Plano Diretor de Regionalização do Paraná foi elaborado em tempo recorde, sendo que a metodologia ajustada de forma pactuada foi utilizada em todas as regiões do estado. O PDR foi objeto de consenso no Paraná, e os municípios optaram por serem sede de módulo de si mesmos, sem problemas, sendo o Plano Diretor de Investimentos — PDI um instrumento fundamental para a elaboração do mesmo.

É claro que casos especiais tiveram que ser resolvidos. Por exemplo, o de municípios com recusa a serem sede de módulo, ou outros em que os fluxos de AIH não obedeciam ao esperado, conforme também demonstrou o estudo da UNICAMP sobre aglomerados urbanos, apresentado anteriormente.

É preciso deixar claro que a fronteira da saúde não é necessariamente a fronteira municipal. O caso concreto das regiões metropolitanas mostra isso e mais, que podem existir ambiente de conflitos em torno da questão das referências. Mas o pressuposto deveria ser, sempre, o da solução de problemas.

Quanto à questão da compensação, o estado do Paraná é um típico «produtor de serviços» e, com isso, realiza uma verdadeira «importação de pacientes». Cabe, portanto, uma forte preocupação com a melhoria dos instrumentos de regulação sobre as referências, como um esforço permanente dos gestores.

Finalizando, constata-se que a consciência do direito por parte dos usuários do SUS é cada vez maior. *De cada um segundo sua capacidade; a cada um segundo suas necessidades*: este deve ser o lema do SUS.

- **Luiz Carlos Sobania**
  Secretário de Estado de Saúde do Paraná

Existe de fato uma enorme necessidade da hierarquização da assistência. Por que as pessoas cruzam as fronteiras? Custo, qualidade, interesses por determinado profissional podem ser os fatores. O caso europeu, como suas *fronteiras eram escritas a tinta, difíceis de apagar*, não está totalmente distante do que aqui acontece.

O SUS é um instrumento de distribuição de renda, indiretamente, através dos serviços hierarquizados. Demonstração concreta disso são as migrações para as periferias onde, bem ou mal, os serviços de saúde já estão instalados. A era do Mercosul tem mostrado (na região Sul do País) que cada vez mais complementaridade é o negócio. Em suma, a busca de universalidade é a busca de justiça.

COMENTÁRIOS

• **Carlos Alberto Gerbrim Pretto**
Representante do COSEMS - PR

O processo no Paraná obedeceu à regionalização existente no estado, e foi democrático. A participação municipal foi a regra, e os prefeitos também estiveram presentes.

O PDR e o PDI foram elaborados conjuntamente e o processo foi marcado pelo entendimento, sendo homologado na Comissão Intergestora Bipartite.

A decisão do COSEMS — PR é aprofundar o processo de descentralização, com acréscimo de novos municípios em Gestão Plena, com apoio da SES — PR, especialmente na capacitação para auditoria.

O enfrentamento local com prestadores de serviço é forte, e nem todo município quer assumir o risco de fazê-lo, como foi o caso de Arapongas e Colombo, entre outros — no que foram respeitados.

O momento ainda é de construção e aperfeiçoamento de instrumentos, como a PPI. Em alguns casos, o ponto de partida é o zero. É importante manter a memória do processo. Por certo, existem inúmeros pontos a superar, entre eles, as divergências entre responsabilidades nos pólos, satélites e outros (às vezes até mesmo com o aparecimento de uma certa «autofagia») e também os gastos fora de tabela, criando transtornos para os municípios. O cadastramento e a implantação do cartão SUS devem ser apoiados para que sejam implantados e dêem frutos rapidamente.

Finalizando, declara-se um consenso: *os recursos pertencem ao cidadão, apenas estão sob gestão pública*.

EXPOSIÇÃO: RELATO DA EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DO CEARÁ

• **Alexandre José Mont'Alverne Silva**
Representante da SES — CE

O processo de discussão e implantação da NOAS foi extremamente participativo no Ceará. Foram identificados preliminarmente três pontos de atração de pacientes: Fortaleza, Sobral e a região do Cariri. A partir daí, foi constituído o sistema de referência e contra-referência, com a distribuição por microrregiões, com algum tipo de «refor-

ço» estratégico na região do Cariri. A divisão realizada não está totalmente em sintonia com aquela proposta pela UNICAMP.

O Ceará tem algumas propostas específicas, por exemplo, em relação a procedimentos, como o parto normal acompanhado por enfermeira, que a NOAS não prevê como financiar. Este é um dilema, pois não é fácil realmente prever as situações existentes em todo o País. É o caso também de municípios de pequeno porte que oferecem serviços especiais, como fisioterapia e que não queiram abrir mão deste tipo de serviços próprios e assim até se cadastraram como sede de módulo, apesar de o estado não concordar com este posicionamento.

Foi necessário, no estado do Ceará, uma certa «modelagem de gestão», visando às diretrizes de reorganização da assistência. Seus elementos são a estrutura organizacional (processo de trabalho, estrutura flexível e pouco hierarquizada), a qualidade no atendimento nas unidades de saúde (capacitação dos profissionais, ouvidores, entrevistas com usuários, avaliação dos profissionais) e a capacitação gerencial (capacitação dos atuais 60 gerentes e Programa de Desenvolvimento de Liderança, que atingirá 125 servidores).

Como estratégia optou-se pela ênfase no Programa Saúde da Família, como estratégia concreta para remodelar a atenção básica. Esta foi a opção desde o início do processo, mas não havia, no primeiro momento, uma proposta definida para organizar a atenção secundária. Assim, foi implantado o PSF com cobertura de 100% dos municípios, resultando na ampliação de 686 para 1.500 equipes e um grande esforço de capacitação das equipes, em cursos ofertados pela ESP/CE.

A AB, no estado do Ceará, conta com algumas estruturas de apoio, a saber, acesso a laboratório, ECG, parto normal e observação clínica no município. Fique claro que a microrregião é sempre o primeiro nível de referência. Foram definidas como ações prioritárias no atendimento programado, entre outras, a vacinação de rotina, o controle das doenças infecto-contagiosas de notificação obrigatória, o controle de diabetes e hipertensão, a atenção ao adolescente e à mulher, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, a atenção básica em saúde bucal, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária e a assistência farmacêutica. Ainda nesta área, procura-se garantir ações prioritárias no atendimento à demanda espontânea em clínica médica, pediatria, ginecologia obstetrícia, pequenas cirurgias e de urgência e emergência realizadas por médico generalista, além de odontologia, com atendimento de urgência e emergência.

Entre as ações que estão ampliadas ou implementadas, merecem destaque a operacionalização das 21 (vinte e uma) microrregiões, com ações também voltadas para a

atenção secundária através de reforma ou ampliação e também da aquisição de equipamentos para unidades ambulatoriais e hospitalares; treinamento para os profissionais médicos nas especialidades de pediatria, ginecologia, obstetrícia e clínica médica. Garante-se também o custeio complementar do estado para garantir a viabilidade a serviços estratégicos. Na atenção secundária, foram também definidas 35 áreas especializadas, das quais foram priorizadas: clínica médica, ginecologia obstetrícia, pediatria, clínica cirúrgica, psiquiatria, traumato-ortopedia, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e assistência farmacêutica.

Na atenção terciária, a estratégia operacional é a implantação dos pólos macrorregionais, tendo como princípios organizativos: bases operacionais com delimitação das macrorregiões, acesso por referência, coordenação e gestão estadual. No elenco de ações prioritárias nesta área, estão as urgências e emergências, o parto de alto risco, a neurocirurgia, a ortopedia, a oftalmologia e a AIDS.

O estado do Ceará realiza programações em um processo pactuado desde 1991. Os princípios de atenção à saúde que vêm sendo praticados são a descentralização, a universalização da cobertura, o acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a hierarquia por níveis de atenção e também a economia de escala e a participação comunitária. O objetivo do sistema é ofertar serviços de saúde de forma universal, integral, acessível e resolutiva em todos os níveis, assegurando a satisfação dos usuários do sistema. Na Programação Pactuada Integrada/99, já havia ocorrido e envolvimento das áreas de assistência ambulatorial e hospitalar, além de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e assistência farmacêutica. A lógica da programação foi pautada pelas necessidades da população, com prioridade para os grupos de risco, parâmetros de cobertura assistencial e capacidade da oferta de serviços.

A lógica da organização dos sistemas microrregionais de serviços de saúde está pautada na descentralização, para cada município, da atenção primária à saúde (a estratégia da saúde da família) e na organização pactuada e integrada, com centralização relativa na microrregião, da atenção secundária à saúde, dos sistemas de saúde pública e dos sistemas de apoio. São considerados como critérios para a definição de uma microrregião sanitária: contigüidade intermunicipal, malha viária, referências realizadas, subsidiaridade econômica e social, auto-suficiência potencial em atenção primária e secundária, disponibilidade de recursos para organizar os sistemas de saúde pública e de apoio, identidade cultural, disponibilidade de recursos e disposição política de cooperação.

O sistema microrregional de serviços de saúde é um projeto estruturante do campo dos serviços de saúde, no âmbito de uma microrregião de pertencimento econômico,

social, cultural e sanitário, implementado pela ação cooperativa dos governos federal (indiretamente), estadual e municipal (diretamente). O sistema microrregional de serviços de saúde é uma organização virtual de pactuação e negociação, sustentada por uma Comissão Intergestora Bipartite microrregional e ativada por instrumentos de planejamento e programação integrados e pela ação cooperativa de seus componentes.

São objetivos dos sistemas integrados de serviços de saúde: (a) ofertar serviços de saúde, orientados às necessidades de uma população determinada de forma contínua; (b) melhorar a coordenação e a comunicação horizontais entre as diferentes unidades prestadoras de serviços de saúde; e (c) ampliar os pontos de atenção à saúde. Além disso, visam também: (a) garantir serviços prestados de forma certa, na hora certa, no lugar certo e a um custo certo; (b) aumentar a satisfação dos usuários; (c) maximizar a eficiência no uso dos recursos; (d) racionalizar a utilização de procedimentos clínicos e administrativos; e (e) estimular o autocuidado, promover o controle público e integrar os serviços de saúde com os serviços de assistência social.

A microrregionalização deve ser considerada como tendência universal na organização dos sistemas de serviços de saúde, sendo que as redes regionais de serviços de saúde devem ser reforçadas (relação custo/efetividade).

Como principais nós críticos para implantação da NOAS, foram apontados: a divergência no conceito de microrregião trabalhado pela SES, a organização da microrregião de atenção secundária em dois níveis, a suficiência de oferta de serviços e a existência de serviços especializados em municípios que não apresentam estrutura de oferta para assumir responsabilidades de município sede de módulo.

Foram também apontados como desafios: indefinição quanto ao controle social na microrregião, regulação da referência, valor do PABA e do PAB, tendência centralizadora no Ministério da Saúde, tabela de procedimentos, comando único na atenção terciária e a formulação da PPI mediante regulação interestadual.

Quanto às estratégias definidas pela SES para implantação da NOAS, foi enfatizado que a responsabilidade de coordenação do processo será assumida por *Gerências Microrregionais* ligadas ao gestor estadual, porém as estratégias de condução do processo podem ser diferentes em cada caso. Existem, no momento, seis microrregiões em processo de implantação e mais 15 microrregiões ainda por implantar. A *Gerência Microrregional* assumirá a responsabilidade de coordenação do processo e contará com o apoio da Escola de Saúde Pública, que poderá delegar responsabilidades para as universidades.

A integração da assistência à saúde com a definição de áreas programáticas foi um processo durante o qual foram considerados não só a situação de saúde da população,

mas também os indicadores de avaliação (vigilância epidemiológica e sanitária) e as ações de intervenção (ambulatorial, internação e assistência farmacêutica). Como parâmetros, foram utilizados: normatização das ações de controle de agravos e situações de risco e também coberturas assistenciais.

Foi apresentado o Plano Diretor de Investimentos (PDI), porém, em função do desenho microrregional, os municípios elaboraram projetos para cumprir as funções que a eles foram determinadas. Também foi apresentado o Plano de Investimentos *per capita*. Foi ressaltado que a programação contemplou as referências entre municípios, com negociação e pactuação microrregional. Foram também apresentados os critérios para a definição de prioridades para a seleção de projeto que não tem fonte de financiamento definida.

O Ceará considera como de alta prioridade a expansão de oferta de serviços básicos de saúde necessários para qualificação de microrregião, inclusive projetos de qualificação de pessoal da Saúde da Família. Também são considerados a expansão e/ou o fortalecimento da oferta de serviços de primeiro nível de referência necessários para qualificação de microrregião, com prioridades para as microrregiões de Tauá, Acaraú, Camocim, Russas e Limoeiro do Norte. Com média prioridade foram definidos os serviços de expansão e ou fortalecimento de oferta de serviços dos níveis II e III de referência, e finalmente com baixa prioridade a expansão de oferta de serviços básicos de saúde.

COMENTÁRIOS

- **Jurnadir Frutuoso Silva**
  Representante do COSEMS — CE

Foi destacada a especificidade do processo ocorrido no estado, cujo início deu-se em 1988, com a implantação da microrregião de Baturité. Foi destacada a relação mantida entre o Gestor Estadual e o COSEMS, que forneceu informações sobre os municípios e colaborou intensamente no processo, de feição bastante democrática e transparente, acima de tudo.

A implantação da NOAS apresentou algumas dificuldades e divergências, por exemplo, quanto ao Plano Diretor de Investimentos — PDI, no que tange à alocação dos recursos. Quatro das microrregiões não tinham sido contempladas com recursos do estado, mas a alocação de recursos de emendas parlamentares deve sanar esta situação. Também foi citado como problema o recebimento das pautas da Comissão Bipartite um tanto «em cima da hora».

Chama-se atenção para situações que exigem cautela, pois existiria uma tipologia

diferenciada entre os municípios, ou seja, há aqueles que formulam políticas e cumprem indicadores com facilidade, os que apenas cumprem as determinações e, finalmente, os que não tem nem mesmo condições de cumprir determinações mínimas preconizadas.

A necessidade de capacitação foi enfatizada, pois os secretários de saúde já capacitados de modo geral já se encontram em GPSM. O desafio para os gestores é muito grande, pois são constantemente pressionados pela demanda da população e, por outro lado, os recursos financeiros são pequenos. Sendo assim, os municípios devem assumir a questão da saúde como prioridade de fato.

No estado está prevista a realização de *fóruns de saúde*, com presença do conjunto de prefeitos da microrregião. Enfatizou-se que a NOAS criou a figura da microrregião solidária, porém quem «fica para trás» acaba por desorganizar o sistema.

EXPOSIÇÃO: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DE SÃO PAULO

- **Maaria José Ribeiro Linguanoto**
  Representante da SES — SP

O processo de implantação da NOAS teve início com a resolução que criou a Comissão de Acompanhamento do Processo de Regionalização dos Serviços de Saúde, formada por representantes da SES, do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde e do município de São Paulo. Esta comissão teve como missão coordenar o processo de regionalização, acompanhar e assessorar o processo de articulação e de implantação do Plano Diretor de Regionalização, tendo sido formados grupos de trabalho para o acompanhamento dos indicadores da agenda estadual de saúde, da própria regionalização, da Programação Pactuada Integrada, do Cartão SUS e do cadastro de estabelecimentos de saúde.

Foram definidos 54 indicadores segundo critérios de validade, poder de discriminação, facilidade de construção e entendimento e existência de parâmetros, tendo como prioridade os indicadores de AB já estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Ainda neste tópico, houve a criação de um sistema *on line* de indicadores de AB pactuados e aprovados pelo conselho, bem como o ajuste dos valores lançados, sendo que os mesmos encontram-se em processo final de avaliação, com utilização do Índice Paulista de Desenvolvimento Humano — IPDH, para comparação entre municípios.

A Agenda Estadual foi elaborada através da discussão com técnicos das diversas áreas da SES, mediante a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, visando orientar as Agendas e os

Planos Municipais de Saúde e também o Plano Estadual, com objetivos e indicadores adequados à realidade do estado. Como pressuposto da avaliação de cada objetivo, os indicadores devem ter como base informações de rotina e serem confiáveis. A regionalização pressupõe o mapeamento prévio dos municípios sedes de módulo e municípios-pólo, considerando a oferta de serviços, o IPDH e a receita municipal *per capita*, além do PABA e do agrupamento dos procedimentos com base na necessidade do profissional e percentual de realização.

Foram considerados como critérios para a sede de módulo realizar 70% dos procedimentos de média complexidade 1 (M1) e realizar internação nas três clínicas básicas; para ser pólo regional é necessário dispor de serviços de alta complexidade.

No processo de regionalização do Estado destacaram-se os três municípios que realizaram experiências piloto: Campinas, São José dos Campos e Santo André. Campinas criou as bandas estaduais para PPI, um sistema de regulação, já implantado, aguardando desenvolvimento de SISREG para ampliação. São José dos Campos realizou o teste da metodologia de análise e pertinência dos 54 indicadores oficiais, mediante eventos de programação com participação de todas as regionais e dos COSEMS.

Como dificuldades para a implantação da NOAS foram citadas a insuficiência para a média complexidade 1 (M1) e internação básica, a pactuação inter-regional, além de uma definição mais detalhada dos pólos e a presença de questões políticas municipais e inter-regionais.

O Plano Diretor de Regionalização — PDR proposto para o estado define 246 sedes de módulo e 66 microrregiões. A Programação Pactuada Integrada foi elaborada a partir de seminários para uniformização dos conceitos, da agenda e do plano, além de treinamento das regionais na utilização do *software* apropriado para a PPI.

Para a «M1», foram criados parâmetros para antes e depois da habilitação. Para a média complexidade, «M2» e «M3», foram utilizados parâmetros de necessidade, comparados com as *bandas*, por exemplo, na demanda reprimida optou-se pela banda superior. Para a alta complexidade, os parâmetros foram construídos com a colaboração de especialistas e com a utilização de critérios considerados universais.

Para a Programação Pactuada Integrada — PPI, foi realizado um estudo do perfil de internação dos municípios, sendo definidos alguns parâmetros a serem cumpridos. Para aqueles com internação igual ou superior a 11%, diminuir em 20%, com o limite máximo de 11%, com justificativa. Entre 11% e 8%, diminuir para 8%, também com justificativa; entre 8 % e 6%, manter o mesmo percentual; entre 6 % e 3%, o município poderá aumentar 6% mediante justificativa.

A elaboração da PPI considerou: a justificativa de internação,a população SUS dependente, a população flutuante, a cobertura do Programa Saúde da Família, a população carcerá-

ria, a população rural, o preenchimento completo do SIOPS e o Índice Paulista de Desenvolvimento Humano — IPDH, as causas de óbitos nas internações e a capacidade instalada. Foram consideradas como dificuldades para a elaboração da PPI a inexistência de parâmetros para a totalidade dos itens, a falta de experiência nos anos anteriores e ainda o hiato existente entre o treinamento do *software* e a versão final. Quanto ao cadastro dos estabelecimentos de saúde, foram cadastradas todas as unidades. Este processo está em fase de consolidação das informações, com a revisão dos contratos com base no novo cadastro.

Quanto ao Cartão SUS, a meta mínima do Ministério da Saúde é cadastrar 60% da população, sendo que a de São Paulo é de 77,6%. Foram consideradas como dificuldades para a implantação deste instrumento: o atraso dos recursos de financiamento, o recurso financeiro insuficiente (valor por ficha cadastral) e problemas com o *software* necessário ao cadastramento.

Quanto à avaliação da modalidade de gestão dos municípios do estado, 161 estão em GPSM. Foram avaliados por cerca de 90 técnicos do nível central e regional, de forma detalhada, partindo das treze questões propostas pelo Ministério da Saúde. Este trabalho terá como produto a elaboração de um relatório que será apresentado à Comissão Intergestora Bipartite — CIB.

Quanto à capacitação de gestores, foi enfatizada a necessidade de parceria com as universidades e a realização descentralizada dos cursos.

COMENTÁRIOS

- **José Enio Servilha Duarte**
  Representante do COSEMS — SP

É atestado o bom andamento do processo em São Paulo, que foi realizado de forma articulada com o COSEMS — SP. É declarada, também a grande «novidade» que é fazer as coisas acontecerem, dar passos adiante.

Avançar para a Gestão Plena (GPSM) é a grande proposta que deve ser defendida por todos, pois quanto mais municípios estiverem nesta modalidade de gestão melhor para o sistema de saúde como um todo.

As máquinas das SES por natureza resistem à descentralização. Muito esforço deve ser feito para mudar esta cultura e incentivar os municípios. Constata-se um certo clima de desânimo com a GPSM, que precisa ser revertido.

Os estados também têm que entrar em GP e assumir as prerrogativas cabíveis.

O fato de o município de São Paulo ainda não estar em GPSM até o momento *não faz sentido*. Adentrar em tal modalidade de gestão parece ser, felizmente, a disposição do secretário de Saúde do município, Eduardo Jorge.

Finalizando, um aspecto a ser considerado é que a desabilitação pura e simples de gestores inadimplentes não é a solução, pois é preciso medidas de convencimento e também de natureza educativa sobre os mesmos.

EXPOSIÇÃO: PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DE GOIÁS

• **Fernando Passos Cupertino**
Secretário de Estado de Saúde de Goiás

As questões fundamentais apontadas, em relação à situação do estado de Goiás na implantação da NOAS, foram a necessidade da desconcentração dos serviços de saúde, a estruturação de serviços de saúde na região do Entorno de Brasília, bem como os diversos problemas e as pressões decorrentes do excesso de leitos hospitalares no estado.

Foram estabelecidas, para tanto, algumas diretrizes, como base de orientação para a reorganização dos serviços de saúde, a saber: (a) nos municípios, concentração da Atenção Básica (por exemplo com o PSF); (b) nos módulos assistenciais, a média complexidade, incluindo o pré natal de alto risco; (c) nas microrregiões, as urgências e a média complexidade M2 e M 3; (d) nas regiões, internação geral e a alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Procurou-se assim alcançar alguns objetivos, listados a seguir:

- Ordenar o processo de regionalização do estado, conformando sistemas resolutivos de assistência à saúde, através da organização do estado em regiões/ microrregiões e módulos assistenciais;
- Estabelecer mecanismos e fluxos de referência intermunicipais com vistas a garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades;
- Estabelecer compromissos entre os gestores para atendimento das referências intermunicipais;
- Promover maior eqüidade na alocação de recursos;
- Definir prioridades de intervenção coerentes com as necessidades da população;
- Subsidiar o processo de qualificação das regiões e microrregiões;
- Promover a melhoria da qualidade da atenção e o acesso dos cidadãos, bem

como assegurar o planejamento dos serviços, o mais próximo possível das comunidades a serem atendidas.

- Garantir a melhor participação dos cidadãos na tomada de decisões e escolha das prioridades regionais e locais, na organização e gestão dos serviços.

A metodologia para o processo de regionalização da saúde foi desencadeada a partir da manutenção da divisão territorial delineada no projeto do novo modelo de saúde, elaborado por técnicos da SES — GO, acrescentando apenas a região macro de Goiânia, passando todas a serem chamadas de regiões de saúde. Foi realizado também um levantamento minucioso de toda a capacidade instalada da rede de serviços de saúde cadastrada no SAI — SUS existente nos municípios, com análise da PPI e da programação de AIH, bem como do fluxo de usuários, características geográficas, facilidade de acesso aos serviços, tipo de habilitação e situação dos Conselhos Municipais de Saúde em cada município.

Finalmente, foi iniciado o processo de pactuação da proposta, através de reuniões regionais com os gestores e com os técnicos municipais e, ao término, apresentação e pactuação na CIB.

Os critérios estabelecidos para a regionalização obedeceram aos níveis de planejamento do território estadual (regiões e microrregiões de saúde). Foram considerados procedimentos obrigatórios: (a) realizar cesárea e possuir unidade neonatal de cuidados intermediários; (b) ter leitos de uti e/ou hemodiálise e/ou referência em saúde mental; (c) realizar pré-natal de alto risco; (d) realizar assistência em urgência (ambulatório 24 horas) e/ou outros serviços de média complexidade. (com prioridade para os serviços vinculados aos programas estratégicos do estado); (e) contigüidade de módulo assistencial; (f) situação geográfica apropriada; (g) fluxo adequado de usuários.

As principais dificuldades registradas foram a demora na definição do valor do PAB ampliado; as dificuldades na aplicação prática nos casos de municípios habilitados em gestão plena da atenção básica que oferecem serviços de M1 com qualidade e quantidade adequadas; os problemas no processo de cadastramento, impossibilitando a real visualização da capacidade instalada, com prejuízos na programação e elaboração do PDI; a necessidade de definição quanto ao financiamento do PDI; a inadequação do instrumento utilizado para pagamento de procedimentos ambulatoriais pelo SAI — SUS.

Foi também formada uma comissão de técnicos da SES — GO e de representantes do COSEMS, com o objetivo de se estabelecer e propor os critérios para elaboração do PDR, que foram posteriormente aprovados pela CIB. O «desenho» da proposta de regionalização foi então apresentado ao DDGA/SAS/MS. Após pequenas alterações foi dis-

cutido com os prefeitos municipais, gestores municipais e assessores, além de técnicos das diversas áreas da SES — GO.

Concluindo, é preciso ter clareza de que a PPI seja realmente um *marco zero* para a fixação dos novos tetos financeiros dos municípios, especialmente para aqueles que se encontram em gestão plena do sistema.

COMENTÁRIOS

- **Laudima Pereira Carneiro Muniz**
  Representante do COSEMS — GO

O COSEMS — GO participou ativamente do processo de implantação da NOAS, juntamente com a SES, inclusive acompanhando as discussões locais.

Os recursos humanos são reconhecidamente um ponto crítico, sendo que a realização de cursos de capacitação de gestores fez uma grande diferença positiva. Capacitar conselheiros também se torna necessário.

Que os municípios assumam seu papel e também os estados, de naturezas diferentes; que se fortaleçam as regionais de saúde, também para a capacitação dos municípios.

Em conclusão, o PDR e o PDI são instrumentos estratégicos para a construção do SUS.

EXPOSIÇÃO: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DA NOAS NO ESTADO DO AMAPÁ

- **Dr. Ronaldo Dantas Melo**
  Secretário Adjunto da Secretaria de Saúde do Estado do Amapá

O Amapá foi convidado para representar a região Norte, uma vez que apresenta características representativas da mesma, como a baixa densidade demográfica, a inexistência de prestadores privados e a carência de profissionais.

O estado do Amapá, com população concentrada na área leste, possui extensa área ainda ocupada por florestas. A principal causa da mortalidade é a malária, cujo controle depende da questão do manejo ambiental, o que exige a adoção das propostas da agenda 21 (desenvolvimento sustentável).

O governo do estado adota o Programa de Desenvolvimento Sustentável — PDSA,

tendo como princípios básicos que o investimento seja economicamente viável, socialmente desejável e ecologicamente responsável. As estratégias são: a promoção da eqüidade social, o fortalecimento da economia e a manutenção do equilíbrio social e ambiental.

A saúde no contexto do PDSA reafirma o preceito do SUS para a implantação dos princípios e diretrizes do Plano Plurianual 2000-2003, que busca definir os caminhos para a construção do novo modelo de Atenção à Saúde que possibilite a diminuição das desigualdades existentes entre a população, que garanta a eficácia dos serviços e a satisfação do usuário. Além disso, existe a preocupação com a compatibilização da oferta de serviços aos agravos à saúde e com a demanda específica, visando à criação de alternativas que utilizem tecnologia adequada à realidade, na busca de melhores conhecimentos dos agravos que afetam o homem e as intervenções para equilíbrio homem x meio ambiente. São enfatizadas, neste contexto, ações de informação, educação e comunicação, visando à formação de uma consciência crítica da sociedade, como exigência de um sistema descentralizado e participativo, baseado na responsabilidade do cidadão pela sua saúde e da coletividade.

Foram apresentados dados sobre a capacidade instalada da rede SUS, que atende à demanda espontânea. Destacou-se o fato de o estado ser novo e pequeno, com apenas um município na gestão plena, sendo que dois não estão habilitados de nenhuma forma, o que é preocupante.

A população do estado é de 498.735 habitantes, e a rede é composta de 136 Postos de Saúde, 837 leitos, 25 Centros de Saúde, oito Unidades Mistas, um LACEN, um Hemocentro com cinco agências transfusionais e uma unidade de coleta e transfusão de sangue, três centros de referência, sete hospitais e apenas quatro Unidades do Programa Saúde da Família — PSF. A estratégia de Saúde da Família ainda é incipiente, mas há previsão de ampliação, inclusive com a implantação de novas equipes através da contratação de profissionais de Cuba.

Para que a reorganização dos serviços de saúde seja compatível, é preciso considerar os recursos de acesso existentes, assim como as dificuldades, o que onera bastante o sistema.

Para que a reorganização dos serviços de saúde seja compatível e viável à luz da NOAS/SUS/01, foi adotada a seguinte estratégia: na atenção básica, PSF para todos os municípios; atenção básica e média complexidade para a microrregião ou módulo (município sede de microrregião/módulo) e MC II, III e alta complexidade para o estado.

O objetivo do processo é garantir a eqüidade no acesso da população às ações e serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade, a partir da reorganização da rede de serviços, com envolvimento de todos os atores, com maior clareza quanto à definição do papel e responsabilidade do estado e dos municípios.

No Amapá, nem todas as clínicas básicas já estão implantadas, mas existe previsão orçamentária para tal, sendo que é crucial a sensibilização dos gestores municipais para esta nova forma de organização. Ressaltou que 1/3 dos municípios tem menos de quatro mil habitantes, sendo que o estado tem dificuldade de contratação de profissionais, o que gera preocupação em incentivos para a interiorização.

Os pontos básicos para a caracterização do modelo é o acesso intermunicipal, tendo como bases a convergência e a contigüidade, considerando-se as vias fluviais, rodovias e ferrovias. A estrutura física de estabelecimento assistencial de saúde foi ressaltada, o que possibilita realizar reformas e adaptações para implementar e/ou implantar serviços nas quatro clínicas básicas. Também foram considerados: a análise da situação de saúde (perfil social, demográfico, epidemiológico, capacidade instalada, fluxos de usuários e situação geográfica), e o fato de o estado ser área fronteiriça, integrante da *Rodovia Transguianense*, com grande população indígena.

Como diretrizes de organização, os municípios-satélites, que possuem os serviços que a sede da microrregião/módulo vai oferecer, permanecerão com os mesmos e os serviços existentes não serão desativados.

As intervenções nas estruturas físicas e a capacitação profissional serão prioritárias para as sedes das microrregiões/módulos, a fim de instalar os serviços que terão cobertura na área, bem como criar incentivos para interiorizar os profissionais de saúde.

É notória a necessidade de pactuação permanente entre os gestores municipais, coordenada pelo gestor estadual, no processo de integração dos serviços oferecidos no módulo, e entre as microrregiões.

Nas sedes das microrregiões/módulos em que os gestores ainda não possam assumir a gerência da unidade mista existente, a Secretaria de Saúde do Amapá continuará gerenciando o sistema até que se viabilize o plano de repasse dessas unidades ao município, o mesmo ocorrendo com os municípios na gestão da Atenção Básica.

O Tratamento Fora de Domicílio (TFD) intermunicipal deverá ser regulado para que sejam garantidos os serviços aos usuários referendados, ficando o TFD interestadual sob responsabilidade da secretaria estadual.

O estado se caracterizará, então, como região de assistência à saúde, ficando a Secretaria de Estado da Saúde com a gestão e a gerência dos estabelecimentos assistenciais de saúde de alta complexidade e referência estadual dos sistemas de gestante de alto risco, urgência e emergência.

Quanto à microrregião de assistência à saúde, será constituída por um conjunto de

municípios ou módulos, com compromisso firmado entre os municípios e o estado para garantia do acesso de toda a população residente nesse espaço territorial, com sede num município pólo que realizará um conjunto de ações e serviços correspondente ao nível de assistência à saúde de média complexidade.

O módulo assistencial de saúde constitui-se em área territorial que tem as condições de resolutividade, constituído por um ou mais municípios, tendo no município sede capacidade instalada na Atenção Básica e Média Complexidade I, com ações e serviços suficientes para atender sua população e a dos municípios adscritos.

A unidade territorial de Assistência Básica corresponde à base territorial do município, que garantirá um conjunto de ações e serviços, de saúde de atenção básica, que viabilize o controle dos agravos e promova a humanização da assistência.

O plano diretor de regionalização apresentado mostra os fluxos de referência propostos, com diferenças no número de municípios, e na capacidade instalada. Cada módulo tem a disposição os recursos físicos (número de estabelecimentos de saúde, número de leitos), recursos humanos e serviços disponíveis, o que já gera a discussão e definição sobre as necessidades (RH, serviços, equipamentos), ou seja, o plano de investimento.

O estado ficou dividido em três microrregiões. A microrregião do Amapá é formada pelo módulo Amapá e pelo módulo Oiapoque, que ficou isolado por dificuldades de acesso e por ser região de fronteira, além disso, metade da população é indígena.

A microrregião Macapá é formada pelo módulo Macapá e pelo módulo Porto Grande.

Por fim, a microrregião Santana é composta pelo módulo Santana e pelo módulo Laranjal do Jari.

Definiu-se uma cronologia de operacionalidade, com os principais eventos realizados para a implantação da NOAS — SUS/01.

COMENTÁRIOS

- **Lineu da Silva Fagundes**
  Secretário Municipal de Macapá
  Presidente e Representante do COSEMS — AP

O apoio da Secretaria de Assistência à Saúde/MS foi imprescindível para a concepção do Plano de Regionalização, que deve ser compreendido como um marco. Ele foi precedido do levantamento da capacidade instalada, o que propiciou a realização de um projeto para a assistência, e sua adequação à realidade do estado.

Houve grande apoio dos gestores neste processo, sendo que a Programação Pactuada Integrada — PPI está sendo construída, levando em consideração todos os recursos disponíveis. Foi possível verificar que, frente à enorme diversidade de realidades existentes no País, é possível uma adaptação.

Muitos esforços foram mobilizados para o cumprimento do cronograma para a execução do Plano de Desenvolvimento Regional — PDR, e o desenho atual do PDR foi o previsto, inclusive quanto aos recursos e de investimento para sua implantação.

Em conclusão, defende-se o estabelecimento de pactos, com a necessidade de definição de dois pontos: identificação das necessidades e estabelecimento de fluxo para outros estados.

COMENTÁRIOS SOBRE AS APRESENTAÇÕES DOS ESTADOS

- **Renato Tasca**
  Consultor da SAS — MS

O presente processo mostra-se pleno de sentido, sem dúvida, em sua complexidade, podendo ser comparado, metaforicamente a um «mosaico», cujas peças vão formando, pouco a pouco, uma figura coerente. Há muita variabilidade nos casos apresentados, sim, mas simetria é algo que não seria de se esperar em um processo como este, não seria o caso mais previsível em tal realidade.

Um aspecto destacável é que a média de municípios por módulo regionalizado é bastante variada, por exemplo, mais alta no Piauí e muito mais baixa no Rio de Janeiro. Mas este aspecto também faz parte do processo, é algo a ser compreendido e mesmo tolerado, embora careça de acompanhamento e análise, pois podem ocorrer distorções neste campo.

Como exemplo de distorção nítida, vêem-se grandes municípios que continuam em posição de «satélites» dentro do sistema regionalizado, o que poderia ser decorrência de uma certa resistência local à Gestão Plena. Neste aspecto, cabe indagar se os mais de 500 municípios que já se encontram em tal condição viriam, por assim dizer, a «contagiar» os demais. Ou por outra, se os mecanismos atualmente em prática para se adentrar na GP seriam os mais adequados. Cabe destacar que o papel de indução do MS nestes e em outros casos continua necessário e deve continuar a se fazer presente. Mas o cenário a longo prazo certamente é de incremento da GP no País.

Sem dúvida, processos de regionalização com as características presentes, quando analisados em perspectiva comparada, sempre suscitam a questão de que os instrumen-

tos normativos empregados, como é o caso da NOAS, sejam considerados, ou melhor, acusados de centralizadores, ou como mera resposta burocrática. Isto é fato comum em toda parte. A motivação política e ideológica quase sempre está presente, e esta é uma discussão um tanto estéril, na verdade. É bom assinalar que a NOAS é apenas um instrumento, e que pode ser revertido — é «neutro», em certo sentido. Cabe indagar sobre o desenho institucional que lhe serve de *back ground* — isto é o que importa. É preciso também contar com uma certa ampliação de visão dos gestores em sua implementação.

Uma lógica de cooperação entre níveis de governo deve prevalecer, superando estágios de tensão e competição — este é um fator essencial para o sucesso do processo de descentralização. Deve-se reconhecer que a exigência dos cidadãos neste sentido é palpável, inclusive demandando descentralização de decisões, pois o ganho de eficácia é muito grande quando isso acontece. O ganho se traduz em *governance,* ou seja, capacidade de governo ampliada, aspecto essencial para quem tem de gerenciar uma rede, um sistema complexo de serviços, com muitos interlocutores. Isto constitui uma lógica mais adequada e contemporânea de atuação, que se contrapõe ao mero «governo», em seu sentido tradicional.

Insiste-se que a descentralização faz mais sentido quando seu objeto é materialmente definido como uma «rede», na qual os mecanismos de cooperação e não de competição devem prevalecer. Assim, a NOAS é percebida como uma resposta natural do sistema de saúde, dentro do contexto da acumulação de conhecimentos e práticas que configuram os cenários da sociedade brasileira atual, com toda sua complexidade.

Desafios importantes ainda estão em jogo, como aqueles de natureza organizacional e operacional, que geram a necessidade de intercâmbios inéditos entre os municípios, o que resulta na necessidade de que muitos instrumentos administrativos e organizacionais novos venham a ser criados e testados. Da mesma forma, processos de capacitação, desenvolvimento de novas tecnologias (por exemplo, os protocolos assistenciais) devem ser desenvolvidos. Além disso, um vasto sistema carece ser regulado e um grande esforço de comunicação e informação com os usuários deve ser realizado.

Do ponto de vista tecnológico, também há grandes desafios, por exemplo, de como dispor e organizar os novos fluxos de informação, com as tecnologias mais apropriadas para cada caso. Em todos os casos, a absorção de impactos gerados pelas tecnologias deve ser considerada.

A questão do financiamento está permanentemente posta e alternativas devem ser procuradas, como, por exemplo, as parcerias com um terceiro setor.

Do ponto de vista político e ideológico cabe indagar a respeito do «desenho ideológico» no qual se apóia o gestor: deve prevalecer o critério de melhoria da saúde ou a opção

pelo mercado? É realmente importante ter crença no modelo no qual se está investindo política ou economicamente. Não é demais admitir que o pensamento liberal pode aceitar flexibilizações em suas regras e o mesmo pode ocorrer com outras modalidades de pensamento. É preciso, pois, não só buscar um termo comum, como procurar produzir conhecimento neste sentido.

Mas o desafio principal, entre tantos, é sem dúvida de natureza institucional. Neste aspecto, a *missão* institucional não pode ser considerada imutável ou fixa e pode mesmo ser revista, por exemplo, ao encontro de outras lógicas, como a divisão de tarefas entre os níveis de governo, com novos papéis a serem atribuídos aos níveis centrais. Aqui, mais do que nunca, a noção de *governance* deve orientar a ação. Ainda neste campo, recomendar-se-iam processos de comunicação intra- e interinstitucionais mais adequados. Da mesma forma, novas configurações de gestão, como, por exemplo, agências, devem ser pensadas, particularmente para as estruturas de influência e referência nacional, com ênfase na flexibilidade.

OFICINAS TÉCNICAS

1. SISTEMA DE MONITORAMENTO DA GSPM

- **Luiza Heimann**

Obs.: O material sobre Sistema de Monitoramento da GSPM será divulgado em breve.

2. SISTEMA DE REGULAÇÃO NAS UNIDADES FEDERADAS

- **Aglaé Regina**
- **Antonio Claret Campos Filho**

SAS – MS

DIRETRIZES PARA CONTROLE, REGULAÇÃO E AVALIAÇÃO ASSISTENCIAL

A elaboração do diagnóstico da situação é dificultada por inúmeros fatores como: indefinições de competências entre gestores, inexistência de serviço estruturado, falta de equipes multiprofissionais qualificadas, atuação centrada no médico, falta de equipamentos de informática ou acesso à Internet, baixo conhecimento e uso de instrumentos informatizados de controle e avaliação, sistemas de informações assistenciais inadequados à gestão do SUS, controle e avaliação inadequados à lógica do SUS e fraco papel regulador do acesso assistencial pelos gestores.

O controle, a regulação e a avaliação assistencial englobam a avaliação: da organização dos sistemas de saúde, da prestação de serviços sob sua gestão, da qualidade assistencial e satisfação dos usuários, e o acompanhamento dos resultados e do impacto das ações e serviços sobre a saúde da população e, também pressupõe a articulação permanente entre vigilância sanitária/epidemiológica e a auditoria.

O controle, a regulação e a avaliação assistencial devem ser considerados como eixos básicos das funções de gestão. Constatada a existência de competências comuns e específicas dos gestores, é necessária a mudança de postura gerencial. Tais ações pressupõem a criação de instrumentos para se conhecer a realidade dos gestores, com a discussão e definição das atribuições e responsabilidades de cada nível, para controle e regulação do acesso e para a formulação do Plano de Controle, Regulação e Avaliação Assistencial.

Como instrumentos disponíveis para a realização destas funções, foram destacados: cadastro de estabelecimentos de saúde, relatórios dos sistemas (SIA, SIH, APAC), indicadores e parâmetros assistenciais, protocolos assistenciais, Centrais de Regulação Assistenciais e Cartão Nacional de Saúde.

Ainda como instrumentos para controle, regulação e avaliação, podem ser considerados: a Agenda de Saúde; o quadro de metas PDR, PDI, termos de garantia de acesso; termos de compromisso entre entes públicos; tetos físicos financeiros da assistência; relatórios de gestão, execução orçamentária do fundo de saúde; atos normativos do Ministério da Saúde, dos gestores e dos Conselhos de Saúde; instrumentos de avaliação da qualidade assistencial e da satisfação dos usuários etc.

Como objeto principal, cabe ao gestor federal: acompanhar, controlar, regular e avaliar o sistema nacional de saúde e a execução das ações e serviços de saúde no território nacional, respeitadas as competências de estados e municípios.

Ao gestor estadual compete: acompanhar, controlar, regular e avaliar o sistema estadual de saúde e a execução das ações e serviços de saúde em seu território, respeitadas as competências municipais. Neste contexto, pode ser considerada como função expansiva a avaliação da gestão municipal e, como função residual, o controle e avaliação da execução de serviços sob sua gestão.

Ao gestor municipal cabe: acompanhar, controlar, regular e avaliar a qualidade, eficiência, eficácia e efetividade da execução das ações e serviços de saúde e do sistema municipal de saúde, na garantia do atendimento às necessidades da população. O conceito de controle-vigilância pressupõe a contínua e periódica implementação de uma atividade e seus componentes, a fim de assegurar que a entrada, o processo de traba-

lho, a produção estimada e outras ações necessárias funcionem como o previsto.

A avaliação é o processo que tenta determinar o mais sistemática e objetivamente possível a relevância e efetividade de atividades, tendo em vista seus objetivos, com uma ferramenta orientada para a aprendizagem; também é um processo organizativo que visa tanto melhorar as atividades em andamento, quanto planejar o futuro e orientar a tomada de decisões.

Na realidade, o controle e a avaliação podem e devem ser das mais importantes atividades inerentes à gestão do sistema de saúde, permitindo tanto a detecção de insuficiência ou erro, quanto à realização da meta.

As competências da Secretaria de Assistência à Saúde — SAS, segundo o decreto 3.496/2000 e 3.774/2001, são: participação na formulação da política de assistência à saúde, definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de saúde, estabelecimento de normas, critérios e parâmetros para o controle e avaliação da assistência à saúde, elaboração de normas para disciplinar as relações entre gestores/serviços privados assistenciais, cooperação técnica aos gestores para desenvolvimento da capacidade de gerenciamento, proposição de critérios e normas para regulamentação das ações de assistência à saúde e coordenação, acompanhamento e avaliação das unidades assistenciais do ministério.

O Departamento de Controle e Avaliação tem como competências, de acordo com os decretos 3.496/2000 e 3.774/2001: acompanhar e avaliar a prestação de serviços assistenciais, a transferência de recursos a estados e municípios, os métodos e instrumentos de controle e realizar a avaliação de estados e municípios. Além disto, são responsabilidades do DCA: estabelecer normas e critérios para sistematizar e padronizar técnicas e procedimentos de controle e avaliação, prestar cooperação técnica aos gestores, realizar estudos para aperfeiçoar a capacidade gerencial/operativa dos serviços assistenciais e subsidiar a elaboração de sistemas de informações no SUS.

A Secretaria de Assistência à Saúde, conforme os mesmos instrumentos legais, é responsável pela implementação do acompanhamento e monitoramento contínuo das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS, sem prejuízo das atividades de controle e avaliação pertinentes a cada órgão ou entidade do ministério ou aos gestores, sendo apresentada a estrutura organizacional proposta.

Como atribuições do gestor federal, no controle e avaliação do sistema nacional de saúde, foram destacadas: o acompanhamento do plano plurianual, da Agenda Nacional, do plano de metas, controle e avaliação da organização das redes assistenciais regionalizadas

e dos sistemas de alta complexidade, a coordenação dos sistemas de informações assistenciais, apoio e assessoria técnica aos gestores na implantação e implementação do controle e avaliação, coordenação do cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde e a manutenção do banco de dados nacional, assessoria à instalação das centrais de regulação assistencial, participação na implantação do Cartão Nacional de Saúde, acompanhamento da avaliação da satisfação dos usuários com os serviços do SUS etc.

As atribuições do gestor estadual são: (a) controlar, regular e avaliar o funcionamento do sistema estadual de saúde, acompanhar a execução da agenda estadual de saúde, do plano estadual de saúde, do quadro de metas, do Pacto da Atenção Básica do estado; (b) participar da elaboração do Plano Diretor de Regionalização — PDR, do Plano de Investimentos acompanhando sua execução; (c) avaliar a repercussão das ações e serviços de saúde sobre a situação epidemiológica do estado; (d) assessorar os municípios no processo de regulação assistencial; (e) controlar o desempenho das redes assistenciais regionalizadas conforme PDR, prestar apoio à capacitação dos municípios em controle, regulação e avaliação do SUS; (f) assessorar os municípios na contratação de seus prestadores de serviços e coordenar o cadastro dos estabelecimentos de saúde e atualização do banco de dados nacional; (g) participar do processo de contratação dos prestadores de serviços ao SUS sob a sua gestão; etc.

Como atribuições do gestor municipal destacam-se: (a) acompanhar o cumprimento das metas do plano municipal de saúde, regular o acesso assistencial, coordenando os mecanismos de regulação assistencial dos serviços sob sua gestão; (b) disponibilizar médico para autorização de internações, exames e procedimentos assistenciais; (c) controle da oferta de serviços sob sua gestão, acompanhando a execução da programação físico-financeira das unidades sob sua gestão; (d) pactuação com os demais gestores de protocolos médico-assistenciais para o SUS; (e) definição das necessidades de contratação complementar de serviços privados; (f) avaliação da satisfação dos usuários com as ações e serviços do SUS; (g) disponibilização à sociedade do resultado das avaliações para aprimoramento do controle social do SUS etc.

Faz-se necessária a elaboração do plano de controle/regulação e avaliação/assistencial, onde deverá ser contemplada a situação atual, a situação proposta, as metas a serem alcançadas, os instrumentos e os prazos.

O plano de controle, regulação e avaliação deverá abranger vários aspectos da gestão, entre eles: estrutura física e recursos humanos, avaliação de gestão, relação com prestadores de serviços, instrumentos de regulação do acesso assistencial, qualidade da assistência, satisfação dos usuários e avaliação de resultados (impacto na saúde da população).

3. CENTRAL DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES
Apresentação dos instrumentos para "Central de Marcação de Consultas e Exames" e "Central de Marcação de Leitos"

• **Marcos Pinciara**
Representante do DATASUS

Trata-se de um sistema *on-line,* desenvolvido de acordo com o "estado da arte", com amplo escopo da atuação, abrangendo internações eletivas e de urgências, marcação de consultas e exames complementares, abarcando os níveis primário, secundário e terciário.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é fundamental para se ter uma visão de regulação e para o estabelecimento de um projeto. É a premissa básica, já que não se implantam sistemas regulatórios sem o levantamento das condições específicas, do volume e fluxo de atendimento.

Os pressupostos básicos para a implementação do sistema de regulação proposto (SISREG) estão dados pela própria NOAS, que preconiza: (a) a regionalização da assistência, com a definição de normas de operação referentes à regionalização e à hierarquização do atendimento assistencial; (b) a Programação Pactuada Integrada — PPI, instrumento que expressa a pactuação entre os gestores municipais; (c) a Ficha de Cadastro de Estabelecimentos de Saúde — FCES, instrumento que identifica e registra a capacidade instalada para atendimento da população, e (d) a Ficha de Programação Orçamentária — FPO, que estabelece a programação física e financeira, sendo o instrumento a partir do qual os municípios distribuem os procedimentos a serem prestados pelas unidades de saúde.

A finalidade do Projeto Central de Regulação é, a partir da lógica regulatória, apoiar o acesso da população aos serviços de saúde, existentes nos municípios e nos Estados, de forma mais equânime, obedecendo aos princípios do SUS da regionalização, da hierarquização e da integralidade das ações de saúde.

O projeto tem como objetivos específicos: (a) permitir a regulação e controle de toda a disponibilidade assistencial de uma região/município; (b) agilizar o atendimento de forma a dar conforto ao cidadão; (c) auxiliar no controle do fluxo das demandas ofertadas dos municípios e suas possibilidades de atendimento baseados na Programação Pactuada Integrada — PPI; (d) distribuir de forma igualitária os recursos de saúde para a população de acordo com as necessidades do atendimento; (e) encaminhar e agendar internações eletivas e de urgência, e (f) acompanhar a disponibilidade de leitos.

Quanto à abrangência da Central, uma região de saúde é caracterizada através de sua

área de abrangência. As Centrais de Regulação poderão ter abrangência nacional, estadual, regional, microrregional, municipal, distrital e interestadual. Em se tratando de sua esfera administrativa, esta pode ser: nacional, estadual, municipal, privada e mista.

Quanto ao fato de a abrangência poder ser nacional, é preciso que se entenda o nível de "sofisticação" do sistema, que foi arquitetado para isto. Ele tem condições de visualizar as interligações, o sistema de microrregiões com acessos diferenciados etc.

As formas de regulação permitem a interferência e a intervenção do regulador, avaliando a melhor alternativa terapêutica para o paciente na ausência de recursos assistenciais geridos pela central, como: (a) ausência de cotas de solicitação e de agenda médica para atendimento, e (b) ausência de agenda/leito para encaminhamento de internações eletivas. Na segunda fase, estes procedimentos poderão ser realizados mediante a utilização de protocolos clínicos e operacionais.

O ciclo de regulação começa com o acionamento do regulador que, mediante a indisponibilidade de recursos no agendamento do atendimento (agendas médicas e cotas de solicitação), realiza a avaliação da melhor alternativa terapêutica para o paciente, o que significa maior abertura para agendamento de atendimento (prioridade), sendo que após este procedimento o sistema segue o fluxo normal.

São usuários da Central, as unidades solicitantes: secretarias municipais de saúde, secretarias estaduais de saúde, coordenadorias regionais, estabelecimentos de saúde e outras centrais. Também são usuários, as unidades executantes (estabelecimentos de saúde), as unidades autorizadoras (secretarias municipais de saúde, secretarias estaduais de saúde, coordenadorias regionais) e os estabelecimentos de saúde (unidades básicas, unidades especializadas e unidades terciárias).

Foram apresentados os "cenários de regulação", que mostraram o modelo operacional proposto para as internações, as consultas e os exames especializados.

Deve ser enfatizado que o cenário de regulação, no caso de marcação de consultas, permite que a questão da prioridade seja levada em conta. O sistema permite que "a fila seja furada", dependendo da necessidade e gravidade do caso. A Central de Regulação, após verificar disponibilidade de vaga, através da intervenção do médico regulador, possibilita a negociação da mesma.

Quanto à arquitetura operacional do SISREG, existem várias possibilidades, como: (a) o município com urgência/emergência (UE) e com possibilidades de ter seu próprio médico regulador; (b) município com UE, mas sem condições de ter médico regulador próprio; (c) município sem UE, mas com possibilidades de ter médico regulador, e (d) município sem

UE e sem condições de ter médico regulador próprio. O regulador vai ter acesso ao sistema, mesmo se este estiver "fora do ar", ou seja, sem sair do município tem-se clareza do que está disponível pela central.

Um aspecto importante é a integração com o Cartão Nacional de Saúde, sendo que a operacionalidade do modelo proposto para o funcionamento do sistema também foi apresentada.

Como considerações finais, foram enfatizados os seguintes aspectos da Central de Regulação: (a) a aplicação Web, permitindo acesso "on-line" a partir de diferentes pontos, a tecnologia utilizada exige que o servidor (WEB e dados) seja de alta velocidade de processamento; (b) a interface direta com o Cartão Nacional de Saúde — CNS; (c) a segurança do sistema através de certificação e definição de diferentes níveis de acesso; (d) a confiabilidade das informações (utilização de criptografia), e (e) o ambiente seguro.

ISBN 85-87943-11-1

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

2

OPAS

OMS

APRESENTAÇÃO

O Programa de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS no Brasil, no caminho da cooperação técnica, vem difundindo trabalhos por via eletrônica, mas compreende que existem documentos de consultoria ainda inéditos, com importância e utilidade para a comunidade da saúde pública em processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoraria de qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, redução de desigualdades e alcance da eqüidade.

Para realizar a missão de informar e difundir conhecimento — um objetivo que a Organização Pan-Americana da Saúde cumpre com sucesso ao celebrar o seu centenário —, o Programa de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde lança esta Serie Técnica e brinda a comunidade de saúde nacional e internacional com produtos advindos da cooperação técnica realizada no Sistema Único de Saúde, visando fortalecer a construção de sistemas e serviços eqüitativos, integrais e de qualidade na atenção à saúde dos povos da região.

Esta publicação divulga trabalhos científicos em forma de artigos, ensaios, pesquisas e metaanálises produzidos com o apoio do Programa de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, entre outros, cujo conteúdo está orientado para análises e reflexões sobre a organização e o planejamento de serviços de saúde; processos de reforma e responsabilidades das esferas de governo; gestão da saúde e as relações com a sociedade; e os mandatos constitucionais de universalidade, eqüidade e integralidade no Sistema Único de Saúde. Nesse sentido, a Série Técnica está associada e tem efeitos sinérgicos à Cooperação Técnica Descentralizada, juntamente aos trabalhos de cooperação técnica via Internet e o Observatório da Saúde desenvolvidos pela OPAS. Certamente, a nova modalidade de divulgação de estudos incentivará os autores e colaboradores a elevarem a qualidade de informes e relatórios de consultoria frente à expansão de acesso aos trabalhos e experiências propiciadas por este novo meio.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE E POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL (1974-2000)

2

BRASÍLIA — DF
2003

1ª Edição — 2002
Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
70800-400 Brasília - DF
www.opas.org.br
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
Coordenador do Projeto:
Dr. Juan Eduardo Guerrero
www.opas.org.br/servico
Apoio técnico e administrativo:
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
Revisão:
Manoel Rodrigues Pereira Neto
Capa, Projeto Gráfico e DTP:
Wagner Soares da Silva
Tiragem:
500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde.
Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde. — Brasília. 2003.
xx p.: il.

Conteúdo: Produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil : (1974-2000) / Eduardo Levcovitz... [et al.] — Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. — (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de sistemas e Serviços de Saúde, 2).
Bibliografia
ISBN: 85-87943-14-6

1. Serviços de saúde — Brasil. 2. Política de Saúde — Brasil. 3. Planejamento em Saúde — Brasil. 4. Produção — Conhecimento — Brasil. I. Levcovitz, Eduardo. II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. Série.

NLM: W 84

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Ministério da Saúde/ Secretaria de Assistência à Saúde e à Organização Pan-Americana da Saúde pela oportunidade de desenvolvimento da pesquisa, bem como ao Instituto de Medicina Social pelo apoio institucional com a cessão de um espaço para a realização do trabalho. E, ainda, aos consultores da pesquisa: Ruben A. Mattos — IMS/ UERJ, Carmen F.Teixeira — ISC/UFBa, Paulo E. M. Elias — FM/USP, Pedro L.Barros — NEPP/UNICAMP, Nilson R. Costa — ENSP/FIOCRUZ, na contribuição para a delimitação do objeto e metodologia de trabalho. Ao nosso colaborador da informática, Ernani S. Baptista. Às Secretarias de Pós-Graduação e Bibliotecas do Instituto de Medicina Social — UERJ e Escola Nacional de Saúde Pública — ENSP. E à Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), na disponibilização de bibliografia.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANC	Assembléia Nacional Constituinte
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional da Vigilância Sanitária
APSP	Associação Paulista de Saúde Pública
C&T	Ciência e Tecnologia
CAPES	Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CF88	Constituição Federal de 1988
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferências Nacionais de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FINEP	Financiadora de Estudos e Projetos
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FNDCT	Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
IMS	Instituto de Medicina Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
ISSS	Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBDCT	Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT)
PCCS	Plano de Cargos, Carreira e Salários
PEC	Proposta de Emenda Constitucional

PEPPE	Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PESES	Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
POI	Programação e Orçamentação Integrada
PP&G	Política, Planejamento e Gestão em saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
PROSOCI	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social
PSF	Programa de Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SAMHPS	Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SPT 2000	Saúde para todos até o ano 2000
SUDS	Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFBa	Universidade Federal da Bahia
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS 5

LISTA DE SIGLAS 7

RESUMO 11

1. INTRODUÇÃO 13

2. DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS 15
2.1 Veículos de Divulgação 17
2.2 Classificação e Análise da Produção 20
2.3 A Política de Ciência e Tecnologia e o Campo da Saúde Coletiva no Brasil 23
2.4 Análise da Trajetória da Política e os Estudos de PP&G 27
2.5 Especificidades Metodológicas 29

3. RESULTADOS 31
3.1 A Política de Saúde e a Produção em PP&G no Brasil (1974-2000) — Trajetórias e Interseções 31
3.1.1 Uma análise a partir das fases da política 32
FASE 1 — Teórico-conceitual (1974/1979) — a reforma sanitária e a consolidação de um novo "campo" em saúde 32
FASE 2 — Político-ideológica (1980-1986) — a negociação da reforma 37
FASE 3 — Político-institucional (1987/1990) — definições institucionais 40
FASE 4 — Político-administrativa (1990/1998) — a implementação da política 42
FASE 5 — Complementação jurídico-legal e técnico-operacional (1999/2000) — regulamentação 46
3.1.2 Os temas abordados na produção — caracterização e análise dos estudos 47
3.2 Estudos de Reforma do Sistema e Serviços de Saúde e a Fase da Política 57

4. CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE 58
4.1 Sobre o Campo, a Produção e a Relação com a Política 58
4.2 Propostas Para Novas Agendas de Pesquisa 63

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65

ANEXOS 71

RESUMO

O presente artigo apresenta os resultados do estudo de "Investigação sobre a produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde (PP&G) no Brasil, no período de 1974 a 2000". Toda a análise esteve pautada numa comparação da produção em PP&G com a trajetória de formulação e implementação da política de saúde no Brasil no mesmo período. O principal objetivo do estudo foi subsidiar e sistematizar uma reflexão sobre as possíveis contribuições das investigações de saúde para o debate político. Nesse sentido, o estudo avançou na organização por área temática da produção bibliográfica identificada e mapeou as tendências de cada período analisado da história da política de saúde, possibilitando apontar as lacunas não estudadas no conjunto da produção e propondo a delimitação de novas agendas de pesquisa em PP&G no Brasil.

PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE (PP&G) E POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL (1974-2000)

Autores: *Eduardo Levcovitz[1] ; Tatiana Wargas de Faria Baptista[2] ; Severina Alice da Costa Uchôa[3] ; Grasiele Nespoli[4] ; Mônia Mariani[5] .*

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo apresenta os resultados do estudo de "Investigação sobre a produção de conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde (PP&G) no Brasil", no período de 1974 a 2000. Toda a análise esteve pautada numa comparação da produção em PP&G com a trajetória de formulação e implementação da política de saúde no Brasil nesse mesmo período.

Ao partirmos da temática "política, planejamento e gestão em saúde" (PP&G), assumimos uma correspondência dessa produção com o que se tem denominado no âmbito internacional "estudos de investigação em sistemas e serviços de saúde" (ISSS). A ISSS tem sido definida como uma investigação que *respalda a reorientação e a reorganização do sistema de saúde de forma a alcançar os princípios de eqüidade, eficiência e eficácia* (HSP/OPS, 2000). Nesse sentido, a ISSS é tida como um importante instrumento no processo político de tomada de decisões, pois subsidia ao governante um quantitativo de informações sobre as situações-problema que apresenta, permitindo a construção de respostas mais efetivas para o enfrentamento dos problemas.

A idéia de que a ISSS possibilita uma maior racionalidade no processo decisório, ou ações mais fundamentadas (*better-informed decisions*) (HASSOUNA, 1992), insere-se num movimento mais abrangente, que tomou toda a América Latina, desde os anos 70,

1 Professor Adjunto do Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Doutor em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.

2 Doutoranda em Saúde Coletiva no IMS/UERJ.

3 Doutoranda em Saúde Coletiva no IMS/UERJ.

4 Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.

5 Mestre em Saúde Coletiva pelo IMS/UERJ.

de promover políticas mais racionais em saúde, reduzir iniqüidades no acesso e possibilitar uma política de atenção com qualidade.

Desde a adoção da estratégia de Saúde para todos até o ano 2000 (SPT 2000) e a Declaração de Alma Ata em 1978, os sistemas de saúde têm sofrido profundas reestruturações, buscando alcançar os objetivos propostos. E o investimento em pesquisas para o desenvolvimento de sistemas de saúde também tem sido crescente desde então.

Na atualidade, há um investimento ainda maior em desenvolver essa área de investigação, no sentido de monitorar e avaliar permanentemente os processos de reforma implementados e subsidiar as decisões políticas, corrigindo os rumos das reformas, superando obstáculos e desafios dos sistemas de saúde.

E o grande desafio apresentado por aqueles que hoje se dedicam a essa discussão está em relacionar investigação, política e serviços no processo de construção e desenvolvimento dos sistemas. A relação entre gestores e investigadores não é trivial, há uma distância de interesses que os separa, a começar pelos objetivos que cada um desses grupos almeja — o investigador quer examinar as informações no que elas apresentam de peculiaridades e características, o governante busca as informações para utilizá-las na definição de suas metas e objetivos estratégicos (ROSENTHAL, 1981).

Nesse conjunto, apontar com bastante objetividade qual a importância dos estudos de investigação para a lógica de organização dos sistemas e serviços pode ajudar na construção de um diálogo mais cooperativo entre esses grupos; na realidade, tal prática pode incentivar a prática de pesquisas que visem um maior retorno e busquem transformar conhecimento em ação. Rosenthal (1981) é categórico nessa análise ao apontar como questão central para o debate o fato de que não devemos nos perguntar se a investigação em sistemas de saúde produz boas políticas, mas como fazer com que essas investigações sejam úteis para o processo político.

Por outro lado, os governos apresentam uma grande dificuldade para estabelecer a relação entre investigação e política, pois a prática da pesquisa voltada para esse fim não está institucionalizada, não havendo um estímulo para o desenvolvimento de centros de pesquisa e para a capacitação de pessoas para esse tipo de investigação (EVANS, 1992). E, ainda, a pesquisa sobre sistemas de saúde envolve uma quantidade grande de atores, políticos e institucionais, podendo ser considerada uma pesquisa do tipo participativa, exigindo uma maior democratização do processo político. Assim, o investimento obtido nessa área dependerá do compromisso assumido pelo governo na construção de suas estratégias políticas e no reconhecimento da relevância da pesquisa no desenvolvimento de ações concretas para o Estado (DAVIES, 1991).

No Brasil, o debate sobre ISSS apresenta características bastante peculiares, já que a reforma do sistema de saúde esteve, desde seus primórdios nos anos 70, fundamentada numa discussão teórico-conceitual sobre os princípios e modelos de organização político-institucional a serem adotados, contando com a participação, mais ou menos atuante, dos investigadores no debate e processo decisório em cada período da história da política de saúde brasileira. A reforma da saúde no Brasil se constituiu a partir de uma relação bastante estreita entre a investigação em saúde e o debate político.

Assim, o objetivo geral do estudo foi subsidiar e sistematizar uma reflexão sobre as possíveis contribuições das investigações de saúde para o debate político, no período de 1974 a 2000, visando correlacionar essa produção com a trajetória de formulação e implementação da política de saúde no Brasil nesse mesmo período.

Somaram-se ao objetivo geral alguns objetivos mais específicos da pesquisa:

a) organizar por área temática a produção bibliográfica identificada, consolidando os dados num Banco de Informações, acessível a pesquisadores e gestores, visando ampliar a divulgação do conhecimento produzido no interior das instituições de ensino e pesquisa[6] ;

b) relacionar a produção bibliográfica de acordo com as características e propostas dos estudos, com o intuito de mapear as tendências de cada período analisado (da história da política de saúde), possibilitando apontar as lacunas não estudadas no conjunto da produção e propondo a delimitação de novas agendas de pesquisa em PP&G no Brasil.

2. DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS

O objeto de estudo da pesquisa partiu do campo de produção da Saúde Coletiva, no eixo disciplinar Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde (PP&G). A delimitação do estudo nesse eixo definiu o objetivo estratégico da pesquisa, qual seja: perceber como o campo da Saúde Coletiva está refletindo sobre a política de saúde, compreendida desde a macropolítica até as relações estabelecidas no âmbito das práticas em saúde, e dialogando com os formuladores de política. A idéia foi perceber como se está pensando estrategicamente a questão política da saúde, assumindo que este campo de conhecimento se constituiu e se sustentou como um campo de saberes e práticas a partir de uma crítica à realidade de saúde.

6 Um Banco de Dados foi especialmente construído para a pesquisa, atendendo as especificidades da classificação dos estudos. Tem-se como proposta a divulgação desse banco em CD-Rom, a ser entregue para as instituições de ensino e pesquisa já relacionadas como de formação em saúde coletiva ou interface, e ainda disponibilizar o banco na Internet — esse último procedimento se encontra em fase de negociação.

Na verdade, a opção de considerar a saúde coletiva como "campo", e, este privilegiado, no que diz respeito à produção de conhecimento, que subsidia a política, tem como substrato toda a gama de discussões teórico-metodológicas *vis-à-vis* o desenvolvimento do projeto de reforma sanitária brasileira. Contudo, estabelecer relações diretas entre ambas esbarrou em pelo menos dois obstáculos: a não exclusividade da saúde coletiva, enquanto instituição, em produzir conhecimentos que possam embasar as políticas de saúde e, até mesmo, a competitividade entre grupos e instituições, fora do campo da saúde coletiva. Além da constatação de que algumas políticas implementadas não tomam como base as discussões teórico-conceituais da área. Nesse sentido, foi útil considerar a produção científica nacional acerca das políticas de saúde como se fosse produzida por um campo, a saúde coletiva, na abordagem de Bourdieu (1976), ou seja, enfatizando a dinâmica de cooperação/competição entre as instituições, que atuam num campo, bem como as estratégias utilizadas por elas, na luta por manter ou modificar sua inserção frente às demais.

Tal recurso de análise possibilitou refletir sobre as limitações de considerar apenas o que foi produzido pelos agentes reconhecidos formalmente como pertencentes a área da saúde coletiva e considerar, dentro do possível, no processo de coleta de referências, a produção de outros agentes, como os inseridos em instituições não consideradas da saúde coletiva, como alguns núcleos da área de economia e política, bem como aqueles dos serviços de saúde. As referências dessas instituições foram analisadas como estudos de interface.

Assim, ao delimitarmos a pesquisa como um estudo da produção de PP&G, a partir da Saúde Coletiva e as áreas de interface reconhecidas por esse campo, estamos reunindo uma boa parte dos esforços de investigação propostos para a área da saúde, assumindo que não estamos considerando toda a produção de conhecimento em saúde sobre PP&G, mas aquela que se torna mais visível e acessível no debate da saúde no Brasil.

A pesquisa se constituiu a partir de um primeiro levantamento da produção, realizado sob encomenda do Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde, no período de setembro de 1999 a março de 2000, que gerou o documento final intitulado "Saberes e Políticas: a contribuição do campo da saúde coletiva na organização da política de saúde brasileira"[7]. De julho do ano 2000 a maio do ano 2001, numa nova fase de trabalho, com uma equipe composta por quatro pesquisadores[8], retomamos a revisão da produção bibliográfica já cadastrada, estabelecemos novas estra-

7 Esse primeiro estudo foi realizado por Tatiana Wargas de Faria Baptista, sob a supervisão do professor Eduardo Levcovitz. Foi publicado o Relatório Final da pesquisa em setembro de 2000 — Levcovitz, et. al. (2000).

8 Tatiana W.F.Baptista (coordenadora), Severina Alice da C. Uchôa, Grasiele Nespoli e Mônia Mariani (pesquisadoras).

tégias para a coleta de informações sobre a produção em PP&G, e delimitamos uma nova classificação da produção. Todas as estratégias metodológicas foram redefinidas num Seminário de discussão aberto, realizado[9] no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), com a apreciação de cinco consultores, escolhidos a partir de suas inserções em instituições do campo da Saúde Coletiva, foram eles: Carmen F.Teixeira — ISC/UFBa, Paulo E.M.Elias — FM/USP, Pedro L.Barros — NEPP/UNICAMP, Nilson do R.Costa — ENSP/FIOCRUZ e Ruben de A. Mattos — IMS/UERJ.

2.1 VEÍCULOS DE DIVULGAÇÃO

Foram pesquisados alguns veículos de difusão de conhecimento na área da Saúde Coletiva no Brasil na temática de PP&G: livros, artigos em periódicos nacionais e internacionais, dissertações e teses, Congressos de Saúde Coletiva (Abrasco) e Conferências Nacionais de Saúde (ver Quadro 1). Cada veículo teve um tratamento especial e foi investigado de acordo com sua especificidade.

As estratégias de coleta da produção dos veículos também foram diferenciadas, como apresentamos a seguir:

Teses/Dissertações

Foi reunida a produção de teses e dissertações das 22 instituições de ensino em pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva. A principal fonte de dados foi o Banco CAPES[10], que disponibilizou a produção no período de 1993 a 1998. Para a coleta de informações relativa ao período anterior a 1993 (1974-1992) e posterior a 1998 (1999 e 2000), foram investigadas nas principais instituições de pós-graduação a produção referida. Foram selecionadas as instituições que participam desde os primórdios de constituição do campo com a formação *stricto sensu* em saúde coletiva: UFBa, ENSP/FIOCRUZ, IMS/UERJ, FM/USP. Outra estratégia utilizada na coleta de teses e dissertações foi a busca da produção em saúde coletiva disponível nos Bancos de Dados da Bireme — Ad-Saúde e Lilacs, especialmente. Esse último recurso possibilitou cruzar as informações já obtidas pelas demais fontes e verificar a eficácia das estratégias adotadas. Foram incorporadas na produção teses e dissertações das áreas de interface, ou seja, não atuantes na área de saúde coletiva, e que estavam referidas no Banco da Bireme como teses de "Saúde Pública". Do banco Capes foram reunidos 1.252 registros, complementados pela listagem da UERJ,

9 O Seminário foi realizado nos dias 25 e 26 de setembro de 2000.

10 A CAPES — Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior — é uma entidade pública vinculada ao Ministério da Educação que tem como objetivo principal subsidiar o Ministério da Educação na formulação das políticas de pós-graduação. Apresenta um banco de dados com informações sobre as teses e dissertações defendidas desde 1986, apresentando maior rigor de informações a partir de 1990.

ENSP, UFBA, FM/USP ano a ano (656 referências no período anterior a 1993 e posterior a 1998). E as referências de teses e dissertações de saúde pública constantes na Bireme totalizaram 971 títulos. Os dados da Bireme e da produção de cada instituição duplicaram algumas referências já apresentadas pela CAPES, o que dificultou a totalização dos títulos investigados. Numa tentativa de totalização estimamos o contato com mais de 2.300 referências.

Artigos em periódicos (nacionais e internacionais)

Foram 14 os periódicos nacionais selecionados, sendo revisados por publicação para que se pudesse incluir toda a produção possível na área de PP&G. Quanto aos periódicos internacionais, a estratégia foi a busca por palavra-chave nos bancos de dados da Bireme — Medline, Lilacs e Ad-Saúde. Dois critérios definiram a lista de periódicos investigados: 1) periódicos que são utilizados como referência e referenciados como da área, cuja publicação está voltada para as discussões acerca das políticas e do debate interinstitucional e 2) periódicos cuja produção não está voltada especificamente para a área de saúde, mas que comportam artigos relacionados à política, planejamento, gestão, organização e avaliação, com interfaces em saúde. Após uma primeira seleção na biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ e no Instituto de Medicina Social/UERJ, a produção foi separada por periódico, por ano. Uma segunda busca foi realizada nos *sites* da Bireme e das instituições responsáveis pelas publicações, à procura de resumos para serem incluídos no Banco de Dados e servirem como subsídio para a classificação dos artigos.

Os periódicos apresentam características específicas (tiragem, circulação e auditórios diferenciados), numa produção heterogênea que engloba desde *positional papers* a relatórios de pesquisa, passando por relatos de experiência de gestão, entrevistas e documentos de política. Foram examinadas 7.585 referências 5.013 de periódicos nacionais e 2.572 de periódicos internacionais, e selecionados 842 artigos.

Livros, capítulos de livros e coletâneas

Os livros, capítulos e coletâneas foram capturados a partir da listagem de publicação da ABRASCO, ano base 2000. A escolha da ABRASCO se deveu ao fato de que esta se volta especialmente para publicações editoriais na área de Saúde Coletiva. Os títulos que foram selecionados não ficaram restritos à classificação da ABRASCO, como de política e planejamento, mas sim de todas as áreas temáticas, desde que em consonância com o recorte da pesquisa. Complementou-se a listagem dos títulos com uma busca ativa nas bibliotecas virtuais — dedalus/USP e CNPq/prossiga, e bibliotecas dos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva — ENSP e IMS/UERJ.

Congressos da Abrasco

A ABRASCO foi instituída em setembro de 1979 e teve um importante papel político no cenário da saúde brasileira. Constituiu-se como uma associação não corporativa e como um espaço de avanço técnico e institucional, buscando operacionalizar uma articulação permanente entre os estabelecimentos de ensino, criando assim uma identidade própria para o setor saúde. No decorrer da reforma sanitária, a associação promoveu sete congressos de saúde coletiva (1983, 1986, 1989, 1992, 1994, 1997, 2000) e cada um teve um tema central, geralmente, relacionado com o contexto político e social da época. Desde sua criação, o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva tem sido um dos principais fóruns de discussão e um importante espaço de produção, distribuição e consumo de informações e saberes sobre a saúde.

Os resumos registrados nos Anais representam, em grande parte, os estudos que não conseguiram uma publicação formal ou que ainda estão em curso, permitindo uma análise mais relacional da produção com a fase política. Nem todos os trabalhos foram registrados, somente aqueles enviados previamente e apresentados em forma de comunicação coordenada, painéis e pôsteres. Os trabalhos apresentados em conferências, palestras, mesas-redondas ou na modalidade "grandes debates" são encomendados e, por isso, não são enviados com antecedência, o que impossibilita a publicação nos livros de resumos.

Com o passar dos anos, o volume de publicação cresceu, como também a participação dos profissionais dos serviços e das instituições de ensino e pesquisa. Através dos Anais foi publicado um total de 5.317 resumos, sendo selecionados 1.533 trabalhos (29%) sobre política, gestão, organização, planejamento e avaliação em saúde (PP&G). Além dos trabalhos sobre PP&G, os trabalhos de epidemiologia sempre ocuparam uma posição de destaque na produção científica do mesmo modo que as ciências sociais, dada a importância de suas contribuições. Hoje, a ABRASCO, além de preparar os Congressos de Saúde Coletiva, é responsável pela organização do Congresso Brasileiro de Epidemiologia e o Congresso Brasileiro de Ciências Sociais. Embora seja significativa a produção nestas duas áreas, escolhemos trabalhar somente com os cadernos referentes ao Congresso de Saúde Coletiva, visto que, diante das especificidades que marcam os outros dois eixos disciplinares, concentram a maioria dos trabalhos de PP&G.

Conferências de Saúde

Foram analisadas sete Conferências Nacionais de Saúde, todas realizadas a partir do ano de 1974. Esse é um veículo que apresenta uma especificidade em relação aos demais, afinal trata-se de um fórum promovido pelo Estado (Ministério da Saúde), que pretende discutir propostas para a formulação de políticas e conta com a participação dos

formuladores de política e da burocracia, dos investigadores e da participação popular. É, assim, o veículo que permitiu maior sensibilidade com relação ao momento político de discussão de cada período e que melhor expressou a forma de relação estabelecida entre os gestores do sistema e os pesquisadores. Das sete conferências realizadas, apenas a Décima Conferência (1996) não apresentou uma produção de cadernos de discussão. Só foram considerados como produção os textos divulgados para debate nas conferências, não tendo sido incluídas as mesas e/ou palestras transcritas e os relatórios finais. Dessa forma, a Décima Conferência apenas foi analisada pelos seus grandes temas, de debate, mas não pela produção apresentada. Foram ao todo 99 artigos analisados.

Adotamos com rigor a coleta das referências, estabelecendo como condição de inclusão no Banco de Dados a obtenção de um resumo, apresentação do estudo ou mesmo o contato com a publicação na íntegra.

2.2 CLASSIFICAÇÃO E ANÁLISE DA PRODUÇÃO

Para a classificação e análise da produção buscamos compor um conjunto de áreas temáticas e categorias de análise que possibilitassem uma quantidade infinita de arranjos no contato com a produção, variando a perspectiva de acordo com o interesse do analista. Assumimos que não existe uma neutralidade na análise da produção e que essa pode ser conduzida de acordo com o viés de interesse proposto pelo estudo, com a arbitrariedade que cabe ao analista optar e definir.

A classificação possibilitou um mapeamento geral da produção e a identificação de lacunas empíricas da mesma. Porém, como a classificação não se propôs a uma análise epistemológica da produção, não foi possível avançar em categorias analíticas do conhecimento proposto pelos estudos, mas no máximo em características gerais dos estudos.

De acordo com essa proposta, dentro do eixo temático de PP&G, especificamos algumas "áreas temáticas" que correspondem aos eixos disciplinares da produção científica na área da saúde coletiva. Todas as definições foram construídas a partir de referências bibliográficas da área da saúde. Usamos a definição que mais convinha aos objetivos propostos pela pesquisa, após uma ampla revisão bibliográfica sobre os sentidos dados a esses termos. Foram elas:

Políticas — estudos sobre o papel do Estado na política de saúde, a relação Estado—sociedade. Como o Estado reage às condições de saúde da população e aos seus determinantes, através da definição de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui estudos de políticas de saúde, políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento.

Planejamento — estudos sobre o estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando a consecução de um determinado objetivo. Estudos das estratégias de enfrentamento de problemas e dos mecanismos de implementação de políticas. Estudos teóricos e metodológicos para construção de planos, programas e projetos. Inclui estudos de planejamento em saúde, planejamento estratégico e programação em saúde.

Gestão — estudos que se referem à criação e utilização de meios que possibilitem concretizar os princípios de organização da política. Inclui estudos de gestão de serviços e sistemas de saúde, gestão de qualidade, gestão estratégica, gestão de Recursos Humanos, gestão orçamentária e financeira.

Organização — estudos sobre as formas de ordenamento e funcionamento dos serviços, recursos humanos, processo de trabalho, práticas e saberes de saúde. Refere-se aos modos de distribuição de poder, recursos, tarefas, funções e responsabilidades. Inclui estudos de organização de serviços de saúde, sistemas de saúde, sistemas locais de saúde, modelos assistenciais, vigilância à saúde, formação e capacitação de RH e processo de trabalho em saúde.

Avaliação — investigações realizadas com o objetivo de descrever, analisar e comparar um ou mais aspectos das políticas em relação a parâmetros e objetivos predeterminados. Inclui estudos de avaliação de serviços, avaliação de qualidade, avaliação de tecnologias, investigação em serviços de saúde, avaliação de resultados e impacto.

Híbridos — estudos que se encaixam em duas ou mais áreas temáticas propostas pela classificação.

No interior das áreas temáticas abrimos "subáreas temáticas", com o objetivo de facilitar posteriores cruzamentos na análise das características dos estudos. As subáreas definidas foram: AIDS, Comunicação e Saúde, Controle Social, Ciência e Tecnologia, Educação e Saúde, Endemias, Financiamento, Formação/Prática, Informação, Medicamentos, Nutrição, Recursos Humanos, Setor Privado, Saúde Ambiental, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto, Saúde do Adolescente, Saúde Bucal, Saneamento, Saúde da Criança, Saúde Escolar, Saúde da Família, Saúde do Idoso, Saúde Mental, Saúde Materno-Infantil, Saúde do Trabalhador, Sangue e Hemoderivados, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica.

Além disso, para cada estudo uma palavra-chave foi destacada. Como padrão, buscamos usar as palavras apresentadas no estudo considerando sempre a primeira palavra apresentada pelo autor. A lista de palavras-chave é bem mais extensa, mas também possibilitou um olhar mais detalhado sobre a produção, nos seus principais eixos de discussão. Palavras-chave: acesso, administração hospitalar, AIS, alocação de recursos, assistência à saúde, assistência hospitalar, atenção básica, atenção primária, banco mundial, bioética, cidada-

nia, cidades saudáveis, co-gestão, condições de saúde, conselho de saúde, consórcios, defesa da vida, demanda, democracia, descentralização, direito, empresas médicas, ensino em saúde, eqüidade, espaço, estratégia, ética, extensão das ações, filantrópico, infecção hospitalar, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, mercado, modelo assistencial, necessidade, PACS, participação social, PCCS, PES, previdência, processos decisórios, programação, promoção à saúde, qualidade, reforma psiquiátrica, reforma sanitária, saúde e sociedade, seguridade, seguro saúde, serviços de saúde, SILOS, SUDS, tecnologia, trabalho em saúde, universalização, vigilância, vigilância à saúde, violência.

Assim, com a delimitação dos estudos em áreas, subáreas e a caracterização de uma palavra-chave, obtivemos uma quantidade infinita de combinações possíveis para a análise da produção, sendo já este um importante produto da pesquisa, já que a intenção é disponibilizar o banco bibliográfico para as instituições de ensino e pesquisa em Saúde Coletiva e áreas de interface, além da própria divulgação, num projeto futuro, do banco numa página virtual.

Além da classificação mais geral do estudo, também buscamos empreender uma análise específica sobre as características dos estudos. Dessa forma, cada referência foi classificada de acordo com algumas categorias que serviriam principalmente para fundamentar a análise da trajetória da política em relação à produção. Os estudos foram vistos:

A — Quanto à forma — se propositivos, não-propositivos ou estudos de caso/relatos de experiência. Definindo um estudo propositivo como aquele que apresenta explicitamente propostas de intervenção na realidade, críticas diretivas e posicionamentos numa dada conjuntura; estudo de caso/relato de experiência como estudos que se propõem a traduzir a experiência de uma determinada ação, programa, região e outras; e entendendo como não-propositivo todo estudo que não se encaixa na noção de propositivo, nos estudos de caso ou relatos de experiência.

B — Quanto ao ciclo da política — momento de formulação, implementação, avaliação ou combinações. Considerando que um estudo pode se inserir num momento da política onde há a identificação de problemas e construção de propostas específicas de ação pública (formulação), ou num momento que trata dos aspectos normativos de uma proposta, sua regulamentação e a organização do sistema (implementação), ou ainda num momento que se dedica à realização de uma investigação avaliativa (avaliação). Alguns estudos perpassavam um ou mais momentos e por isso foram considerados combinações.

C — Quanto à abrangência político-territorial — nacional, estadual, local. Com a análise da política ou do sistema nacional; análise em questões estaduais ou microrregionais; análise em situações locais.

D — Quanto ao enfoque do estudo — sistemas, instituições, organizações. Onde o enfoque pode ser numa análise do sistema de saúde na sua abrangência e rede; ou estar baseado em normas, regras, saberes e práticas presentes no sistema e organizações de saúde; ou, ainda, basear-se nos serviços, órgãos normatizadores do sistema, órgãos gestores, colegiados e não-governamentais.

2.3 A POLÍTICA DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA E O CAMPO DA SAÚDE COLETIVA NO BRASIL

Nas três últimas décadas, o Brasil ampliou significativamente o seu parque de pesquisas, principalmente quando comparado a outros países de industrialização recente. Apesar de ainda ocupa lugar periférico quando comparado ao panorama mundial, o país tem a vantagem de, além de gerar internamente a maioria dos recursos que subsidiam o parque instalado de pesquisa, formar, nas próprias instituições, principalmente as públicas, a quase totalidade dos profissionais envolvidos nos projetos de pesquisa.

A pesquisa científica começou a ser instituída no Brasil ao fim da década de 50, com a criação do CNPq e da CAPES, e fortaleceu-se com a publicação do Parecer nº 977 da Câmara de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação[11] e com a promulgação da Reforma Universitária em 1968. Mas a materialização daquilo que tais medidas preconizavam só pôde ocorrer na década de 70, quando o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) abriu espaço para questionar a noção vigente de que o crescimento econômico resolveria as desigualdades sociais, propondo políticas sociais ativas — não vinculadas estritamente ao desenvolvimento econômico — materializadas, inclusive, no incremento de investigações tecnológicas e no apoio à instituições de ensino e pesquisa em políticas públicas.

Principalmente a partir de 1969, com a criação do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) e da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP)[12], o processo de institucionalização da pesquisa, centrado nas universidades e nos programas de pós-graduação e vinculado e subordinado ao projeto desenvolvimentista, foi fortalecido no Brasil.

Com a criação em 1974 do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Social (PROSOCI), apoiado pela FINEP, um conjunto de projetos estratégicos de investigação na área social obteve financiamento. Os primeiros programas de formação de recursos humanos e investigação em saúde coletiva no Brasil foram realizados na segunda metade da década de

11 Conhecido como Parecer Sucupira, dispõe sobre a montagem de um parque de pós-graduação no Brasil, associado à atividade de pesquisa e tendo as Universidades Públicas como lócus institucional.

12 A FINEP era uma agência governamental para o apoio financeiro-institucional, através de convênios com instituições públicas de ensino e pesquisa, que exercia o papel de Secretaria Executiva do FNDCT.

70, no interior do PROSOCI. O Programa de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) e o Programa de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE) foram desenvolvidos na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), e o Programa de Apoio ao Mestrado em Medicina Social, na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ).

Esses programas lograram articular uma relação entre instituições acadêmicas com investigação nas áreas de Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária, situando o período de 1975 a 1978 como o período de emergência do campo da Saúde Coletiva, em que um novo conjunto de preocupações, investigações e, principalmente, de recursos humanos em saúde, começou a se formar.

Foi nas instituições de ensino e pesquisa que surgiram as primeiras críticas ao sistema de saúde[13], foi delas que surgiram as propostas de reorganização do sistema[14] e que saíram os principais quadros profissionais[15] que compõem hoje o sistema de saúde, seja nos serviços de saúde que representam a ponta do sistema, seja no nível gestor, nas secretarias estaduais e municipais e no Ministério da Saúde.

Assim, assistimos, em diversos momentos da trajetória da saúde coletiva, a participação de profissionais da academia em cargos de gerência do sistema de saúde, retirando das instituições de formação aqueles profissionais que conduziam a política interna de muitas graduações e pós-graduações. O que por um lado levou, em muitos momentos, a uma certa desestruturação do trabalho nas instituições formadoras, por outro fortaleceu a "missão" desse campo híbrido de práticas e saberes, alimentando-o com os dilemas impostos pela gestão da política de saúde.

Porém, a falência e as próprias características do projeto econômico que caracterizou o "desenvolvimentismo" desencadearam uma crise sem precedentes para o Brasil, cujos resultados produzem impactos ainda hoje não só na política de C&T, como também nas políticas públicas em geral.

A crise que afetou a economia nacional e internacional a partir de 1981 provocou uma série de cortes orçamentários nas pesquisas da área social como um todo e na área de saúde em

13 Na linha de críticas ao sistema de saúde, olhando a forma de organização da prática médica, estão os trabalhos de tese de Donnangelo (1974, 1975) e Arouca (1975), pioneiros nessa discussão.

14 Os estudos com propostas de reorganização do sistema aparecem principalmente nos periódicos, livros, Congressos e Conferências de Saúde, estando as teses e dissertações mais voltadas para uma discussão teórica dos modelos, práticas e organizações sociais, subsidiando o debate propositivo, mas não necessariamente utilizando-se dele.

15 Na realidade, há desde a origem da saúde coletiva uma retroalimentação do sistema de formação com o sistema gestor, e vice-versa. A proposta mais recente de organização de mestrados profissionalizantes é apenas a afirmação desse princípio.

particular. Como as iniciativas de fomento à pesquisa em saúde coletiva eram eminentemente públicas, centralizadas nas agências estatais (Ministério de Ciência e Tecnologia e Ministério da Saúde), quando estas agências passavam por crises financeiras ou mudanças institucionais, a política de C&T ficava submetida às novas diretrizes. Tal fato trouxe sérias dificuldades no financiamento e continuidade das atividades científicas na área, implicando em drásticos cortes orçamentários (ver MAGALDI & CORDEIRO, 1983; TAMBELLINI, 1984; PELLEGRINI, 1986).

A diretriz básica presente no III Plano Básico de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PBDCT) passou a ser "conferir racionalidade" às agências de fomento, através de reformulações institucionais (GUIMARÃES & SAYD, 1994), com a delimitação de uma política de C&T que passou a priorizar a "pesquisa aplicada". Os programas de apoio à pesquisa tiveram cortes orçamentários na ordem de 74%, que incidiram principalmente sobre as áreas temáticas que não atuavam na pesquisa aplicada. Os cursos de pós-graduação também sofreram cortes (9%), mas não foram os principais alvos da política restritiva desse período.

Com o início do governo da Nova República (1985), o volume de recursos destinados à política de desenvolvimento científico e tecnológico teve uma ligeira recuperação com relação ao período anterior (em 1970, destinavam-se US$170, milhões/ano; em 1984, US$55,6 milhões/ano; em 1985/88 US$90, milhões/ano) (GUIMARÃES & SAYD, 1994), o que permitiu o financiamento e fortalecimento de alguns programas.

Segundo Guimarães (1994), podemos identificar quatro grandes golpes na política de C&T existentes no Brasil, a partir de 1980: 1) o desequilíbrio nas contas do governo, resultante da alta do petróleo e do aumento da taxa de juros no mercado internacional; 2) a dificuldade para o aporte de recursos no contexto de crise mundial; 3) o recrudescimento da crise fiscal e a decorrente restrição de recursos e 4) a crise das universidades públicas, principalmente as federais.

Na década de 90, com a estabilização financeira realizada às custas, inclusive, da manutenção do investimento em Ciência & Tecnologia em baixos patamares para um país em desenvolvimento como o Brasil[16], outras agências de fomento à pesquisa em saúde entraram em cena. No âmbito estadual, destacam-se a FAPESP, a FAPERJ[17], e alguns institutos de pesquisa vinculados às secretarias de saúde. No âmbito internacional, agências como a Organização Pan-Americana da Saúde estreitaram os investimentos em projetos nacionais de pesquisa e projetos internacionais de cooperação técnica.

A partir de 1992, com a criação de uma Comissão Intersetorial de Ciência e Tecnologia dentro do Conselho Nacional de Saúde, iniciou-se um movimento em direção à realização da I Conferência

16 Segundo recomendação de 1990 da *Commission on Health Research for Development* (COHRED), os países em desenvolvimento devem alocar pelo menos 2% de seus gastos governamentais com saúde nos setores de Pesquisa & Desenvolvimento.

Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, que seria realizada em 1994. Nessa conferência, foram esboçadas as primeiras propostas para a criação de uma Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde, comprometida eticamente com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e articulada às necessidades de saúde da população, proposta como elemento constitutivo da própria política de saúde do país (ABRASCO, 2001).

A lógica de financiamento de pesquisas no Brasil baseia-se, hoje, na negociação direta com os pesquisadores, muitas vezes sem a participação dos dirigentes universitários/ institucionais no processo, configurando uma política que atende pessoas, e no máximo grupos, mas muito pouco a instituições (GUIMARÃES, 1994). Assim, não é simplesmente o volume de recursos que importa na definição de uma política de C&T, mas a forma e os critérios de distribuição do mesmo.

No Brasil tudo indica que a crise no setor responde, por uma lado, à crise fiscal do Estado brasileiro e, por outro, à inexistência de uma reflexão sistemática no sentido de propor políticas ajustadas não só aos tempos de crise, mas à realidade do sistema científico e tecnológico do país. (GUIMARÃES, 1994).

Com o passar dos anos, a crise tornou-se instituída, mantendo o volume de recursos num patamar de escassez contínuo. Apesar dos investimentos em C&T terem sido inferiores nos anos 90, comparativamente aos anos 80, o ritmo da produção acadêmica foi acelerado: a) pela inserção cada vez mais precoce de recém-graduados nos cursos de pós-graduação, devido à exigência do mercado de maior especialização ou mesmo como opção de remuneração; b) pela inserção de profissionais dos serviços de saúde, buscando, além da qualificação, uma complementação para os salários defasados e c) pela inserção de professores, obrigados a qualificarem-se como mestres e doutores de acordo com a nova Lei de Diretrizes e Bases da educação. Tais fatores aliaram-se às exigências dos centros de pesquisa e à concorrência, nacional e internacional, na captação de recursos, estimulando ainda mais o aumento da "produtividade" acadêmica num contexto cada vez maior de restrição orçamentária.

Esse movimento também reforçou o aparecimento de uma quantidade de novos centros de pesquisa e cursos de pós-graduação no país[18], nas instituições públicas e privadas, todas em busca de recursos para a sustentação de suas instituições. As regras definidas para a concessão de bolsas e para o incentivo às pesquisas passaram a ser avaliadas a partir de critérios temporais de produção, implementando um ritmo acelerado da mesma.

17 Respectivamente, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro.

As regras de competição, pautadas na produção acelerada, não parecem combinar com o ritmo de produção crítica característico da construção do campo da Saúde Coletiva, que vem perdendo muito com a produtividade acelerada em detrimento da reflexão crítica acerca, principalmente, das políticas de saúde do Brasil no que concerne a seus avanços, retrocessos e desafios.

Nesse sentido, o desenvolvimento de uma área de investigação em Saúde Coletiva, com o intuito de monitorar e avaliar permanentemente os processos de reforma implementados e subsidiar as decisões políticas, precisa ser pensado num contexto mais amplo dos rumos da política de C&T, numa análise crítica do processo de produção de conhecimento, buscando reconhecer as especificidades do caso brasileiro e efetivamente contribuir para seu amadurecimento.

2.4 ANÁLISE DA TRAJETÓRIA DA POLÍTICA E OS ESTUDOS DE PP&G

O processo de reforma do setor saúde brasileiro é bastante rico em acontecimentos, tendo contado com a participação de diversos segmentos sociais e instituições de ensino e pesquisa no debate político. Assim podemos distinguir, a partir de 1974[19] , uma série de momentos diferentes na condução da política de saúde e na produção de conhecimento na Saúde Coletiva — área de Política, Planejamento e Gestão (PP&G). E, para uma análise mais detalhada de cada momento, decidimos trabalhar com uma periodização que utiliza marcos de política, em âmbito nacional e internacional, como referência de análise. Ou seja, situações específicas que tiveram grande capacidade de intervenção no processo de construção de um modelo político para a saúde e que, de alguma forma, foram discutidos e analisados por uma produção de conhecimento específica. Assim, a análise da trajetória política da reforma do setor saúde serviu como ponto de partida para a análise da produção de conhecimento em Saúde Coletiva sobre PP&G. Partimos de uma periodização de base e destacamos os marcos de política de cada fase, o que permitiu

18 Podemos dizer que existiram três ondas de criação de cursos de pós-graduação no país. Uma primeira nos anos 70, com o investimento de recursos advindos da política de desenvolvimento em C&T. Uma segunda, mais amena, ao final dos anos 80, início dos 90, com a política de C&T restrita a lógica da produção, mas ainda com o incentivo à produção. E uma terceira a partir de meados dos anos 90, com a proliferação de cursos de pós-graduação por todo o país, respondendo à necessidade de qualificação profissional desenhada na política de educação e cargos e salários.

19 O ano de 1974 foi tomado como referência por algumas razões: a) a partir desse ano, teve início uma nova conjuntura política no interior do governo autoritário, com maior investimento na área social; b) o investimento na área social possibilitou também o fortalecimento das instituições de ensino e pesquisa e o desenvolvimento da Saúde Coletiva como um novo campo de conhecimento e c) o começo de uma política voltada para a "abertura" do regime, favorecendo a expressão dos movimentos sociais, dentre eles o movimento sanitário. No entanto, a utilização desse marco não significa dizer que não tenha ocorrido nenhum tipo de contribuição no momento anterior, é apenas um recurso metodológico para a delimitação do estudo.

uma flexibilidade maior para a análise proposta, com períodos flutuantes, onde os fatos políticos foram os principais norteadores da análise.

O objetivo dessa periodização foi identificar continuidades e descontinuidades dos estudos *vis-à-vis* a política de saúde e não determinar a análise da produção ao processo político ou vice-versa. Ou seja, significou comparar os movimentos processados no âmbito do Estado (na negociação de propostas políticas) e no âmbito das instituições de ensino e pesquisa (na reflexão dos modelos assistenciais conformados pelo Estado).

A periodização adotada, para a análise da correspondência entre o debate político e a produção de conhecimento em PP&G, foi embasada na discussão de Levcovitz (1997) sobre a política de saúde brasileira, onde em cada fase foi destacado um objeto central de interesse da política[20]. Tal como apresentamos no quadro 2, a seguir:

QUADRO 2 - Trajetória da Política de Saúde no Brasil (1974-2000) — Fases e Objeto Central da Política

Período/Fase	Objeto Central da Política
Fase 1 — 1974/79 Teórico-conceitual	Investigação sobre os determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação do sistema de saúde e formulação de alternativas de reforma.
Fase 2— 1980/86 Político-ideológica	Disseminação das propostas de reforma e aglutinação da coalizão sócio-política de sustentação.
Fase 3 — 1987/90 Político-institucional	Consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial.
Fase 4 — 1991/98 Político-administrativa	Definição do papel de cada esfera de governo na organização do sistema e formulação/ implementação de instrumental operacional para esse relacionamento.
Fase 5 — 1999/00 Complementação jurídico-legal. Técnico-operacional	Regulamentação legislativa e normativa do financiamento estável e do "mix" público-privado (assistência domiciliar). Organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços.

Adaptado de Levcovitz (1997).

A periodização da produção de conhecimento foi trabalhada a partir das fases da política propostas acima, identificando os principais temas em discussão de cada fase. A idéia de fases é bastante utilizada nas análises de política e busca compreender o processo de construção de uma ação pública. As fases, apesar de diferenciadas teoricamente, estão o tempo todo entremeadas, portanto, apenas as utilizamos como um mecanismo de análise e não como uma classificação rígida dos períodos.

20 Trata-se de uma tese de doutorado, defendida em 1997 no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que inova numa proposta de compreensão de todo o processo de construção da reforma da saúde no Brasil.

Assim, as fases 1, 2 e 3 — teórico-conceitual, político-ideológica e político-institucional — foram incluídas, de acordo com a compreensão dos momentos de construção de uma política, na fase de formulação da política, que compreende desde o momento de identificação de problemas à construção de propostas específicas de encaminhamento do problema, o processo de negociação e a decisão de uma política. As fases 4 e 5 — político-administrativa e de complementação jurídico-legal e técnico operacional — foram incluídas no momento de implementação, que compreende os mecanismos para a concretização das propostas e a normatização da política. E o momento de avaliação ainda não se destacaria como um momento específico, começando a apresentar sinais nas duas últimas fases. A fase de avaliação corresponde a um momento da política que se dedica aos resultados obtidos pela política implementada em contraposição às propostas, distinguindo-se análises de implementação e de impacto nesse conjunto, ambas com uma proposta de comparação com o ideal político proposto.

Essa análise incorporou a proposta de estudo da política de saúde como uma política pública, como um processo de construção de uma agenda governamental para o setor. Um sistema de ação que envolve recursos, atores, arenas e idéias (Viana, 1997). Os atores, as instituições que participaram do debate e a política de Estado conformada a cada período, foram, portanto, tópicos de análise do estudo.

2.5 ESPECIFICIDADES METODOLÓGICAS

Os resultados que apresentamos neste artigo configuram apenas um enfoque possível de discussão dos dados, já que, diante da quantidade de estudos e da classificação proposta, poderíamos enfocar vários aspectos da questão. A opção foi trazer o que, a nosso ver, resume em linhas gerais os principais movimentos da produção bibliográfica[21] em relação ao momento da política de saúde no Brasil. Dessa forma, estaremos apresentando dois aspectos da questão:

a) uma análise da trajetória da política de saúde no Brasil e sua relação com a produção em PP&G — principais temas e características dos estudos; e

b) como se comportou a produção sobre a reforma da saúde em todo o período (1974-2000) e em relação com a fase da política.

21 Não estaremos apresentando as especificidades de cada veículo na discussão bibliográfica e na trajetória da política em cada fase, pois seria exaustivo e muitas vezes repetitivo. Optamos por reunir o que foi comum aos veículos e destacar apenas o que consideramos questões-chave para o debate.

Contudo, antes de avançarmos no que são os resultados desse estudo, é necessário explicitar o que se constituiu como o grande desafio da pesquisa e os limites em que se esbarrou na análise proposta.

A pesquisa visou reunir um quantitativo bastante abrangente de instituições e veículos de divulgação por um longo período de tempo (25 anos), o que trouxe de imediato algumas dificuldades:

a) dificuldades operacionais, já que algumas referências bibliográficas anteriores à década de 90 são de mais difícil acesso, principalmente quando tratamos de teses, dissertações, livros e alguns periódicos (nesse caso especialmente os primeiros volumes nos anos 70 ou 80), não existindo nenhum tipo de banco de dados que reúna todos os veículos de divulgação e muito menos no período de tempo estipulado pela pesquisa.

b) dificuldades de seleção dos estudos, já que as diferentes fases da trajetória política e do campo da Saúde Coletiva se refletiram em produções bastante diferenciadas, que muitas vezes contribuíam na discussão de PP&G de uma fase e não contribuíam na discussão de outra, não se incluindo portanto na análise proposta de PP&G.

c) dificuldades de classificação, já que há uma grande diversidade de estudos e abordagens no campo, o que dificulta na origem qualquer proposta de classificação, por mais flexível que seja.

d) dificuldades na periodização, já que o estabelecimento de fases para a delimitação de uma análise muitas vezes dificulta perceber os movimentos de interação e expansão das discussões, que não seguem necessariamente os limites temporais ou os marcos políticos propostos. Essa é inclusive a maior virtude da produção de conhecimento científico: ser capaz de olhar criticamente os fatos, ultrapassar os padrões estabelecidos e subverter a ordem.

e) dificuldades de análise, dada a quantidade de informações reunidas, os diferentes marcos teóricos, políticos e institucionais numa busca muitas vezes inconciliável de interação das produções.

Essas dificuldades trouxeram a certeza de que, por mais que seja feito um esforço de delimitação da metodologia de pesquisa, para evitar determinados vieses de análise, sempre estaremos enfocando mais ou menos um determinado aspecto da produção. Mas, com todas as dificuldades metodológicas e de análise da pesquisa, acreditamos ter avançado

muito na discussão sobre a produção em saúde e PP&G no Brasil, realizando um mapeamento bastante extensivo da produção e apresentando suas principais características.

Como auxílio para a classificação, de acordo com as categorias propostas, e análise da produção, foi elaborado um Banco de Dados próprio para a pesquisa, que permitiu cruzar as informações entre instituições, autores, ano e categorias da classificação da forma que se desejava. Os cruzamentos dos dados foram múltiplos, e estaremos abordando aqui apenas algumas possibilidades de análise.

3. RESULTADOS

3.1 A POLÍTICA DE SAÚDE E A PRODUÇÃO EM PP&G NO BRASIL (1974-2000) — TRAJETÓRIAS E INTERSEÇÕES

A trajetória da política de saúde brasileira nos últimos 25 anos (1974-2000) confunde-se com a história de constituição do campo da Saúde Coletiva, configurando um movimento onde política e reflexão teórica articulam-se na busca de alternativas para a construção de práticas e modelos de atenção à saúde.

Um primeiro fato constatado nessa pesquisa aponta para uma harmonia de discussão do debate acadêmico com o debate político na trajetória da política de saúde. Ou seja, os estudos acadêmicos, de uma forma ou de outra, com pequenas defasagens de tempo, buscaram compreender, explicar, analisar e criticar o processo político vivido pelo setor saúde em cada fase da política, contribuindo de forma direta ou indireta na definição da política de reforma setorial.

Não significa dizer que haja uma parceria das instituições acadêmicas com os gestores políticos, mas que há um interesse dessas instituições no acompanhamento do processo decisório. A peculiaridade do caso brasileiro precisa ser lembrada. A Saúde Coletiva no Brasil se constituiu como um campo de conhecimento que tomou a realidade de saúde — política, institucional e social — como objeto de estudo, voltando seu interesse para a compreensão dos problemas enfrentados no contexto da política de Estado e na garantia do direito à saúde, colocando-se como tarefa a crítica à realidade e a apresentação de propostas alternativas.

Nesse sentido, há uma grande contribuição do debate de PP&G na discussão da Saúde Coletiva no Brasil.

Foram analisadas ao todo 3.413 referências sobre PP&G, entre livros, teses, periódicos nacionais e internacionais, congressos de saúde coletiva e conferências de saúde, num conjunto superior a 15.000 referências, como é possível verificar no quadro 3.

Quadro 3 - Referências De Pp&G — Saúde Coletiva — Brasil (1974/2000

	Total De Referências Em Pp&G	Total De Referências Pesquisadas
Teses e Dissertações	526	2.300
Livros	400	400[22]
Periódicos Nacionais	796	5.013
Periódicos Internacionais	46	2.572
Congressos de Saúde Coletiva	1.535	5.317
Conferências Nacionais de Saúde	99	99
Total	3.413	15.701

Os temas tratados nos estudos de PP&G coincidem e contribuem para o momento político de cada fase. E na análise dos temas foi possível perceber uma relação entre o que são os objetivos centrais da política e as áreas temáticas nos estudos de PP&G. Para uma visualização mais precisa desse movimento, construímos um quadro analítico, detalhando os temas predominantemente abordados na discussão das áreas temáticas em cada fase. Após uma breve contextualização das fases, apresentaremos os temas discutidos na produção bibliográfica pesquisada.

3.1.1 Uma análise a partir das fases da política

FASE 1 — Teórico-conceitual (1974/1979) — a reforma sanitária e a consolidação de um novo "campo" em saúde

O período 1974/1979 constituiu-se como uma fase de mudanças conceituais importantes no âmbito da discussão das políticas sociais e de saúde no Brasil, refletindo um movimento crítico de reflexão sobre as políticas públicas, que antecedeu ao próprio período e que encontrou espaço num momento de reorientação política e institucional do Estado brasileiro[23].

Foi nessa fase que **se consolidou o movimento brasileiro da reforma sanitária** que, fundamentado numa análise teórica das relações Estado-sociedade, relações de poder, sistemas de proteção social e outras, esboçava críticas à política social e de saúde. A crítica à política revelou um diagnóstico das iniqüidades em saúde e da desigualdade

22 Pela especificidade desse veículo, é impossível estimar a quantidade de livros publicados desde 1974; por isso consideramos o total de livros incluídos na classificação de PP&G.

23 Em 1974 há uma mudança na condução da política de Estado no Brasil no âmbito do governo militar, concretizada com a entrada de Geisel no poder. Geisel inaugurou o processo de abertura política no país diante do desgaste e perda de legitimidade progressiva do governo e configurou um conjunto de medidas específicas de rearranjo da área social, pautado numa política de desenvolvimento nacional traçada pelo II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND).

social no país, estabelecendo uma agenda de propostas para a reversão do quadro social apresentado e, em especial, das condições de saúde.

Assim, essa fase caracterizou-se no debate político pelo interesse na investigação sobre os determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação do sistema de saúde brasileiro e na formulação de alternativas de reforma setorial. As discussões giravam em torno dos problemas e necessidades de saúde da população e seus determinantes, de propostas políticas e de reordenação do sistema, além de debates sobre a medicina preventiva e social. Temas congruentes com a ampliação dos movimentos de questionamento do modelo de atenção à saúde característico dos serviços prestados pelo Estado.

De um modo geral, pode-se dizer ainda que houve nessa fase um grande esforço teórico no sentido de marcar um novo campo de conhecimento, a Saúde Coletiva, onde a "novidade" se expressava na contraposição com o conhecimento anteriormente existente e hegemônico na área da saúde. Tratava-se, portanto, de demonstrar a determinação social do processo saúde—doença, em oposição, ao considerado reducionismo biológico, naturalismo e pretensa neutralidade do conhecimento científico, que orientava a atenção à saúde, sobretudo a prática médica. Ao mesmo tempo, procurava-se evidenciar o cenário de necessidade de transformação da sociedade capitalista. Os estudos utilizavam como ferramenta a epidemiologia para demonstrar "cientificamente" as relações entre condições de vida e saúde. Aportavam às ciências sociais, em especial o marxismo, para fundamentar não só esta determinação, mas também a conformação do Estado e das instituições que o representavam.

Na realidade, no setor saúde, os movimentos contra-hegemônicos ao modelo de atenção à saúde prestado pelo Estado já se fortaleciam desde os anos 60, ou mesmo anos 50. A medicina preventiva e a medicina comunitária surgiram nesses anos como modelos inovadores para pensar a atenção à saúde. A idéia de saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social passou a nortear a discussão sobre a definição de políticas para o setor. Promover saúde passou a significar promover condições de vida digna, o que incluía desde o direito à moradia, educação, ao atendimento integral em saúde, como o direito à participação e intervenção popular. Esses princípios eram divulgados pela Organização Pan-Americana da Saúde nos anos 50 e 60, principalmente, e serviram de indicativos na construção dos modelos de medicina comunitária e preventiva no Brasil nos anos 60. No entanto, esses princípios foram resgatados mais intensamente a partir de meados dos anos 70, quando o movimento reformista da saúde ganhou corpo e expressão e quando, como já assinalamos, a abertura política foi iniciada.

A temática da reforma era apresentada, assim, a partir da perspectiva de construção de um novo sistema de saúde, não sendo feita uma discussão sobre a reforma, mas

discussões críticas sobre o sistema em funcionamento e sobre a necessidade de uma reformulação.

Também a partir de meados dos anos 70, iniciaram-se os trabalhos científicos sobre políticas de saúde, permitindo uma maior consolidação institucional dessa nova área de atuação acadêmica. As agências de financiamento, como a FINEP (Financiadora de Estudos e Projetos), o CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) e outras passaram a investir mais recursos em Ciência e Tecnologia. Nesse contexto, incluíram-se as pesquisas no setor saúde, com a participação efetiva dos integrantes do movimento de reforma da saúde.

Algumas pesquisas, desenvolvidas em instituições como a Universidade de São Paulo (USP/Dept. Medicina Preventiva), a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP/Faculdade de Medicina) e o Instituto de Medicina Social da UERJ, tornaram-se referência tanto na discussão teórica de revisão dos pressupostos que embasavam o pensamento em saúde, como também passaram a ser referência no debate teórico para a definição de uma nova política de saúde, exercendo papel fundamental na construção do projeto de reforma no setor saúde[24].

Outro importante acontecimento que possibilitou o estreitamento na relação entre os teóricos da academia e suas análises sobre as práticas de saúde e o debate político e as estratégias de reforma, foi a criação da revista *Saúde em Debate*, do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), que apresentou em 1976 o seu primeiro número. A Revista CEBES, como ficou conhecida, foi resultado de um movimento já intensivo de discussão de grupos reformistas.

E neste período realizaram-se também fóruns de discussão sobre a formação acadêmica e profissional em saúde, com uma reflexão crítica sobre o sistema, o Estado, a formação profissional e a produção de conhecimento em saúde. Em 1978, o I Encontro Nacional de Pós-graduação em Saúde Coletiva montava as bases para a constituição da Associação Brasileira em Saúde Coletiva (ABRASCO). A ABRASCO passaria a exercer, a partir de então, papel fundamental de articulação das instituições de ensino e pesquisa em Saúde Coletiva, possibilitando maior organicidade para a área, configurando os limites de atuação do campo e as regras institucionais.

Assim, a resposta governamental às pressões políticas e institucionais e às críticas à política social como um todo foi a definição de um conjunto de medidas políticas para a área social e de saúde, definindo um amplo projeto de desenvolvimento social para o

24 Como estudos que viraram referência: Donnangelo (1974, 1976); Cordeiro (1978); Arouca (1975); Machado (1978), Luz (1979) e outros.

país, respaldado numa política maior do Estado de desenvolvimento nacional (o II Plano Nacional de Desenvolvimento — II PND).

Dentre as políticas desenhadas, algumas merecem especial destaque na análise da política de saúde, já que marcaram uma fase e concretamente possibilitaram o início de um processo de reforma, produzindo um amplo debate, seja no âmbito da tecno-burocracia estatal, seja no contexto das instituições de ensino e pesquisa.

Um primeiro marco de política selecionado foi a configuração do Plano de Pronta Ação (PPA), em 1974, como uma iniciativa que viabilizou a expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência de fortalecimento da proposta de universalização da atenção à saúde. Nesse ponto vale ressaltar que a política de saúde brasileira ainda estava conformada sob padrões meritocráticos de direito à saúde, ou seja, apenas tinha direito à assistência médica no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) o trabalhador vinculado ao instituto, e seus dependentes. A proposta de universalização da saúde significava a extensão desse direito a toda a população, independente de contribuição previdenciária. Assim, seria garantido a todo cidadão o direito à assistência integral à saúde, sem qualquer tipo de discriminação. Os serviços do INPS não eram os únicos a prestarem assistência médica, mas certamente eram os que obtinham maior investimento e recurso. Além disso, havia, nessa lógica, uma concentração dos serviços de assistência próximo aos centros urbanos de produção, deixando uma parcela significativa da população sem opção de acesso.

Nesse sentido, um primeiro e significativo passo configurou-se nesse período com as discussões teórico-conceituais sobre o direito à saúde e o papel do Estado na intervenção e configuração de políticas sociais. Os estudos denunciavam ora o poder centralizador do Estado, ora o caráter tutelar das ações do governo, em particular o pós-74, que buscava manter uma estratégia de controle e manutenção da integração e ordem social a partir de uma normatividade social e política. O diagnóstico social e de saúde produzido no contexto das instituições de investigação e as abordagens sobre Estado—sociedade e cidadania conformavam um arcabouço teórico crítico para a discussão política do setor saúde.

Outros marcos de política selecionados indicam, da mesma forma, alguns reflexos do movimento de reflexão instalado nesse período, pressionando a mudança setorial; no entanto, essas mudanças ainda se configuram dentro de uma lógica normativa de controle do Estado sendo apenas um primeiro movimento de mudança. Dentre os marcos selecionados: a instituição do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, constituído como primeira proposta nacional de configuração de um sistema de saúde, enfrentando a questão de se ter uma política única para a saúde que tomasse o território nacional e definisse

diretrizes de política; e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), definido em 1976, com o propósito de estender serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país, reconhecendo a necessidade de definir políticas para além dos centros urbanos e de ampliar o acesso à saúde em todo o território nacional.

Também as Conferências Nacionais de Saúde (V e VI CNS), realizadas em 1975 e 1977, expressaram bastante bem o esforço do Estado na construção de um arcabouço institucional de base para a saúde nesse período, uma base ainda estritamente operativa, com a constituição de rotinas e organização mínima de programas de atenção nos diversos setores da saúde, programas esses até então não definidos pelo Estado. Foram conferências governamentais com o objetivo explícito de "identificar e definir problemas em pauta, para encontrar a melhor forma de encaminhar e implementar os programas, atividades e tarefas que conduzam à integração de esforços e ações, orientados por política de trabalho bem definida" (BRASIL, 1974).

E, ao final dos anos 70, as discussões reformistas no setor saúde passaram a ocupar maior espaço na esfera estatal de discussão, bem como, no âmbito parlamentar, começava um momento de transição para uma nova fase, que chamamos aqui de fase político-ideológica.

Os parlamentares, eleitos em 1974 (um grande número do MDB), pressionavam para um debate mais comprometido com a abertura democrática e foi no ano de 1979 que realizou-se o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, onde ampliaram-se as bases de apoio ao movimento de reforma do setor saúde, subsidiando inclusive as discussões da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980. O simpósio vinha cumprir um papel político fundamental de debate amplo e aprofundado de uma agenda de transformação setorial, abordando temas como: a descentralização, a regionalização, a relação público-privado, a universalização, a integração, a unificação e a hierarquização. Nesse período, houve um esforço de toda uma intelectualidade orgânica do setor saúde, reunida em partidos, organizações sindicais de profissionais de saúde e movimentos populares, de sintetizar as propostas debatidas nesses segmentos. O documento elaborado pelo CEBES[25], intitulado "A Questão Democrática na Área da Saúde", apresentado no simpósio foi um marco político na construção da reforma (NORONHA & LEVCOVITZ, 1994).

Da mesma forma, ficou explicitada a necessidade de um acordo no nível federal de governo na definição da política nacional e única de saúde e a discussão ideológica de reforma do setor saúde começou a ganhar a institucionalidade de discussão política.

25 O documento foi elaborado por três professores, cuja origem institucional era o Instituto de Medicina Social da UERJ: José L.Fiori, Hésio Cordeiro e Reinaldo Guimarães.

À guisa de síntese desta fase (74-79), vale ressaltar que os anos de governo Geisel possibilitaram maior espaço para os movimentos contra-hegemônicos ao poder estabelecido e o desenvolvimento de políticas sociais. No setor saúde foi possível o fortalecimento do movimento de reforma da política de atenção para o setor. No aspecto político e social, imprimiram-se as posições voltadas para a definição de um Estado democrático. Os impasses da crise geral do Estado e a presença sólida de propostas de reforma para o conjunto do Estado permitiram o encaminhamento de reformas. E no tocante às políticas sociais, o início do processo de abertura e democratização social permitiu o desenho de políticas de proteção de moldes cada vez mais universalistas.

E como um ponto fundamental desse período, a consolidação de um arcabouço teórico crítico de discussão sobre o Estado, sobre as políticas sociais e sobre o papel dos profissionais de saúde, apresentando em contraposição idéias de reforma progressistas, pautadas numa análise histórico-estrutural do Estado e com ideais de democratização e quebra das hegemonias dominantes.

FASE 2 — Político-ideológica (1980-1986) — a negociação da reforma

A fase teórico-conceitual começa a dar espaço para a fase político-ideológica a partir dos anos 80, com o processo político de redemocratização do Estado brasileiro e a possibilidade de maior intervenção social na delimitação de uma reforma para o setor. Nesse momento, o esforço da intelectualidade que acompanhava a discussão política era de construção de propostas de reforma na organização do sistema público de saúde. Essas propostas surgiam no interior das discussões acadêmicas para se apresentarem como modelos na discussão político-institucional.

A temática principal era a política de extensão da cobertura dos serviços de saúde, numa releitura do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) para o território nacional. A proposta ganhou corpo com a configuração formal da proposta do PREV-Saúde, apresentada no âmbito de discussão da VII Conferência Nacional de Saúde (1980).

O Prev-Saúde visava dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde a toda a população até o ano 2000. A atenção primária, nesse entender, seria a estratégia para a redução das desigualdades sociais existentes, estratégia essa que atendia duplamente aos propósitos do Estado. Por um lado, porque era necessária a reformulação do setor saúde, por outro lado, porque respondia às principais diretrizes assinaladas para a saúde nos fóruns internacionais de discussão sobre saúde.

No entanto, o Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos estabelecido na prática, dadas as resistências intraburocráticas assentadas no INAMPS, a forte oposição das entidades do segmento médico-empresarial e, ainda, as pressões oriundas do campo da medicina liberal (CORDEIRO, 1991). Esse conjunto de forças conformaram um sem-número de razões para que o Prev-Saúde não se concretizasse. Os conflitos em torno aos encaminhamentos da política de saúde ganhavam o espaço da arena institucional. Por outro lado, e significativamente, o Prev-Saúde também revelou um momento inédito de entrada do discurso reformista na arena de discussão institucional estatal da saúde. As idéias reformistas defendidas por diversos grupos de discussão da saúde começavam a se integrar numa proposta abrangente de definição da política de saúde. A discussão teórica sobre o modelo de atenção à saúde começava a ganhar operacionalidade política.

A exemplo disso, em 1983, ocorreu em São Paulo o I Congresso Nacional de Saúde Coletiva, juntamente com o II Congresso Paulista de Saúde Pública. Este congresso representou a iniciativa de fortalecimento das propostas de reforma, contou com a forte presença da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP) e teve por objetivos "reunir seus co-sócios e profissionais, entidades e estudantes do Campo da Saúde Pública, para estudo e debate de temas de interesse nessa área, especialmente aqueles que dizem respeito à Política Nacional de Saúde" (Diretoria da APSP e da ABRASCO, 1983).

Existiam, no entanto, divergências de postura no encaminhamento das propostas entre os grupos de reformistas, o que também influiu na condução da política de saúde. O debate se politizou na acentuação dos interesses de cada facção social.

O rumo da reforma foi se configurando a partir de um diagnóstico, produzido no interior do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), sobre o modelo de saúde vigente. O MPAS, nesse período, era o ministério de origem do INAMPS e, portanto, dele partiam definições institucionais para a política de saúde no que diz respeito à parcela da assistência médica previdenciária.

O diagnóstico identificava um conjunto de distorções no modelo de atenção à saúde então vigente, ressaltando: a) a inadequação dos serviços à realidade; b) a insuficiente integração dos diversos prestadores; c) os recursos financeiros insuficientes e o cálculo imprevisto dos gastos; d) o desprestígio dos serviços próprios e e) a superprodução dos serviços contratados. O diagnóstico do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) mostrou uma rede de saúde ineficiente, desintegrada e complexa, na relação do INAMPS com os demais serviços de assistência promovidos pelo Estado. Os serviços oferecidos pelo MS (secretarias estaduais e municipais, inclusive) funciona-

vam independentemente e paralelamente aos serviços oferecidos pelo MPAS/INAMPS, o que formava uma rede pública desintegrada sem a prévia programação do sistema. Tal fato conformava uma dificuldade a mais no planejamento dos investimentos e gastos no setor (SILVA, 1992: p.103).

Toda essa discussão configurou um novo marco político para o debate da reforma setorial e a partir dela foram elaboradas propostas mais operacionais para a reestruturação do sistema e desmontagem do modelo, como a configuração das Ações Integradas de Saúde (AIS). As AIS junto com a Programação e Orçamentação Integrada (POI) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) visavam dar maior racionalidade, integração e controle às ações de saúde, com a programação e orçamentação dos recursos para a saúde, com a integração das ações do setor público e conveniado e com o controle de recursos para o setor privado contratado.

O contexto político também favoreceu o crescimento do debate setorial. O processo de "transição democrática" trazia novas perspectivas, e o começo do governo da Nova República, em 1985, deu início a um processo acelerado de mudanças na saúde.

A proposta de governo de Tancredo Neves para a saúde havia incorporado as diretrizes políticas discutidas pelo movimento de reforma, contemplando desde a questão da universalização da atenção à saúde, até a unificação do setor, passando pela descentralização político-administrativa e pelo controle social, configurando um quadro bastante favorável ao encaminhamento da reforma — ou seja, as condições políticas nunca haviam sido tão favoráveis à implementação da reforma.

Durante todo o ano de 1985 e 1986 se desenvolveu um processo intenso de negociação entre os grupos e setores envolvidos no projeto de reforma (sanitaristas, previdenciários, trabalhadores e outros grupos). A possibilidade de implementação da reforma pressionava para a definição de estratégias e políticas concretas de mudança setorial, mas as forças políticas e institucionais que emanavam desses diversos grupos esticavam o processo de negociação apontando para alguns impasses da proposta.

Em 1986, no Rio de Janeiro, ocorreu o I Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, considerado um avanço no intercâmbio entre profissionais e na divulgação da produção científica do campo da Saúde Coletiva. O congresso se desdobrou num espaço estratégico de luta pela democracia, através do reconhecimento da saúde como direito de cidadania e da formulação de propostas concretas, engajadas na reformulação do modelo de assistência à saúde. Os trabalhos giravam em torno da reforma do setor, pensada pelo viés do planejamento, do investimento político, da organização do trabalho em saúde e das experiências internacionais.

No mesmo ano, foi realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, configurando o ápice de todo esse movimento de negociação, tendo sido resultado de forte pressão dos "reformistas da saúde" para a legitimação da reforma. A conferência contou com a presença de mais de quatro mil pessoas e a participação expressiva de grupos sociais de diversos segmentos, encerrando uma lista de propostas sistematizadas para a política de saúde, dentre elas a de reformulação do Sistema Nacional de Saúde, com a constituição de um comando único do sistema. Esta proposta indicava a transferência imediata do INAMPS para o MS e a separação progressiva dos recursos para financiamento da previdência, visando encerrar o debate entre previdência e saúde na disputa por poder e recursos.

A VIII CNS também indicou a formação de uma Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) para a elaboração mais detalhada das propostas discutidas em plenário e com o objetivo de formular um texto sistematizado que pudesse subsidiar as discussões relativas à definição da política de saúde na Assembléia Nacional Constituinte (ANC).

A comissão se reuniu durante todo o ano de 1987 e apresentou ao final do processo um conjunto de documentos técnicos com diretrizes para a reforma do setor saúde, reafirmando a discussão da VIII CNS. Os documentos serviram de referência no debate da ANC, que teve início no mesmo ano (1987). Participaram da comissão representantes de todos os segmentos sociais que vinham acompanhando o debate setorial, com a forte presença da intelectualidade acadêmica.

Apesar de todo o esforço de legitimação da proposta de reforma a partir do Ministério da Saúde, as negociações e conflitos entre previdenciários e sanitaristas ainda persistiram após a Conferência e CNRS, e a partir de 1987 a reforma começou a se operacionalizar tendo como eixo condutor o INAMPS/MPAS, configurando uma nova fase de negociações.

As discussões apresentadas nesta fase (1980-1986) possibilitam uma compreensão mais exata do processo de participação gradativa que os intelectuais da reforma assumiram na discussão política. Esta fase foi essencialmente político-ideológica mostrando o desenvolvimento dos principais alicerces de discussão para a política de saúde a ser implementada. A importância desta fase está na capacidade de mobilização e implicação dos diversos atores, políticos, sociais e institucionais, na avaliação e construção de um ideal político para a saúde, expressando os interesses de cada parcela e os conflitos que a proposta de reforma trazia na perspectiva de cada grupo.

FASE 3 — Político-institucional (1987/1990) — definições institucionais

Na fase político-institucional há um avanço da política na consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial. É um momento marca-

do ainda pelas discussões debatidas na VIII CNS (1986), quando houve uma real possibilidade de legalização da reforma. Nesse sentido, o debate acadêmico nunca esteve tão próximo da discussão política, subsidiando as reuniões da Assembléia Nacional Constituinte, nos anos de 1987/1988, e interferindo na construção da política, com a definição do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (em 1987), tendo seu principal formulador o então presidente do INAMPS, Hésio Cordeiro, importante personagem do cenário acadêmico da Saúde.

O SUDS, como uma estratégia-ponte para o SUS, como foi considerado por muitos analistas políticos, avançou na operacionalização da reforma e serviu como um instrumento de continuidade ao processo de reforma da saúde, na medida em que os quadros políticos de apoio à reforma podiam a qualquer momento ser dispensados ou afastados diante do contexto de renovação política com as eleições. Mesmo sem a discussão finalizada de qual seria a melhor estratégia para a saúde naquele momento, o SUDS mostrou-se como única opção no encaminhamento da reforma, porque, mesmo com o baixo grau de consenso no tocante às propostas, ainda definia algo mais do que existia até aquele momento. Era o primeiro passo institucional concreto rumo à reforma nos moldes em que vinha sendo discutida.

Os frutos desse debate se apresentaram no ano de 1988 com a aprovação da nova Constituição brasileira e, em especial, da seção da Seguridade Social, onde se inseriu o capítulo da Saúde.

O capítulo da Saúde incorporou todos os princípios debatidos no processo de reforma, garantindo a definição dos princípios básicos do SUS, configurando uma grande vitória do movimento reformista, que finalmente garantia uma base institucional concreta para o desenvolvimento da reforma. No entanto, as negociações finais na ANC deram-se em um quadro político-institucional rearticulado e a operacionalização da reforma foi remetida para definições posteriores em legislação complementar. A Constituição Federal garantiu as bases mínimas para a reforma, através de princípios e diretrizes do sistema. Restava ainda toda a discussão operacional da reforma, onde incidiam os principais dilemas da negociação política.

Durante todo o ano de 1989, as negociações para a definição da lei complementar da saúde tiveram prosseguimento. Em julho ocorreu o II Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva junto com o III Congresso Paulista de Saúde Pública: "SUS - uma conquista da sociedade". Organizado novamente em parceria com a APSP, o congresso teve como propósito ocasionar uma reflexão sobre o momento que o setor saúde estava atravessando após a consolidação do SUS na Constituição Federal. Além de criar condições para a compreensão da trajetória da reforma sanitária, o evento contribuiu com o debate e definição de idéias, metodologias e ações mais operacionais para o setor.

Nesse período, os reformistas da saúde já não apresentavam-se tão atuantes na discussão política, mas ainda contribuíram efetivamente no projeto de formulação da Lei Orgânica da Saúde (LOS 8.080).

A LOS 8.080 só veio a ser promulgada em setembro de 90, no contexto do novo governo (Collor), e sofreu uma enormidade de vetos. Mesmo assim, definiram-se os objetivos, atribuições, diretrizes, princípios, organização, financiamento e planejamento do setor saúde dentro da nova lógica proposta pelo SUS. Diante dos vetos que sofreu, foi formulada e aprovada uma lei complementar (Lei 8.142), que buscou redefinir alguns pontos de veto da lei, obtendo algum sucesso.

Com a definição das leis complementares da saúde, em 1990, fechava-se a base institucional necessária para a implementação efetiva da reforma. A participação dos grupos reformistas e da intelectualidade na definição das regras do sistema encerrava um primeiro ciclo. Mesmo que ainda existissem algumas lacunas na definição da reforma, sua base institucional estava montada. Teria início a partir desse período a construção do SUS. Foi essa a aposta dos reformistas.

FASE 4 — Político-administrativa (1990/1998) — a implementação da política

Essa fase tem como característica central a preocupação com a implementação da reforma e a normatização do modelo proposto, o que por muitas vezes não significou um movimento único e cooperativo. A implementação da reforma esbarrou em diferentes dificuldades advindas principalmente do processo de regulação da política, sendo este movimento contraditório por vezes ao projeto.

Pelo menos duas subfases podem ser apresentadas nessa grande fase da política: uma primeira, que se concretizou no período de 1990 a 1994, e uma segunda, no período de 1995 a 1998. Essa subdivisão se expressa no conjunto de medidas institucionais de implementação da reforma, que podem ser verificadas observando-se os marcos políticos da fase.

A subfase 1990-1994 significou o arranjo dos primeiros passos de implementação do SUS, agora sim sob a nova base constitucional. A LOS traçava as diretrizes gerais do sistema, bastava aplicá-la. Foi então que se percebeu que a reforma discutida não significava a reforma feita, os pactos da reforma deveriam ser retomados, e muitos não foram, sendo a política de financiamento do setor e a proposta de seguridade social bons exemplos de pactos não retomados.

E a estratégia de encaminhamento da política se configurou com a edição de uma Norma Operacional Básica da Saúde (NOB), apresentada em 1991, com uma proposta de

organização do sistema de financiamento do setor ainda bastante centralizado no âmbito do governo federal. A NOB sofreu críticas contundentes dos grupos envolvidos com o projeto de reforma, mas foi efetivamente o que regulou o repasse dos recursos federais para estados e municípios durante alguns anos.

As críticas ao encaminhamento da reforma se expressaram na IX Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992, onde se discutiu o processo de descentralização e, mais detidamente, a municipalização, registrando-se o impasse vivido pelo setor no processo de implementação da política traçada na CF88 e na LOS.

Desse debate surgiu a idéia de construção de um processo gradativo de descentralização, mesmo que ainda submetido ao financiamento por produção, estipulado na NOB 91. A discussão sobre a configuração de uma política para a realidade institucional da saúde levou à produção do documento "Municipalização dos Serviços de Saúde — a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei", apresentado no mês de discussão da conferência.

No entanto, se de um lado a IX CNS reavivou um debate sobre a política institucional da saúde, congelada em dois anos de gestão Collor (90-92) e um ano de gestão Sarney (1989 — ano eleitoral), por outro, manteve um diálogo de surdos, não incorporando novas discussões ou refazendo ideais políticos para a formulação de políticas para o setor capazes de superar as dificuldades institucionais apresentadas.

As contribuições da conferência estiveram, no entanto, no que ela suscitou de reação por parte dos grupos reformistas, bastante mais desarticulados e pouco implicados no processo de mudança institucional. A conferência possibilitou o despertar dos grupos de discussão, trazendo à tona a necessidade de rearticulação política para enfrentar as dificuldades de implementação da reforma.

O resultado concreto de todo o debate foi a edição de uma nova Norma Operacional, a NOB 1993, que não só incorporou as discussões obtidas na IX CNS, como também deu novo fôlego ao debate da descentralização da política.

A NOB 93 veio com o intuito, portanto, de investir na estratégia da descentralização, criando um embrião para a destruição do pagamento por produção e recuperando a trajetória de reforma anteriormente traçada para o setor. Com muitas dificuldades de operacionalização, a NOB conseguiu implementar um processo gradativo de habilitação de estados e municípios, principalmente dos últimos, para a descentralização e construção da política de reforma. A habilitação previa a capacidade dos estados e municípios de assumirem responsabilidades na gestão do sistema de saúde em suas regiões, podendo estar aptos a assumir uma gestão incipiente, parcial ou semiplena. Os municípios habilitados passariam a receber recursos financeiros para a sustentação do sistema, de acordo

com sua categoria de habilitação. Assim, criavam-se os primeiros incentivos para a descentralização da política de saúde. Em 1995, 55% dos municípios estavam habilitados a alguma das formas possíveis de gestão. Em 1996, o percentual de municípios habilitados já chegava a 62%.

Outra importante contribuição da NOB foi a constituição das Comissões Intergestores Bipartites, nos estados, e Tripartite[26], na esfera federal, possibilitando o começo de um processo de negociação mais efetivo entre estados, municípios e união. As comissões foram criadas com o objetivo de promover o debate entre os gestores do sistema de saúde dos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), contribuindo na formulação de propostas para a implementação do SUS.

Um ano após a confecção da NOB/93, o IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, que aconteceu em Olinda/Recife, acirrou o debate acerca do "feito por fazer", alertando para a necessidade de se criarem condições reais de efetivação do SUS, através da descentralização em direção à municipalização.

Dessa forma, diante dos avanços políticos iniciados pelas Normas Operacionais, podemos considerar que a discussão sobre a descentralização do sistema é a principal característica dessa subfase, que renderá frutos no debate setorial, inclusive na atualidade.

A segunda subfase (1995-1998), apesar de manter uma característica também administrativa da reforma, avança mais na regulação da política, sofisticando o debate sobre a operacionalização da política.

O processo de descentralização seguiu seu curso e avançou ainda mais com a elaboração de uma nova Norma Operacional, promulgada no ano de 1996. A NOB96 acentuou o processo de descentralização, inserindo uma série de novos incentivos para o processo de habilitação dos estados e municípios, criando a idéia de um pacote básico de atenção para ser alcançado por todos os municípios e garantindo o mínimo de saúde em todas as regiões.

Na realidade, ao definir as condições de habilitação dos municípios e estados, considerando uma gestão do tipo básica e outra gestão do tipo plena, a NOB96 visava alcançar gradativamente a capacidade plena dos municípios e estados na gestão do sistema. No entanto, toda a regulamentação que se seguiu à NOB[27] para a construção da proposta segmentou e restringiu o aporte de recursos dos municípios e estados para o desenvolvimento do sistema.

Nesse contexto ainda, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estiveram inseridos, definidos como estratégias-mestras

26 A Comissão Tripartite já existia desde 1991, tendo sofrido algumas pequenas modificações na proposta da NOB93.
27 Portarias executivas editadas a partir de janeiro de 1998, quando a NOB96 começou a ser efetivamente implementada.

de reformulação do modelo de atenção à saúde e obtendo recursos específicos. Desde a NOB96, os municípios começaram a experimentar a construção do Programa de Saúde Família, captando recursos e prestando a assistência básica a sua população.

Existe, no entanto, uma diferença entre o que foi a proposta original da NOB96 e no que ela se transformou a partir do momento que foi implementada, em 1998. A NOB previa a construção de uma política de repasse de recursos condizente para as esferas subnacionais e o ministério tinha uma postura naquele período de composição de um caixa mais volumoso de recursos. Foi nessa fase que o Ministro da Saúde negociou e encabeçou o movimento para a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) como um recurso vinculado para a saúde.

Na X Conferência de Saúde (1996), o debate apontava para o conflito vivido pelo ministério no que tange ao financiamento. E, no ano seguinte, em Águas de Lindóia-SP, o V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, contribuindo com o contexto político, apresentou a "Saúde como responsabilidade do Estado Contemporâneo" e abriu uma debate sobre os meios e estratégias potencialmente capazes de construir um modelo de proteção social fundado na solidariedade redistributiva e na noção de cidadania. Mais uma vez, o congresso da ABRASCO incorporou e aprofundou o debate conjuntural, aproximando a gestão e o meio acadêmico numa reflexão sobre a saúde no Brasil.

Na X Conferência de Saúde (1996), novamente é discutido o conflito vivido pelo ministério no que tange ao financiamento. Todo o debate serviu de argumento nos anos seguintes, numa nova fase do governo. Houve uma retomada do discurso de maior racionalidade no uso dos recursos, controle das contas com o acerto de dívidas com prestadores e financiadores, combate às fraudes e ênfase na prevenção das doenças. A idéia de mutirão pela saúde e a ênfase no atendimento básico surgiram como principais diretrizes de governo.

A partir de 1998, algumas diretrizes políticas começaram a definir novos rumos para a política de saúde, tendo sido a principal delas a implementação da NOB96. Algumas portarias complementares (de janeiro, fevereiro e março) regularam os fluxos, habilitações e valores constantes na NOB, conferindo uma outra operacionalidade para a proposta.

O processo de habilitação dos municípios e estados foi acelerado. Ao final do ano de 1998, 90,6% dos municípios estavam habilitados a uma das formas possíveis de gestão. Ao final do ano de 1999, esse percentual alcançava 97% dos municípios, tendo a grande maioria dos municípios (88%) se habilitado na gestão básica do sistema.

A descentralização ainda está em processo e a ênfase está na atenção básica com a estratégia de reformulação do sistema a partir da política de Saúde da Família.

O processo de habilitação dos municípios e toda a trajetória do setor de implementação da política de saúde tem sofrido a análise das diversas instituições de ensino e pesquisa que se dedicam a compreender a saúde. Outras instituições, como as que se dedicam a análise de políticas, administração, economia política e outras, também têm se debruçado sobre o que tem sido a experiência de construção do SUS. Assim, desde o início da década de 90 e, num quantitativo cada vez maior a cada ano, surgem estudos sobre o que tem sido o processo de descentralização, a implementação do PSF em regiões, a experiência de uma determinada condição de gestão e outros. As análises subsidiam de alguma forma a reflexão da política adotada pelos governos, contribuindo para novas inflexões na condução da reforma. Mas, diferentemente das fases anteriores, essa fase (político-administrativa) parece contar bem menos com a reflexão crítica dos estudos teóricos produzidos pela intelectualidade orgânica do setor. São muitos os estudos, são muitas as estratégias de condução da política, são muitas as interferências sofridas pela política, há uma diversidade de contribuições e movimentos que se processam, o que confere uma velocidade acelerada ao ritmo de transformações no âmbito da política e na produção teórica.

FASE 5 — Complementação jurídico-legal e técnico-operacional (1999/2000) — regulamentação

Essa fase apresenta algumas características que nos possibilitam afirmar ser ela uma fase de complementação jurídico-legal para a política de saúde.

O primeiro fator de destaque é a criação das Agência Nacional de Regulação da Vigilância Sanitária (ANVISA) e da saúde suplementar (ANS) em 1999 e 2000, com a preocupação do MS na definição de regras de controle e funcionamento do mercado em saúde. Trata-se de regulamentações específicas que visam garantir ao cidadão a qualidade dos serviços comprados e o direito de consumidor. Diferentemente de todas as leis até então definidas na área da saúde, não é a noção de saúde associada à cidadania que está se enfocando, mas puramente a noção de direito.

Outra discussão característica dessa fase foi a aprovação da emenda constitucional para a saúde (PEC 82), garantindo a vinculação de um percentual de recursos para o setor, tanto na esfera federal como na estadual e municipal. A PEC foi apresentada originalmente em 1991 e obteve aprovação final após nove anos de tramitação e negociação no Congresso Nacional. A realização dessa medida teoricamente passaria garantir às esferas de governo um financiamento sustentável para a saúde. A medida aguarda desde a sua aprovação a normatização executiva dos gestores, a começar pelo governo federal, que terá que rever os percentuais de recursos repassados para o setor saúde.

E como característica bastante expressiva do momento político dessa fase, podemos destacar o VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e a XI Conferência Nacional de Saúde que ocorreram em 2000. O VI Congresso aconteceu em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia — ISC/UFBA, em Salvador-Ba, e trouxe como tema central a participação dos sujeitos na construção efetiva de um sistema de saúde baseado nos princípios justiça social e cidadania. Já a realização da XI Conferência (2000) apresentou o tema "Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização da atenção à saúde com controle social". A conferência, realizada na segunda quinzena do mês de dezembro e com regras de participação no debate restritivas, configurou-se como um debate "morno" sobre a política de saúde atual.

3.1.2 Os temas abordados na produção — caracterização e análise dos estudos

Numa análise sobre o que esteve mais característico nos estudos em cada fase da política, percebemos uma inflexão gradativa das temáticas e abordagens das investigações.

A classificação dos estudos pelas áreas de PP&G (política, planejamento, gestão, organização, avaliação e híbrido) permitiu visualizar o movimento de análise em cada uma das fases, destacando-se o crescimento gradativo e progressivo da produção (ver gráfico 1) e a diminuição dos estudos de política para os estudos de gestão, organização e avaliação (ver gráfico 2).

Há que se considerar que cada um dos veículos apresentam características de abordagem e temáticas que condizem com suas especificidades e, quando reunidos na produção, muitas vezes camuflam seus potenciais de atuação.

Os congressos em todas as fases foram espaços para todo tipo de discussão. Embora cada congresso tenha apresentado um tema central referente ao contexto histórico que atravessava, diversas áreas temáticas foram abordadas, o que, em particular, caracteriza esse tipo de evento como um encontro de estudos, metodologias e proposições variadas. O tema central, geralmente, aborda uma questão política e é debatido nas grandes conferências que concentram todos os participantes do congresso. Dentro da área de PP&G, claramente, predominam os estudos de política e os trabalhos voltados para os serviços e realidades locais, discutindo a organização dos serviços via planejamento e programação, e a avaliação como estratégia para se repensar os serviços e ações de saúde. Os estudos de avaliação sempre estiveram presentes nos congressos, enquanto os de planejamento mantiveram-se expressos em número restrito, e os de gestão foram crescendo com o passar dos anos, principalmente nos anos 90.

Os periódicos, apesar do predomínio da discussão de política, também apresentaram em todas as fases um espaço aberto para as demais áreas. Durante as fases, a produção referente às políticas cresceu gradativamente, sofrendo uma queda brusca na última fase.

A inflexão mais radical de áreas temáticas abordadas aparece nos livros e teses/dissertações, que nas primeiras fases apresentavam grande quantidade de estudos de política e, aos poucos, foram incorporando novas áreas. Também esse movimento expressa o que são as características desses veículos, que revelam com um atraso temporal a discussão da realidade e onde há uma preocupação numa discussão mais abrangente da mesma.

As conferências de saúde em todas as fases contribuíram para a discussão da área de política, também expressando o papel fundamental desse veículo, qual seja, discutir a formulação da política nacional de saúde.

Na caracterização da produção de acordo com a classificação proposta para os estudos (forma, ciclo da política, abrangência e enfoque), também percebemos alguns movimentos interessantes.

Quanto à forma dos estudos, percebemos uma forte presença dos estudos propositivos (propostas de intervenção na realidade, críticas diretivas e posicionamentos numa dada conjuntura) na fase 1 (teórico-conceitual) e, em alguma medida, na fase 2 (político-ideológica), bem como os estudos não-propositivos de análise mais abrangente sobre a situação social, de saúde e sobre o Estado brasileiro e suas políticas sociais. Os estudos de caso/relatos de experiência ganharam maior espaço a partir das fases 3, 4 e 5 (político-institucional, político-administrativa e técnico-operacional), no momento de implementação da reforma, reunindo uma parcela bastante significativa dos estudos. Mas também há na fase atual estudos propositivos e análises teóricas, com o retorno de análises de formulação, indicando uma inflexão no próprio movimento de reforma (ver gráfico 3).

Novamente a especificidade de cada veículo revelou diferenças:

a) os textos das conferências de saúde apresentaram como característica principal, nas primeiras fases, o formato propositivo, o que também pôde ser visto nos periódicos. Já na última fase, a conferência de saúde teve um formato predominantemente não-propositivo;

b) as teses, principalmente nas três primeiras fases, apresentaram estudos não-propositivos, apresentando nas duas últimas fases um predomínio dos estudos de caso;

c) os livros, onde o espaço para sedimentação e reflexão amplia as possibilidades de análise, assumiram muito mais a forma de não-propositivos, em todas as fases.

Na última fase, chamou a atenção um certo "retorno" às análises teóricas sobre formulação de política, particularmente sobre a questão do Estado; e

d) nos congressos, os estudos de caso sempre foram mais presentes.

Em relação ao ciclo da política, os estudos de investigação também estiveram bastante afinados com as fases da política. Após o período político-ideológico (fase 2) de implantação da reforma começaram a ocupar lugar de destaque as discussões sobre gestão e organização. Os estudos sobre avaliação de impacto em todos os períodos foram em pequena escala, ou simplesmente nulos (gráfico 4). Há, ainda, que se considerar que os estudos que foram classificados como de implementação ou de avaliação de processo estiveram especialmente presentes nos trabalhos apresentados nos congressos da ABRASCO, que contam com a presença maciça de secretarias e serviços de saúde, retratando uma preocupação dos gestores com a implementação política do SUS.

Quanto à abrangência político-territorial, podemos perceber a ênfase que foi dada ao nível local de decisão (local, municipal, distrital) e a polaridade dos estudos no nível nacional ou local. Não há uma ênfase em nenhum dos períodos na compreensão do papel dos gestores intermediários do sistema — estados e regiões (gráfico 5). No entanto, a ênfase no nível local se deu especialmente a partir da fase 3 (político-institucional), sendo predominante a partir da fase 4 (político-administrativa), o que apenas expressa e reforça o movimento de construção da política de saúde nesse período, com forte tendência municipalista, num primeiro momento (1991-1995), e avançando numa política de descentralização mais ampla num segundo momento (1996 em diante). Movimento inverso se deu nos estudos de abrangência nacional que se tornaram em número bem menor com o correr das fases.

Nos veículos esse movimento também se expressou de forma diferenciada. Os estudos de abrangência local estiveram bastante presentes nas teses e dissertações e congressos. Os livros, mesmo nas últimas fases, apresentaram um predomínio dos estudos nacionais. E os periódicos apresentaram tanto estudos de abrangência nacional como local, expressando uma característica desse veículo, qual seja, reunir diferentes abordagens.

Quanto ao enfoque do estudo, a ênfase recai principalmente sobre a análise do sistema de saúde na sua abrangência e rede. Os estudos sobre as organizações — serviços, órgãos normatizadores, gestores, colegiados e não-governamentais — que sustentam o sistema começaram a surgir na terceira fase (1987/1990) e ganharam maior espaço na quarta e quinta fases (de 1991 a 2000). E estudos sobre as instituições, na análise de suas normas, regras, saberes e práticas, não encontraram espaço na produção (gráfico 6).

Em suma, na classificação dos estudos percebemos em todos eles uma preocupação com a discussão sobre a política de saúde, a definição de um novo modelo assistencial,

a reformulação da prática médica e do trabalho em saúde. São estudos de formulação e construção de modelos alternativos, com enfoque no sistema de saúde e com vistas a uma reformulação de abrangência nacional. Mas também esse movimento reflete um vício na produção e na forma de tratar os temas, permitindo visualizar algumas lacunas de debate, que serão mais à frente trabalhadas.

Quanto aos temas abordados em cada fase da política, foi possível verificar uma grande congruência do debate acadêmico com a fase da política, mas também um esforço na construção de uma reflexão crítica e na construção de novos temas para discussão. No quadro 4, reunimos os temas mais freqüentes por fases da política, o que permite uma visualização mais nítida do movimento até aqui apresentado, destacando-se o fato de que há, a cada fase, uma incorporação de temas e uma ampliação do debate, seja especificando temáticas, seja ampliando o olhar sobre o setor da saúde.

QUADRO 4 - Trajetória da Política de Saúde no Brasil — Produção de Conhecimento
Os temas por fases da política

Fases/Principais Marcos de Política	Temas abordados
Fase 1 — 1974/79 — Teórico-conceitual Investigação sobre os determinantes econômicos, políticos e sociais da conformação do sistema de saúde e formulação de alternativas de reforma. Marcos de Política: — Movimento da Reforma Sanitária — críticas ao sistema de saúde — Consolidação da Saúde Coletiva — Plano de Pronta Ação — expansão e universalização da saúde — Sistema Nacional de Saúde — sistema de saúde — Programa de Interiorização das Ações de Saúde e — I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados — base de apoio para a reforma sanitária	Estado e política de saúde Sistema Nacional de Saúde Previdência Condições sociais e de saúde — Diagnóstico Prática médica/Educação médica Medicina Preventiva Programas de Saúde.
Fase 2 - 1980/86 — Político-ideológica Disseminação das propostas de reforma e aglutinação da coalizão sócio-política de sustentação. Marcos de Política: — Prev-Saúde — extensão da cobertura dos serviços de saúde — VII Conferência Nacional de Saúde — Prev-Saúde, cuidados primários de atenção — Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária — diagnóstico do modelo de saúde — Ações Integradas de Saúde — racionalizar, integrar e controlar — VIII Conferência Nacional de Saúde — princípios da reforma — Comissão Nacional da Reforma Sanitária — texto para a reforma	Extensão da cobertura Psiquiatria (história) Prática Médica Modelo Assistencial — atenção primária à saúde Princípios da reforma — unificação, universalização, descentralização Movimentos sociais Planejamento em saúde, planejamento estratégico Diagnóstico dos serviços Programas específicos (criança, mulher, outros)

Fase 3 - 1987/90 - Político-institucional Consolidação jurídico-legal e social dos princípios e diretrizes do projeto de reforma setorial. Marcos de Política: — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — estratégia para o SUS — Assembléia Nacional Constituinte — legislação de saúde — SUS — Lei Orgânica — definição diretrizes para o SUS	Movimentos sociais Cidadania Padrões Epidemiológicos e desigualdade Princípios de organização do sistema — regionalização, hierarquização, referência Financiamento do sistema Planejamento em saúde/planejamento estratégico Gestão hospitalar (metodologias de análise) Diagnóstico dos serviços — qualidade Acesso e demanda aos serviços Descentralização (avaliação de implementação da política) Programas específicos Psiquiatria (reforma/modelo assistencial)
Fase 4 — 1991/98 - Político-administrativo Definição do papel de cada esfera de governo na organização do sistema e formulação/implementação de instrumental operacional para esse relacionamento. Marcos de Política: — Norma Operacional 91 — financiamento — IX Conferência Nacional de Saúde — municipalização — Norma Operacional 93 — descentralização — Norma Operacional 96 — descentralização, atenção básica, Programas de Saúde da Família e de Agentes Comunitários — X Conferência Nacional de Saúde — financiamento	Reforma — descentralização/municipalização Reforma — PSF Reforma — Estado/ajuste Financiamento Relação público-privado Promoção da Saúde SILOS — distritalização Seguridade Social Conselhos de saúde — controle social Planejamento local, planejamento participativo Gestão de serviços (alocação de recursos) Gestão e planejamento Prática Profissional Processo de trabalho Programas (impacto) Sistema (processo de descentralização) Modelos assistenciais — demanda, acesso e qualidade. Modelos assistenciais — PSF Psiquiatria (reforma/modelo assistencial)
Fase 5 — 1999/00 — Complementação jurídico-legal Técnico-Operacional Regulamentação legislativa e normativa do financiamento estável e do "mix" público-privado. Organização dos modelos de gestão e de atenção da rede regionalizada de serviços. Marcos de Política: — Agências Reguladoras — funcionamento do mercado em saúde — Emenda Constitucional 29 — percentual de recursos para a saúde	Público-Privado Reforma — Estado/ajuste Economia da Saúde Financiamento Controle Social Saúde e Meio Ambiente Sistemas de Informação Gestão de serviços e sistema de saúde (modalidades de gestão e estruturas gestoras) Gestão de Recursos Humanos. Tecnologia em saúde Educação Médica Processo de trabalho Avaliação de processo — descentralização Modelos assistenciais — PSF, Assistência Domiciliar, outros.

Algumas características da produção em relação às temáticas nas fases são importantes destacar.

Na fase 1, a teórico-conceitual, o debate acadêmico apresentou com grande destaque os estudos sobre a prática assistencial e as relações Estado—sociedade e no decorrer da fase os estudos começaram a se debruçar sobre as propostas que permeavam o debate político — atenção primária à saúde, extensão das ações e serviços de saúde, descentralização e modelos de reforma sanitária em outros países.

Os poucos estudos de reforma de caráter comparativo começaram a contribuir de forma significativa para o debate, como os estudos sobre a reforma sanitária italiana, servindo de parâmetro para a discussão política que vinha sendo desenvolvida.

Assim, o debate acadêmico passou a subsidiar o debate político com o estudo sobre os processos de implementação de políticas e avaliação de processo. Começaram a surgir estudos mais localizados, como estudos de caso e análises de situações locais, ganhando relevância o debate sobre o planejamento das ações e serviços de saúde e a organização do trabalho em saúde. Mas a discussão sobre a política ainda era a principal temática. Dentre os estudos, destacavam-se a análise sobre o modelo assistencial, o papel das empresas médicas e a forma de relação Estado—sociedade. Nesse conjunto, os estudos de saúde mental surgiram fortalecendo também o argumento da reforma psiquiátrica, que já se apresentava no debate político.

Os estudos tiveram, ainda, um forte respaldo das Ciências Sociais que buscaram explicar, a partir da análise sobre as relações Estado—sociedade e o padrão de intervenção estatal, a crise da saúde. As teses produzidas são um exemplo concreto desse movimento, por exemplo, os trabalhos de Donnangelo (1974, 1975), de Arouca (1975), Cordeiro (1978), Nogueira (1978) e Gonçalves (1979).

Também a fase 2, a político-ideológica, revelou estudos bastante representativos da época, entre eles: a tese de Cordeiro (1981), sobre as empresas médicas, o estudo de Oliveira (1981), sobre a história da previdência social no Brasil, buscando rastrear a forma de construção das políticas sociais no país; a tese de Costa (1983), sobre a forma de constituição da saúde pública no Brasil, com os interesses e lutas em questão enfatizando as características de uma dada sociedade. Todas essas teses foram editadas em livros, contribuindo no debate para a formação de profissionais de saúde atentos à realidade socio-sanitária brasileira, atentos à construção das políticas sociais.

Os estudos sobre tecnologias assistenciais e a organização dos serviços também destacavam-se na contribuição do debate de reforma das práticas assistenciais, contribuindo para a construção dos princípios da reforma.

A marca dos periódicos foi a denúncia do modelo hegemônico, através de diagnósticos da situação, embasando a necessidade de transformação do sistema de saúde, reflexo da crise política, financeira e ideológica por que passava não só o modelo de atenção previdenciário, bem como o próprio Estado, e aglutinava atores em busca da transformação.

De estudos teóricos sobre as práticas de saúde e estudos propositivos para a construção da reforma, passaram a surgir na fase 3, a político-institucional, estudos mais "racionalizadores", com o enfoque na construção de estratégias que orientassem as práticas de planejamento e gestão setoriais. Estudos voltados para as estratégias de organização do sistema — a descentralização, regionalização, hierarquização — e outros, com vistas a alcançar os princípios da reforma — universalização, integralidade, participação popular e eqüidade.

Surgiram alguns estudos sobre a avaliação de serviços a partir de políticas implementadas, e a temática da qualidade da atenção apareceu de uma forma discreta. Os processos de reforma a partir da descentralização do sistema também já passaram a ser acompanhados e descritos.

Os estudos também continuaram a apontar para uma necessária operacionalidade da reforma, enfatizando a importância do planejamento e a organização das práticas assistenciais, como os estudos de Tanaka (1988), com uma análise sobre a utilização dos serviços, de Campos (1988), com uma preocupação na avaliação dos serviços, de Araújo (1988), na análise sobre a construção de um novo modelo assistencial e os princípios de organização dos serviços baseado na referência e contra-referência, de Calixto (1990), num estudo sobre a resolutividade de um Centro de Saúde.

Um estudo que deixou sua marca nessa fase foi o de Possas (1988), sobre os "Padrões Epidemiológicos e a Política de Saúde", articulando o saber epidemiológico numa compreensão mais abrangente sobre a realidade social e de saúde.

Como característica da produção, podemos apontar para o começo de uma inversão dos trabalhos no que diz respeito ao ciclo da política, os estudos se dedicavam muito mais a discussões sobre a implementação e avaliação de processo da reforma e menos à formulação de políticas para a reforma, como era característico das fases anteriores, principalmente da primeira fase. Tal fato explica-se pelo próprio momento da reforma, que começou a desenhar os primeiros passos de implementação.

A fase 4, a político-administrativa, teve como característica central a definição do papel de cada esfera de governo na organização do sistema e formulação/ implementação do instrumental operacional para esse relacionamento. No contexto acadêmico, o processo de implementação da reforma e as diversas experiências que passaram a surgir a partir

desse movimento, nos 5.507 municípios do país, revelaram um sem-número de questões a serem aprofundadas criticamente.

A reforma passou a ser analisada nas suas mais diversas transformações, e os dilemas da política surgiram como questão de pauta na agenda daqueles que um dia idealizaram o processo de reforma.

A produção acadêmica da fase cresceu enormemente, não apenas pelo fato político em questão, mas principalmente pela política de C&T em vigor nesse período e pela conseqüente expansão dos cursos de pós-graduação[28], fruto do incentivo à requalificação profissional, além da própria extensão da fase, que abarcou oito anos. Foram analisadas 2.135 referências em PP&G nessa fase, não tendo sido possível fazer uma análise única, pois a diversidade dos estudos é enorme. Alguns movimentos precisam ser destacados *a priori* :

Primeiro, o fato de não podermos apontar com a mesma nitidez que nas fases anteriores quais estudos serviram ou servem de referência no debate acadêmico e político da fase. Podemos no máximo apresentar um conjunto de autores que obteve grande sucesso na divulgação de seus estudos, seja por livros, artigos em periódicos ou apresentação nos congressos da Abrasco. Por exemplo: o estudo de Rivera (1991), sobre o agir comunicativo; o de Gallo (1991), sobre planejamento; o de Teixeira (1992), numa análise da política de "seguridade social" no Brasil; o de Gerschman (1994), num estudo sobre a reforma sanitária brasileira; o de Silva Jr. (1996), numa análise sobre os modelos assistenciais, e tantos outros.

Segundo, porque há dentro dessa fase uma diferença bastante significativa da produção dos três primeiros anos (1991 a 1993) dos demais (a partir de 1994/1995), ocorrendo ainda uma inflexão dos estudos ao final da década. Entre 1991 e 1993, há ainda um grande quantitativo de estudos sobre a reforma na linha de argumento da fase anterior, propondo políticas, versando sobre a implementação de modelos e discutindo diretrizes operacionais, inclusive a descentralização, que ainda não se implementava de fato dada a conjuntura política do governo vigente[29]. Algumas subáreas de conhecimento apresentavam-se bastante atuantes, como: controle social, saúde mental e saúde materno-infantil.

Já a partir de 1994/1995, houve uma mudança na condução dos estudos. A política de descentralização ganhou maior relevância, principalmente após a definição de uma política

28 São 27 cursos cadastrados para pós-graduação *stricto sensu* em saúde coletiva, 17 foram abertos a partir do ano de 1990 — 12 cursos de mestrado e 5 de doutorado.

29 Conforme a discussão das fases da política, apresentada no capítulo 3, a política de saúde do Governo Collor, durante o período de 1990 a 1992, consistiu na centralização financeira comprometendo todo o arranjo institucional para a construção de uma política descentralizada de saúde.

específica de incentivo financeiro e institucional ao processo (NOB 93), e toda a discussão sobre o modelo assistencial passou a girar em torno à descentralização. Os municípios começaram a aplicar a proposta e, só a partir de então, surgiu um quantitativo crescente de estudos avaliando os processos de reforma. Apenas para citar alguns no veículo teses/dissertações: Albuquerque (1994), Assis (1994), Ibañez (1994), Nascimento (1994), Triana (1994), Almeida (1995), Chirelli (1995), Senna (1995), Anjos (1996), Elias (1996), Toffoli (1996), Costa (1997), Cotta (1997), Mota (1997), Fausto (1997), Maffezoli (1997), Krawiec (1998) e Oliveira (1998).

Terceiro, o retorno de estudos que tratam do trabalho em saúde e uma preocupação com a qualidade, o acesso e a construção de mecanismos facilitadores para a reforma mantendo os princípios da mesma. As distorções ocorridas no processo de implementação da política redundaram numa série de dilemas que passaram a ser investigados, bem como no acompanhamento sistemático das diretrizes apresentadas pelo Estado para a condução da reforma, como por exemplo os estudos sobre o Programa Saúde da Família e a discussão sobre vigilância à saúde.

Quarto, o contexto político dos anos 90, que apontava para o debate sobre a Reforma do Estado (principalmente a partir de meados dos anos 90), produzia inflexões no debate acadêmico e retomava discussões sobre a relação Estado-sociedade, sob uma nova ótica. Os temas abordados nas subáreas de conhecimento apontam essa inflexão nos estudos sobre financiamento e sobre o setor privado.

Outras subáreas conquistaram grande espaço de discussão nessa fase. Foram elas: AIDS, Sistema de Informação, Medicamentos, Saúde do Trabalhador e Saúde da Família, mantendo-se atuante a discussão sobre Controle Social, Saúde Materno-Infantil e Saúde Mental.

Quanto às características gerais da produção, de acordo com as categorias utilizadas nesse estudo, percebemos alguns movimentos que expressam bastante bem toda a análise já apresentada.

a) áreas temáticas: há uma distribuição maior dos estudos pelas seis áreas predefinidas pela pesquisa como áreas de PP&G. Assim, como primeiros no *ranking* ainda estão os estudos de política. E os estudos de gestão, organização e avaliação ganharam maior peso. Os estudos de política perpassaram toda a fase e seguem as características já apontadas. Já nos estudos de gestão, há uma grande ênfase na discussão sobre a administração hospitalar e as relações intergovernamentais na construção de meios para a condução da política, como a discussão dos consórcios em saúde. Nos estudos de organização, o enfoque esteve na construção do trabalho em saúde, nas rotinas, no acesso aos serviços e na definição de modelos assistenciais pautados na qualidade da assistência. Os estudos

de avaliação dedicaram-se especialmente à avaliação de processo das políticas e do impacto da organização dos serviços na saúde da população. E, com menor espaço, estiveram os estudos de planejamento, voltados para a discussão sobre as condições de saúde e estratégias de planejamento para a solução dos problemas;

b) a forma e a abrangência do estudo: o que se percebe nessa fase é a configuração de um movimento contrário ao que se tinha nas fases anteriores, com um aumento significativo de estudos de caso e relatos de experiência e uma preocupação na compreensão da reforma no âmbito local. Até então os estudos apresentavam-se como de caráter não-propositivo e abrangência nacional. Essa inflexão fala de algo característico dessa fase: a busca de um entendimento da reforma no seu processo de implementação, com a tentativa de identificar os nós críticos do processo. Ainda reforçando essa característica da fase, basta verificar o movimento também de inversão dos estudos quanto ao ciclo da política, ganhando destaque as avaliações de processo, os estudos de implementação e as combinações (na grande maioria compondo com a implementação e a avaliação); e

c) o enfoque do estudo: foi possível verificar um crescimento da abordagem nas organizações, verificando-se também um movimento de inflexão da fase. Os estudos mais locais também têm permitido o desenvolvimento de reflexões sobre a organização dos serviços e práticas. A área de organização tem crescido no conjunto (segunda área mais estudada) dos estudos e as temáticas relativas à qualidade da atenção, acesso aos serviços e trabalho em saúde vêm sendo retomadas nessa abordagem. Esse movimento indica a tentativa de um amadurecimento da reforma nas organizações e não apenas no âmbito do sistema.

Já sobre a fase 5, a técnico-operacional, é ainda prematuro indicar uma análise da relação entre produção e política, pois as últimas transformações concretas da política ainda não são objeto de estudo dos investigadores.

A produção analisada indica, no máximo, uma divisão dos estudos entre as áreas. Na discussão sobre política, a preocupação é com a reforma do Estado, a descentralização e o processo decisório. Na discussão sobre gestão, ganhou destaque a temática dos recursos humanos e da qualidade. Na discussão sobre organização, a formação, a prática profissional e o trabalho em saúde. E, nos poucos estudos de avaliação, a ênfase está no acompanhamento dos programas. Os estudos de planejamento são escassos, oferecendo pequena contribuição para o debate.

A fase reúne uma produção que indica a preocupação no debate de estratégias para a implementação da reforma buscando maior eficácia. Entram em cena, assim, debates acerca da reforma do Estado e políticas neoliberais, bem como novas estratégias de

gestão e a preocupação com questões multidisciplinares em sua relação com a saúde, como é o caso dos debates sobre meio ambiente, violência e minorias. Algumas subáreas de conhecimento mostraram-se bastante atuantes. Foi o caso da AIDS, da Formação e Prática Profissional, dos Recursos Humanos, da Saúde Mental e da Saúde da Família.

3.2 ESTUDOS DE REFORMA DO SISTEMA E SERVIÇOS DE SAÚDE E A FASE DA POLÍTICA

A partir dessas informações sobre a produção como um todo, algumas análises mais específicas puderam ser vislumbradas. Por exemplo, foi possível visualizar os estudos da reforma sanitária nesse conjunto, compreendidos aqui como estudos que buscaram compreender o processo de reforma, formular diretrizes para o modelo e avaliar as políticas implementadas. Para a reunião desses estudos consideramos todas as referências que discutiam a reforma sanitária e psiquiátrica, a descentralização e os modelos assistenciais.

Como nossa análise acompanhou 25 anos da trajetória política e dos estudos de investigação, devemos considerar que há uma diferença na forma de compreensão da reforma em cada período, bem como no quantitativo de estudos de cada fase. Os estudos de reforma tornaram-se mais presentes a partir das primeiras políticas institucionais de reforma setorial, ainda anteriores à definição constitucional de 1988, também apresentando grande destaque na primeira fase da política, com discussões sobre a formulação da proposta de reforma, especialmente. Podemos perceber nos quantitativos do quadro abaixo alguns movimentos referidos:

Quadro 5 - Estudos sobre a Reforma Sanitária no Conjunto da Produção de Pp&G

Fases	Referências De Pp&G	Referências Sobre Reforma	Percentual De Referências Sobre Reforma
1974-1979	95	14	14,7%
1980-1986	335	34	10,1%
1987-1990	401	74	18,4%
1991-1998	1.861	393	21,1%
1999-2000	721	157	21,7%
Total	3.413	672	19,7%

As primeiras fases da política apresentaram estudos sobre a reforma, com ênfase na discussão de formulação de uma proposta. A partir da fase de implementação, os estudos trataram diretamente da reforma — obstáculos, estratégias de implementação do modelo e avaliação da política.

Nos estudos de implementação ou de avaliação da reforma, a temática da descentralização obteve maior destaque, com uma preocupação nítida dos investigadores na compreensão do que têm sido os diferentes obstáculos no processo de implementação da política. Os estudos

buscaram mostrar os impasses vividos pela política na implementação do modelo, descrevendo as trajetórias de construção do sistema, identificando os atores envolvidos, as estratégias de organização, as soluções obtidas, as determinações federais e adequações locais, etc. Por isso, os estudos locais foram bem mais freqüentes durante todo esse último período.

Poucos foram os estudos que se dedicaram a compreender a reforma em termos de avaliação de impacto. Esse tipo de avaliação tem sido mais utilizado na análise dos serviços e nos estudos de planejamento e gestão local.

Assim, há, desde o começo da implementação da reforma, um esforço grande dos pesquisadores em compreender os rumos tomados pela política, em fundamentar instrumentos técnicos para o planejamento e a gestão do sistema e serviços, para uma maior racionalização das práticas e políticas, e em encaminhar uma política condizente com os ideais de reforma anteriormente preconizados. No gráfico 7, estão expressos alguns dados mais gerais e quantitativos da produção de acordo com a fase da política e o ciclo da mesma, permitindo observar a ênfase dos estudos em cada fase.

O que extraímos dos estudos sobre reforma aponta para uma necessária construção de novos temas de pesquisa, implicando uma renovação da produção. Antes, porém, de apresentarmos quais seriam as lacunas identificadas no levantamento, é importante resgatarmos a contribuição desse debate para a análise da relação política—produção de conhecimento.

4. CONTRIBUIÇÕES PARA O DEBATE

4.1 SOBRE O CAMPO, A PRODUÇÃO E A RELAÇÃO COM A POLÍTICA

No decorrer desta pesquisa, ficamos convencidos de que, se de um lado, não conseguiríamos responder exaustivamente às questões que nos inquietaram, do outro, poderíamos levantar muitos pontos que poderiam estimular reflexões férteis por parte dos outros pesquisadores, formuladores de políticas e seus beneficiários, e de nós mesmos. Imbuídos desse intuito, nos dedicaremos agora a levantar algumas considerações obtidas ao longo do nosso trabalho.

Inicialmente, voltaremos a nossa atenção à opção de termos tomado a Saúde Coletiva como um "campo", no sentido de Bourdieu (1983), e a possibilidade deste, como privilegiado para produzir conhecimentos estratégicos que subsidiam a condução das políticas de saúde.

Esse recurso rompeu com as limitações de considerar apenas o que é produzido pelos agentes reconhecidos formalmente como pertencentes à institucionalização da Saúde

Coletiva e permitiu a inclusão da produção de outros agentes inseridos em instituições não consideradas da Saúde Coletiva, como alguns núcleos da área de economia e política, bem como daqueles dos serviços de saúde.

A busca de divulgação da produção dos agentes em diferentes veículos como livros, teses, dissertações, e das publicações em periódicos especializados e resumos de congressos, enquanto formas de acumulação de "capital simbólico", puderam, também, revelar estratégias de romper com a capilaridade acadêmica, na medida em que ampliam seu "auditório" para além dessas instituições, buscando o diálogo com os não-científicos, não-"epistêmicos" (KNORR-CETINA,1981) e ou "militantes". Esta "estratégia" de interlocução perpassou desde os periódicos com seus estudos de vanguarda, marcada pelo provisório, pelo pontual, pelos "*positional papers*", pelos pontos de vista mais pessoais aos livros e teses com uma maior sedimentação da reflexão. Em relação a este ponto, seria fértil uma investigação acerca da possibilidade de tensão entre os tipos de literatura ou entre o que vai ficando sedimentado e o novo, necessária à construção de novos fatos.

As publicações podem ser vistas como acumulação de um *quantum* desigual de capital simbólico. As teses e mais especificamente os livros conferem, indubitavelmente maior reconhecimento, autoridade, prestígio social, que os demais veículos. Podemos considerar um tipo de acumulação que estratifica o campo. Número de publicações e titulações são fatores decisivos para cumprimento de exigências para obtenção de financiamento de pesquisa pelas agências de fomento. Neste sentido, poderíamos dizer, como sugere Bourdieu (1983), que, buscando o campo, encontramos o "mercado".

No campo, como um mercado particular, dentro da ordem econômica capitalista, buscando alguns nexos entre interesse e determinação social, podemos tomar algumas situações exemplares. Uma rápida mirada na distribuição das publicações de livros por editora e estado demonstrou que, em grande número, elas concentram-se no eixo Rio—São Paulo, algumas em Minas Gerais e Distrito Federal. E inexistem nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, havendo apenas uma publicação por uma secretaria de saúde independente, a Secretaria Municipal de Saúde de Brumadinho. Tomando o número de publicações por autores, ainda que não sistematicamente, observamos, com facilidade, dentre os autores com um maior número dessas publicações, a inserção das instituições "fundadoras do campo" (ENSP, UNICAMP. USP,UERJ, UFBA). São exemplos autores como: Paulo Amarante, Nilson do Rosário Costa, Sonia Fleury, Maria Cecília Minayo, Gastão Wagner de Souza Campos, Ana Maria Canesqui, Amélia Cohn, Lilia Schraiber, Hésio Cordeiro, Madel Terezinha Luz, Ana Luíza Viana, Jairnilson Paim, entre outros.

O desenvolvimento da estratégia de cooperação, entre os produtores, como a publicação conjunta em coletânea, que aparece marcadamente após 1984, traduz tanto esforços

intra-institucionais — Costa e Ribeiro (1996) e Schraiber (1996), como interinstitucionais — a coletânea organizada por Fleury (1997).

Foi indicativo que, apesar da ampliação da incorporação de "novos" agentes, há concentração de recursos financeiros, tecnológicos e humanos, em especial, qualificados nos pólos nacionais de decisão política. A sua relação como estímulos à produção científica e tecnológica mantém, salvaguardadas as diferentes conjunturas, o padrão que já se fazia presente no final da década de 70, quando consolidou-se o processo de institucionalização da área de Saúde Coletiva. Nessa conjuntura e com apoio da FINEP, propunha-se ampliar as bases institucionais através da inclusão de grupos de pesquisa em formação, "emergentes", e apoio dos já consolidados. O resultado prático tem sido a concentração de recursos em poucas instituições (NOVAES, 1996). Nesse ponto, foi interessante acompanhar mais de perto o desenvolvimento das políticas de Ciência e Tecnologia e sua relação com a criação e ampliação dos cursos de pós-graduação na saúde coletiva.

Pudemos acompanhar, indiretamente, a incorporação de novos contingentes, no campo da Saúde Coletiva, tanto pelo aumento gradativo da produção como pela distribuição das publicações nas diferentes fases e seu crescimento, na medida em que avançou sua consolidação como área de conhecimento institucionalizada.

Tomando como substrato toda a gama de discussões *vis-à-vis* o desenvolvimento do projeto de reforma sanitária brasileira, reafirmamos não ser possível estabelecer relações diretas sem se esbarrar em, pelo menos, dois obstáculos: a não-exclusividade da Saúde Coletiva, enquanto instituição, em produzir conhecimentos que possam embasar as políticas de saúde e, até mesmo, a competitividade entre grupos e instituições, fora do campo da Saúde Coletiva. Além da constatação, prévia, da possibilidade de poder ocorrer que pelo menos algumas políticas implementadas não tomem como base as discussões teórico-conceituais da área. A esses obstáculos, acrescentar-se-iam as limitações metodológicas desta pesquisa, tais como a análise apenas dos temas abordados pelas obras e não de todo seu conteúdo e orientações teórico-metodológicas.

Sem pretender uma análise exaustiva sobre os determinantes do aumento da produção, que fugiria ao escopo do nosso trabalho, tivemos indícios não apenas da consolidação institucional do campo, mas também da correlação entre as inflexões da política de saúde e sua produção. Nesta direção, reescrevemos que o campo foi se constituindo nos meados dos anos 70, e à medida que, a partir de 1983, o chamado "movimento sanitário" foi avançando com a ampliação das propostas de reformulação do setor saúde e a ocupação dos espaços nas instituições estatais, chegando à definição do projeto sanitário na VIII Conferência Nacional de Saúde. Em termos gerais, a produção anual segue aumentando

consideravelmente, a partir da disseminação das propostas de reforma e aglutinação da coalizão sócio-política de sustentação.

Um segundo espectro de questões diz respeito, em primeiro lugar, à motivação sobre os estudos reflexivos das práticas e dos saberes instituídos largamente presentes nos estudos do período inaugural e a eventualidade de deixarem de estar conectados à formulação e implementação de políticas. E, em segundo, se, no momento de implementação do projeto de reforma sanitária brasileira, a produção espelhou uma postura de análise do setor voltada para a resolução dos impasses vividos no seu processo de implementação, evidenciando uma postura muito mais político-gerencial em detrimento de uma postura crítica do processo saúde—doença—atenção.

Os estudos de política, planejamento e gestão (PP&G), da primeira fase — sobre os determinantes econômicos, políticos e sociais na concepção do processo saúde—doença e na conformação do sistema de saúde e formulação de alternativas de reforma, ancoradas numa concepção macro de política, a partir das relações entre Estado e sociedade — foram incluídos, com relativa facilidade, nos eixos disciplinares de Ciências Sociais (materialismo histórico-estrutural) e ou Epidemiologia (versão crítica). Na medida em que as temáticas foram se "distanciando" dessas concepções, estas foram remetidas às matrizes próprias das referidas disciplinas. Houve dificuldades de incorporar temáticas que, mesmo tendo suscitado intervenções políticas, foram objetos de vários olhares disciplinares, como AIDS, Saúde Ambiental, violência e outros.

A partir desta análise, inferimos uma tendência à especialização do campo, bem como, um distanciamento entre as leituras centradas e as descentralizadas da regulação e intervenção estatal.

Entre a produção da fase conceitual (1974-1980) e a político institucional (1987-1990), observou-se uma clivagem que permitiu revelar a passagem de uma fundamentação mais epistêmica, passando por um movimento de idéias até chegar às condições de operacionalidade técnica. Todavia, não nos parece apropriado falar em despolitização do debate, na medida em que se tratou da implantação e implementação de uma política.

No que diz respeito à perda do potencial crítico, os estudos das fases iniciais se apresentaram como uma nova proposta de aproximação entre saberes e práticas a partir de sua determinação social em oposição à naturalização anterior. De uma maneira geral, as fases subseqüentes mostraram uma produção que não se propôs a rediscutir e ou recontextualizar o novo modelo, nem sob a ótica da construção do objeto de intervenção nem de suas formas de apreensão. Poucos foram os direcionamentos para outras dimensões da vida e captação das necessidades de saúde. Também raros foram os estudos de avaliação, mesmo considerando que estes exigem um espaço de tempo amplo entre formulação e implantação/ implementação.

Vale ressaltar que alguns estudos, entre estes os sobre planejamento estratégico, forneceram elementos teóricos e metodológicos e se apresentaram como bastante críticos ao chamado planejamento "normativo". Merece também destaque na argumentação referente ao potencial crítico, o surgimento, no final da década de 90, de alguns estudos, veiculados particularmente nos livros e teses, centrados no papel do Estado frente à globalização e suas conseqüências para as estruturas sociais. A proposição destes estudos foi de uma análise política não apenas pelo ângulo da racionalidade técnica, mas a partir da dimensão da articulação entre os agentes em busca de soluções para os problemas. Os estudos foram se voltando para os "nós críticos" da implementação das propostas, mas não sobre as visões de mundo que lhes são subjacentes.

Enfim, vários foram os momentos e formas de contribuição do campo da Saúde Coletiva no âmbito da política de saúde brasileira. Na realidade, a história da Saúde Coletiva no Brasil mescla-se, por vezes, com a história de construção da proposta reformista. Estudar este campo de conhecimento significou apreender um pouco mais sobre os impasses vividos pela política no processo de reforma e a sua aproximação com as questões teóricas apontadas pelo campo da Saúde Coletiva.

No Brasil, a reforma sanitária foi a expressão de um movimento conjugado entre teóricos, investigadores em saúde e gestores - decisores. Nesse sentido, as contribuições da Saúde Coletiva têm sido fundamentais para o processo decisório e de implementação da reforma. As reflexões sobre a realidade de saúde apontaram os problemas e dilemas da saúde no país e indicaram possíveis soluções para os formuladores de política. Contudo, tanto a política, quanto as instituições que se dedicam à formação e investigação em saúde parecem estacionadas numa discussão sobre o modelo da reforma. Isto dificulta o encontro de soluções alternativas para os impasses do setor, prejudicando a forma de relação entre gestores e investigadores estabelecida até então.

Nesse sentido, analisar a produção científica nos ajudou a apontar os dilemas e vazios dos estudos realizados, além de instigar, com o apontamento de lacunas de discussão, uma análise crítica do campo de conhecimento e a proposição de novas agendas de pesquisa. Talvez, assim, possamos contribuir para a definição de novos rumos para a política e do (re)desenho do próprio modelo de reforma setorial em saúde.

4.2 PROPOSTAS PARA NOVAS AGENDAS DE PESQUISA

Este estudo partiu do pressuposto de que o diálogo entre investigadores e gestores é fundamental no processo de formulação e implementação da política de saúde, cabendo aos investigadores o importante papel de reflexão crítica constante sobre os dados e informações que advêm da realidade de saúde; compreendendo que os investigadores

podem funcionar como um contraponto para os gestores na análise da situação de saúde e que também cabe aos gestores o papel de análise crítica sobre o setor.

Mas o que percebemos, através da análise de produção, é que a reforma sanitária brasileira passa por um momento crucial na atualidade, pois tanto a política quanto as instituições que se dedicam à formação e investigação em saúde parecem estacionadas numa discussão sobre o modelo da reforma, sem encontrar soluções alternativas para os impasses do setor, prejudicando a forma de relação entre gestores e investigadores estabelecida até então.

O movimento identificado na produção confirmou nossa hipótese inicial de que o campo da Saúde Coletiva assumiu, desde o momento de implementação do projeto de reforma, uma postura de análise do setor voltada para a resolução dos impasses vividos no seu processo de implementação, assumindo uma postura muito mais político-gerencial, em detrimento de uma postura crítica do processo saúde—doença—atenção, contribuindo para uma situação de engessamento do setor saúde que reproduz as mesmas alternativas, com novas roupagens, sem debruçar-se criticamente sobre os modelos de saúde construídos.

Na tentativa de avançar um pouco mais na construção da reforma do setor saúde no Brasil, buscamos identificar, a partir deste estudo de mapeamento da produção, quais seriam algumas das lacunas de discussão essenciais para o debate. Assim, oito grandes temáticas nos parecem fundamentais aprofundar:

a) estudos sobre a desigualdade social e econômica (exclusão social) e seus efeitos sobre as condições de vida e saúde da população, em especial no acesso aos serviços de saúde;

b) análises sobre as dificuldades no processo de descentralização política, administrativa e financeira do sistema, enfocando principalmente as desigualdades regionais (econômicas, políticas, sociais) e o impacto da política sobre as regiões;

c) estudos sobre a forma de organização e coordenação do sistema e rede de serviços, com ênfase na construção de uma política de atenção integral;

d) a análise das dificuldades na formação de recursos humanos adequados à construção de uma reforma para a saúde, associado à discussão sobre a organização do processo de trabalho;

e) estudos teórico-metodológicos para uma reflexão crítica sobre a reforma em saúde preconizada, seus princípios e possibilidades;

f) estudos sobre o processo de gestão do sistema e a autonomia decisória de cada nível de governo;

g) estudos sobre o efeito de novas propostas políticas sobre os aspectos sanitários, como a promoção da saúde e outras; e

h) estudos sobre as relações de poder instituídas e a relação com as práticas em saúde, formação profissional e perfis das organizações.

Não esperamos com esse estudo encerrar o debate mas iniciá-lo. É um convite à reflexão que deixamos aqui, como contribuição para a política e para a Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, C. P. Municipalização e crise de cultura institucional: o caso do Centro Previdenciário de Niterói 1990/1992. 1994. Dissertação (Mestrado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1994.

ALMEIDA, E. S. Contribuição à implantação do SUS: estudo do processo com a estratégia norma operacional básica 01/93. 1995. Tese (Livre Docência) — FSP/USP, São Paulo, 1995.

ANJOS, M. D. O processo de descentralizacão da gestão do sistema municipal de saúde de Florianópolis. 1996. Dissertação (Mestrado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.

ARAÚJO, E. C. A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde. 1988. Dissertação (Mestrado) — FM/UFBa, Salvador, 1988.

AROUCA, A. S. S. O dilema preventivista : contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado) — Faculdade de Ciências Medicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

ASSIS, M. M. A. A municipalização em Feira de Santana: intenção ou realidade? 1994. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto/USP, Ribeirão Preto, 1994.

BOURDIEU, P. *O campo científico*. São Paulo : Ática, 1976. p.122-55. (Coleção Grandes Cientistas Sociais).

BRASIL. Lei 6.151, de 4 de dezembro de 1974. Dispõe sobre o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), para o periodo de 1975 a 1979. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez. 1974. Seção 1, p. 13869.

CALIXTO, A. G. Z. Atenção primaria a saúde: avaliação da resolutividade médica de um centro municipal de saúde de Botucatu, SP. 1990. Dissertação (Mestrado) — FM/USP/RP, Ribeirão Preto, 1990.

CAMPOS, F. E. Resolutividade: uma aproximação da avaliação qualitativa dos serviços de saúde. 1988. Tese (Doutorado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988.

CHIRELLI, M. Q. Processo de municipalização dos serviços públicos de saúde em Marília-SP. 1995. Dissertação (Mestrado) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 1995.

CORDEIRO, H. Empresas médicas: um estudo sobre as transformações capitalistas da

prática médica no Brasil. 1981. Tese (Doutorado) — FM/DMP/USP, São Paulo, 1981.

CORDEIRO, H. *Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro : Ayuri Editorial, Abrasco, 1991.

CORDEIRO, H. Determinantes de consumo de medicamentos: uma contribuição à crítica dos conceitos de necessidade e consumo em saúde. 1978. Dissertação (Mestrado) — IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1978.

COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (org.). Política de saúde e inovação institucional : uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro : ENSP, 1996.

COSTA, N. R. Estado e políticas de saúde pública: (1889-1930). 1983. Dissertação (Mestrado) — IUPERJ, Rio de Janeiro, 1983.

COSTA, W. G. A. O processo de descentralização dos serviços de saúde no estado do Mato Grosso. 1997. Dissertação (Mestrado) — FSP/USP, São Paulo, 1997.

COTTA, R. M. M. Descentralização das políticas públicas de saúde no Brasil: análise do Sistema Único de Saúde em um contexto local. 1996. Dissertação (Mestrado) — Universidade Federal de Viçosa, Viçosa,1996.

DAVIES, A. M. The evolving science of health systems research. In: World Health Organization. From research to decision making: case studies on the use of health systems research. Geneva, 1991. 139p.

Division of Health Systems and Services Development. Research in health services and systems. PAHO Document. OPS/CAIS/98, 1998.

DONNANGELO, M. C. F. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975 (tese de doutorado em 1974).

DONNANGELO, M. C. F. Saúde e Sociedade. 1976. Tese (Livre docência) — FM/USP, São Paulo, 1976.

DONNANGELO, M. C. F. Medicina e estrutura social: o campo de emergência da medicina comunitária. 1975. Tese (Livre docência) — FM/USP, São Paulo, 1975.

ELIAS, P. E. M. Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional. 1996. Tese (Doutorado) — FM/USP, São Paulo, 1996.

EVANS, J. R. Summary of the discussions. In: World Health Organization. Research strategies for health. Geneva: WHO, Hogrefe e Heber Publishers, 1992.

FAUSTO, M. C. R. Municipalização da saúde: uma experiência no estado do Rio de Janeiro: o caso de Cabo Frio. 1997. Dissertação (Mestrado) — IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1997.

FLEURY, S. M. F. "A questão democrática da saúde". In: FLEURY, S. M. (org). *Saúde e democracia*: a luta do CEBES. São Paulo : Lemos Editorial, 1997.

GALLO, E. Razão e planejamento: algumas indicações críticas para uma práxis emancipadora. 1991. Dissertação (Mestrado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

GERSCHMAN, S. Democracia social e atores políticos : um estudo da reforma sanitária brasileira. 1994. Tese (Doutorado) — IFCH/UNICAMP, São Paulo, 1994.

GONÇALVES, R. B. M. Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado) — FM/USP, São Paulo, 1979.

GUIMARÃES, R. Avaliação e fomento de C&T no Brasil: propostas para os anos 90. Brasília : Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico; 1994. 177 p.

GUIMARÃES, R.; SAYD, J. "A pesquisa em saúde na década de 80". In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. A. W. *Saúde e sociedade no Brasil*: anos 80. Rio de Janeiro : Relume Dumará, 1994. p.253-80.

HASSOUNA, W. A. Status and future directions: "The Lone Ranger". In: World Health Organization. Research strategies for health. Geneva: WHO, Hogrefe e Heber Publishers, 1992.

Organización Panamericana de la Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Investigación sobre las reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: una propuesta de acción concertada. Salvador, 2000.

IBAÑEZ, N. Municipalização e sistema local de saúde: estudo de experiências na implantação do Sistema Único de Saúde. Tese (Livre Docência) — FSP/USP, São Paulo, 1994.

KNORR-CETINA, K. *The manufacture of knowledge*. An essay on the constructivist and contextual nature of science. England : Pergamon Press, 1981.

KRAWIEC, E. H. Descentralização e financiamento do Sistema Único de Saúde em Mato Grosso do Sul. 1998. Dissertação (Mestrado) — FUFMS, Mato Grosso do Sul, 1998.

LEVCOVITZ, E. Transição e consolidação: o dilema estratégico da construção do SUS: um estudo sobre as reformas da política nacional de saúde. 1997. Tese (Doutorado) — IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1997

LEVCOVITZ, E. et. al. Saberes e políticas: a contribuição do campo da saúde coletiva na organização da política de saúde brasileira. Rio de Janeiro : 2000. (Edição Especial — Relatório de Pesquisa. Série Estudos em Saúde Coletiva)

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil*: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1979. (Biblioteca Saúde e Sociedade)

MACHADO, R. *A danação da norma*: medicina social e a constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro : Ed.Graal, 1978.

MAFFEZOLI, L. C. *Descentralização das políticas sociais*: limites e possibilidades — uma

análise da municipalização dos serviços de saúde no município de Piracicaba. 1997. Tese (Doutorado) — IE/UNICAMP, Campinas, 1997.

MAGALDI, C. & CORDEIRO, H. "Estado atual do ensino e da pesquisa em saúde coletiva no Brasil". In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro : Abrasco/PEC/ENSP, 1983. v.2

MARQUES, M. B. (Org.) *Por uma política de ciência e tecnologia em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro : Fundação Oswaldo Cruz, 1998. 138p.

MORAES, S. E. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário. 1987. Dissertação (Mestrado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1987.

MOTA, M. V. Evolução organizacional da secretaria da saúde do município de Fortaleza. 1997. Dissertação (Mestrado) — UFC, Ceará, 1997.

NASCIMENTO, V. B. Descentralização, municipalização e assistência hospitalar: experiências dos municípios de Santo André e Diadema. 1994. Dissertação (Mestrado) — FM/USP, 1994.

NOGUEIRA , R. P. A formulação social da prática médica. 1978. Dissertação (Mestrado) — IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1978.

NORONHA, J. C. & LEVCOVITZ, E. (1994). "AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde". In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. *Saúde e sociedade no Brasil nos anos 80*. Rio de Janeiro : Relume-Dumará, Abrasco/IMS, 1994.

NOVAES, H. M. D. e NOVAES, R. L. Políticas científicas e tecnológicas para a saúde coletiva. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.

OLIVEIRA, G. S. O desenho institucional do Sistema Único de Saúde e a definição da agenda local: um estudo de caso no município de Nova Friburgo — RJ. 1998. Dissertação (Mestrado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1998.

OLIVEIRA, J. A. A. Política social, acumulação e legitimidade: contribuição à história da previdência social no Brasil. 1981. Dissertação (Mestrado) — IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 1981.

PELLEGRINI, A. F. et al. "Pesquisa em saúde coletiva". In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro : Abrasco/PEC/ENSP, 1986. v.4.

POSSAS, C. A. Padrões epidemiológicos e política de saúde no Brasil. 1988. Tese (Doutorado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1988.

RIBEIRO, P. T. A instituição do campo da saúde coletiva no Brasil: 1975/1978. 1991. Dissertação (Mestrado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1991.

RIVERA, F. J. U. O agir comunicativo e a planificação estratégica no setor social (e sanitário): um contraponto teórico. 1991. Tese (Doutorado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro,1991.

ROSENTHAL, G. Does good health services research produce good health policy? Health Policy Quarterly, [S.l.], v. 1, n.1, 1981.

SCHRAIBER, L. B; GONÇALVES, R. B. M. "Necessidades de Saúde e atenção primária-4". In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. e MENDES-GONÇALVES, R. B. (org). *Saúde do adulto:* programas e ações na unidade básica. São Paulo : Hucitec, 1996.

SENNA, M. C. M. Municipalização e controle social: o programa médico de família em Niterói (1992-1994). 1995. Dissertação (Mestrado) — ENSP, Rio de Janeiro, 1995.

SILVA JR., A. G. da. Modelos tecno-assistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 1996. Tese (Doutorado) — ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, P. L. B. Limites e obstáculos a reforma do estado no Brasil: a experiência da previdência social na nova republica. 1992. Tese (Doutorado) — USP, São Paulo, 1992

TAMBELLINI, A. T. "A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de saúde-trabalho: discurso e prática". In: ABRASCO. *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro : Abrasco/PEC/ENSP, 1984. n.3.

TANAKA, O. Y. Análise da utilização dos serviços do posto de assistência médica e do pronto atendimento do Jardim São Jorge no município de São Paulo, por meio do estudo da clientela usuária. 1988. Tese (Doutorado) — FSP/USP, São Paulo, 1988.

TEIXEIRA, C. F. e SÁ, M. C. Planejamento e gestão em saúde: situação atual e perspectivas para a pesquisa, o ensino e a cooperação técnica na área. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 1996, p.80-103.

TEIXEIRA, S. M. F. Estados sem cidadãos. 1992. Tese (Doutorado) — IUPERJ, Rio de Janeiro, 1992 .

TEIXEIRA, S. M. F. Antecedentes da reforma sanitária: relatório de pesquisa: estudo das políticas e estratégias de construção do sistema de saúde: perspectivas da reforma sanitária brasileira. [S.l.]: DAPS/ENSP/FIOCRUZ, 1988.

TOFFOLI, F. F. Bom Sucesso de Itararé: poder local e saúde em um novo micro município. 1996. Dissertação (Mestrado) — USP, São Paulo, 1996.

TRIANA, A. Z. Sistemas locais de saúde: uma via para o Sistema Único de Saúde? 1994. Dissertação (Mestrado) — FCM/UNICAMP, Campinas, 1994.

VIANA, A. L. D. "Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais". In: CANESQUI, A. M. *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo : Ed.Hucitec/Abrasco, 1997.

Anexo A

Quadro 1 — Veículos de Divulgação Pesquisados

Veículo	
Livros	Catálogo da ABRASCO
Periódicos Nacionais	Bibliotecas Virtuais das Universidades e Institutos de Pesquisa. Banco de Dados Prossiga — CNPq. 1. Cadernos de Saúde Pública — FIOCRUZ 2. Revista de Saúde Pública — FMP/USP 3. Revista da Saúde Coletiva — Physis — IMS/UERJ 4. Saúde e Sociedade — APSP-USP/FSP 5. Série de Estudos em Saúde Coletiva — IMS/UERJ 6. Saúde e Debate — CEBES 7. Ciência e Saúde Coletiva — ABRASCO 8. Planejamento e Políticas Públicas — IPEA 9. Revista Lua Nova 10. Revista Dados — IUPERJ 11. Informe Epidemiológico do SUS — MS 12. Cadernos do Instituto de Medicina Social — IMS/UERJ 13. Revista de Administração Pública — RAP/FGV 14. Interface — Comunicação, Saúde e Educação — UNI-Botucatu/UNESP
Periódicos Internacionais	
	Busca por palavras-chave na BIREME Instituições com Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva reconhecidas pela CAPES: 1. UFBa — Universidade Federal da Bahia 2. ENSP/FIOCRUZ — Fundação Oswaldo Cruz 3. IMS/UERJ — Universidade do Estado do Rio de Janeiro 4. FCM/UNICAMP — Universidade Estadual de Campinas 5. FM/USP — Universidade de São Paulo 6. FSP/USP — Universidade de São Paulo 7. FM/USP/Ribeirão Preto — Universidade de São Paulo 8. UEL — Universidade Estadual de Londrina 9. NESq/CPqAM — Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães FIOCRUZ/Recife 10. FUFMS — Universidade Federal de Mato Grosso do Sul 11. UFPEL — Universidade Federal de Pelotas 12. UFC — Universidade Federal do Ceará 13. UFMG — Universiade Federal de Minas Gerais 14. IFF/FIOCRUZ — Fundaçao Oswaldo Cruz 15. UEFS — Universidade Estadual de Feira de Santana 16. UFPE — Universidade Federal de Pernambuco 17. UFRJ — Universidade Federal do Rio de Janeiro 18. UFMA — Universidade Federal do Maranhão 19. UNESP/BOT — Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/Botucatu 20. UFRGS — Universidade Federal do Rio Grande do Sul 21. UNIFESP — Universidade Federal de São Paulo 22. UFSC — Universidade Federal de Santa Catarina Referências de Teses e Dissertações constantes nos Banco de Dados Ad-Saúde, Medline e Lilacs (Bireme) de Instituições de Interface, como: 1. FGV — Fundação Getúlio Vargas 2. EBAP/Escola Brasileira de Administração Pública 3. IUPERJ/Instituto 4. ESAE

Teses e Dissertações	5. FAU/USP – Arquitetura e Urbanismo da Un.São Paulo
Congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)	6. IE/UFRJ – Instituto de Economia da Un.Federal do Rio de Janeiro
Conferências Nacionais de Saúde	Caderno de Resumos da ABRASCO (I a VI) ANAIS das Conferências - V, VI, VII, VIII, IX, X, XI

GRÁFICO 1 – QUANTITATIVO DA PRODUÇÃO EM PP&G POR FASES DA POLÍTICA

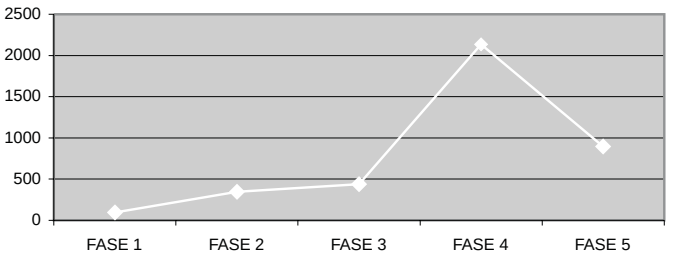


GRÁFICO 2 – ÁREAS TEMÁTICAS NOS ESTUDOS DE PP&G POR FASES DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

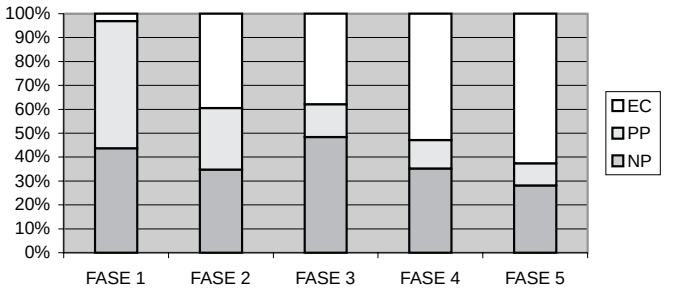


GRÁFICO 3 – QUANTITATIVO DA PRODUÇÃO EM PP&G POR FASES DA POLÍTICA

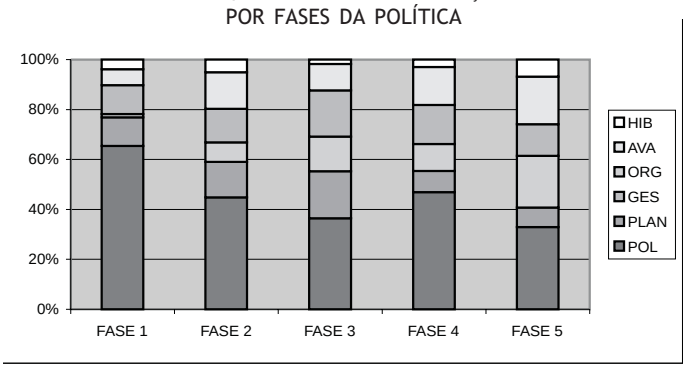


GRÁFICO 4 – ESTUDOS DE PP&G CLASSIFICADOS QUANTO AO CICLO DA POLÍTICA E A FASE DA POLÍTICA

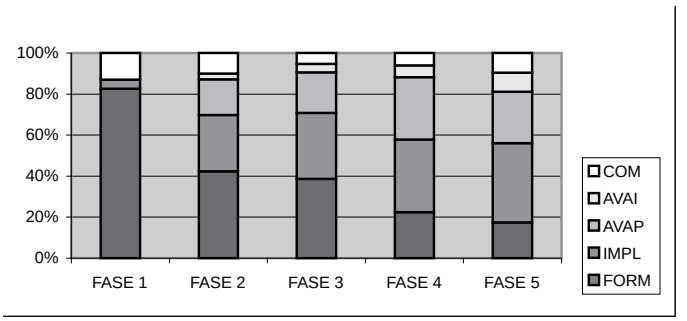


GRÁFICO 5 – ESTUDOS DE PP&G CLASSIFICADOS QUANTO À ABRANGÊNCIA POLÍTICO-TERRITORIAL E A FASE DA POLÍTICA

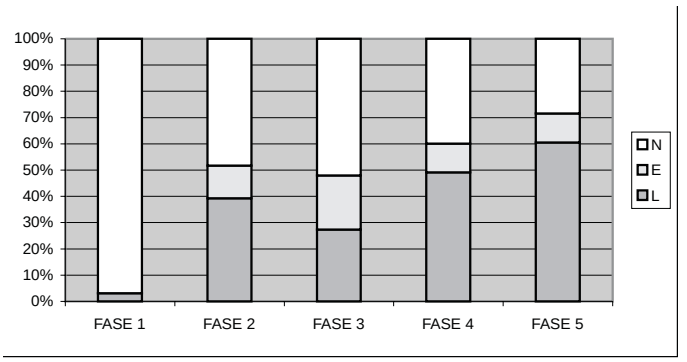


GRÁFICO 6 – ESTUDOS DE PP&G CLASSIFICADOS QUANTO AO ENFOQUE DO ESTUDO E A FASE DA POLÍTICA

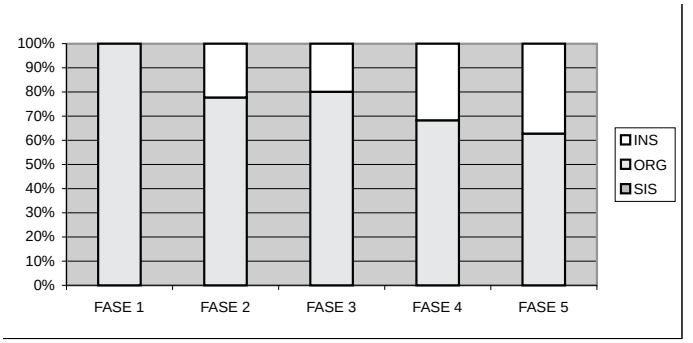
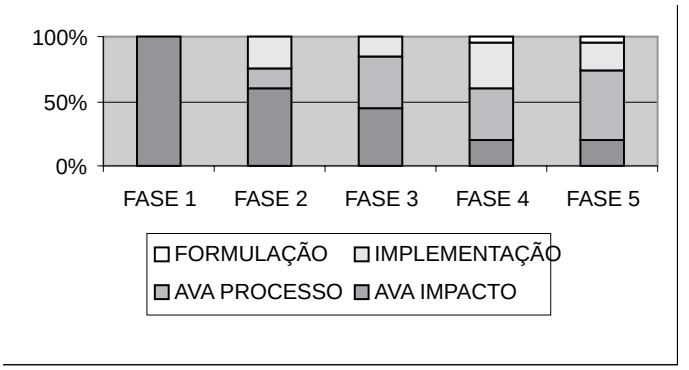
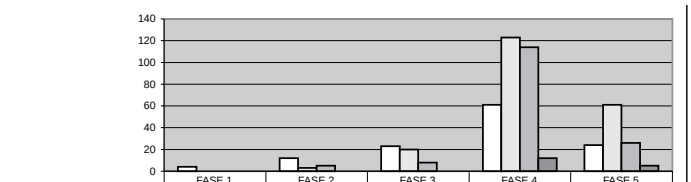


GRÁFICO 7 – ESTUDOS DE REFORMA POR CICLO DA POLÍTICA-BRASIL (1974-2000)



ESTUDOS SOBRE REFORMA EM SAÚDE POR FASES E CICLO DA POLÍTICA (BRASIL-1974/2000)



	FASE 1	FASE 2	FASE 3	FASE 4	FASE 5
FORMULAÇÃO	4	12	23	61	24
IMPLEMENTAÇÃO	0	3	20	123	61
AVALIAÇÃO DE PROCESSO	0	5	8	114	26
AVALIAÇÃO DE IMPACTO	0	0	0	12	5

SÉRIE DE DOCUMENTOS

Volume 1

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil – Documento Analítico
2. Seminário: o Sistema Único de Saúde e a Regionalização
3. Seminário: Perspectiva para a descentralização e a Regionalização no Sistema Único de Saúde

ISBN 85-87943-14-6

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

SAÚDE NOS GRANDES AGLOMERADOS URBANOS: UMA VISÃO INTEGRADA

OPAS

OMS

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

SAÚDE NOS GRANDES AGLOMERADOS URBANOS:
UMA VISÃO INTEGRADA

3

BRASÍLIA — DF
2003

Organização Mundial da Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde - Brasil

SAÚDE NOS GRANDES AGLOMERADOS URBANOS:

UMA VISÃO INTEGRADA

Organização:
Elias Rassi Neto
Universidade Federal de Goiás

Cláudia Maria Bógus
Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde.
Volume 3

BRASÍLIA – DF
2003

| SUMÁRIO |

Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 Brasília - DF
http://www.opas.org.br
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm
1. Coordenador do Projeto
Júlio Manuel Suárez
2. Conselho editorial
Flávio Goulart
Florentino Garcia
Juan Seclen
Luciana de Deus Chagas
Lucinéia Moreli Machado
Luisa Guimarães
Rosa Maria Silvestre
3. Apoio técnico e administrativo
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
4. Normalização
Fernanda Nahuz
Fábio Cordeiro
Revisão
Beatriz De Paoli e Milena A.Telles
Capa, Projeto Gráfico
Wagner Soares da Silva
DTP
Cartaz Criações e Projetos Gráficos
Tiragem
1.000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação da Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil

Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada / Elias Rassi Neto, Cláudia Maria Bógus (orgs.). – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. – (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 3)

Bibliografia

ISBN

1. Serviços de saúde – Brasil. 2. Política de Saúde – Brasil. 3. Urbanização – Saúde Urbana – Brasil. 4. População Urbana – Brasil. 5. Planejamento Urbano – Brasil. I. Neto, Elias Rassi. II. Bógus, Cláudia Maria. III. Organização Pan-Americana da Saúde. IV. Série.

NLM: W84

2003 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.

As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

| SUMÁRIO |

AGRADECIMENTO

Nosso agradecimento e reconhecimento ao Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel por sua contribuição na elaboração e aprovação do desenho na proposta dessa publicação. A concretização desse volume da Série Técnica é uma realidade graças ao seu esforço, dedicação e apoio, fundamentais ao desenvolvimento desse trabalho.

CIDADE E ALMA*

Uma cidade com um espírito grandioso não é suficiente. Não são suficientes palácios e monumentos, museus, catedrais e arcadas que se dirigem aos céus. Uma cidade que negligencia o bem-estar da alma faz com que a alma busque seu bem-estar de forma degradante e concreta, nas sombras desses mesmos reluzentes arranha-céus. Bem-estar, um fenômemo específico das cidades, não é apenas um problema econômico social, mas predominantemente um problema psicológico. A alma que não for cuidada quer seja na vida pessoal, quer seja na vida da comunidade torna-se uma criança raivosa. Ela assalta a cidade que a despersonalizou com uma raiva despersonalizada, uma violência contra os próprios objetos que representam a falta de alma uniformizada; vitrines de lojas, monumentos, parques, edifícios públicos. Aquilo que, em sua fúria, os habitantes da cidade resolveram atacar e defender (árvores, casas antigas e bairros), nesses últimos anos; é significativo.

Os bárbaros que atacaram a civilização já vieram, em outros tempos, de fora das muralhas. Hoje em dia, eles brotam de nossos próprios colos, criados em nossos próprios lares. O bárbaro é aquela parte em nós com a qual a cidade não fala, aquela alma em nós que não encontrou um lar em seu meio. A frustração dessa alma, em face da uniformidade e impessoalidade de grandes muros e torres (guaritas, grades, seguros e circuitos internos de TV, portas giratórias etc.), destrói como um bárbaro aquilo que não pode compreender, estruturas que representam a conquista da mente, o poder da vontade e a magnificência do espírito, mas que não refletem as necessidades da alma. Por nossa saúde psíquica e bem-estar de nossas cidades, continuemos a encontrar maneiras de abrir espaço para a alma.

* HILLMAN, James. **Cidade e alma.** [S.l.]: Studio Nobel, 1993, p. 42.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 11
APRESENTAÇÃO 13
INTRODUÇÃO 15

Parte I – O homem urbano e o espaço urbano

VIVER NAS CIDADES
Washington Novaes 21

ASSOCIATIVISMO CIVIL, CONSELHOS DE GESTÃO NA SAÚDE E AS CIDADES BRASILEIRAS
Maria da Glória Gohn 41

A GEOGRAFIA URBANA NA DISSOLUÇÃO DAS IDENTIDADES ORIGINÁRIAS
Elvio Rodrigues Martins 67

Parte II – Demografia e urbanização

URBANIZAÇÃO EXTENSIVA E NOVAS FRONTEIRAS URBANAS NO BRASIL
Roberto Luis M. Monte-Mór 79

TENDÊNCIAS DO CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO NOS AGLOMERADOS URBANOS
Rosana Baeninger 97

Parte III – Instrumentos metodológicos e proposição de políticas públicas

ANÁLISE ESPACIAL NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM AGLOMERADOS URBANOS
Gilberto Câmara e Marilia Sá Carvalho 137

SEGREGAÇÃO RESIDENCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: ANÁLISE DO ESPAÇO SOCIAL DA CIDADE NA GESTÃO DO TERRITÓRIO
Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro 155

Parte IV – O sistema urbano brasileiro e as políticas de atenção à saúde

GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS CIDADES
Jairnilson Silva Paim 183

DESAFIOS DAS AÇÕES REGIONALIZADAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REDE URBANA BRASILEIRA
José Marcos Pinto da Cunha, Aurea M. Q. Davanzo e Rovena M. C. Negreiros 213

A DISTRITALIZAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM SÃO PAULO
Maria do Carmo de Sant' Ana 233

A REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM CURITIBA
Paulo Henrique Battaglin Machado, Carmen Regina Ribeiro e Vera Lídia Alves de Oliveira 255

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA DE BELO HORIZONTE
Fernando Augusto Proietti, Ada Ávila Assunção, Celeste de Souza Rodrigues, Cláudia Di Lorenzo Oliveira, Eli Lola Gurgel Andrade, Maria Angélica de Salles Dias, Sônia Gesteira Matos, Soraya Almeida Belisário, Mariangela Leal Cherchiglia, Veneza Berenice de Oliveira e Waleska Teixeira Caiaffa 277

A METRÓPOLE RIO DE JANEIRO: TAMANHO E DIVERSIDADE E A BUSCA DA EQÜIDADE NOS CUIDADOS DE SAÚDE
José Carvalho de Noronha, Cristiani Vieira Machado e Luciana Dias de Lima 297

Parte V Comentários Finais

ALGUNS INDICATIVOS PARA A AÇÃO INSTITUCIONAL, ACADÊMICA E SOCIAL
Elias Rassi Neto e Cláudia Maria Bógus 339

ANEXO 345

PREFÁCIO

A Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil está comprometida com os princípios da cooperação técnica para criar capacidades, assegurar suficiência, autonomia, excelência e sustentabilidade e procura auxiliar na sistematização de experiências e metodologias que surgem, com grande criatividade, nas diferentes condições e momentos, buscando disponibilizá-las como uma forte ferramenta de superação e desenvolvimento.

Nessse sentido, coopera com o desenvolvimento de políticas, planos e legislação nos níveis nacional e regional, com vistas a eliminar as desigualdades e contribuir para o fortalecimento da saúde como um direito humano, ampliando a utilização do financiamento de saúde e das contas nacionais de saúde como base para formulação de políticas.

No Brasil, para que a cooperação técnica ocorra de forma a facilitar a incorporação da redução das desigualdades em saúde relacionadas com pobreza, gênero e etnia, como componentes integrados das políticas e planos nacionais de desenvolvimento, torna-se fundamental a intersetorialidade na formulação, implementação e avaliação das políticas, visto que o espaço urbano do país apresenta diversas realidades. A trajetória de ocupação do espaço enfrenta a contradição entre a formação dos espaços brasileiros e de políticas sociais, indicando que o território não deve ser compreendido apenas como espaço físico, mas deve considerar o plano da vivência e como as pessoas se apropriam do espaço por meio de recortes vivenciais diferentes.

A publicação Políticas Públicas Integrais em Saúde nos Aglomerados Urbanos uma iniciativa conjunta do Ministério da Saúde e da **OPAS**/Brasil centra-se na discussão técnica e política e no debate social dos dilemas relacionados com a gestão e a organização do sistema e dos serviços de saúde em situações de concentrações populacionais no Brasil.

Este trabalho aborda o desafio da integralidade da atenção à saúde, com foco na redução de desigualdades, na perspectiva da gestão do sistema e dos serviços de saúde, da ação institucional e social. Tem por objetivo propiciar um espaço que possibilite o desencadeamento de uma discussão organizada e o mais diversificada possível sobre o assunto e fomentar o debate analítico e propositivo, a partir da perspectiva dos governos e da sociedade. Trata, também, dos cenários atuais e, ao mesmo tempo, projeta cenários futuros, buscando o aprofundamento de discussões dos aspectos históricos e políticos das regiões metropolitanas, com o apoio do Ministério da Saúde e da OPAS.

Jacobo Finkelman

Representante da Organização Pan-Americana no Brasil

APRESENTAÇÃO

Elias Rassi Neto e Cláudia Maria Bógus

Nos últimos anos, o tema das políticas públicas integrais em saúde nos aglomerados urbanos tem sido um aspecto importante nas atividades de cooperação técnica entre a área de Sistemas e Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana de Saúde e o Ministério da Saúde.

No Brasil, mais de 80% da população vive em áreas urbanas. Por essa razão, o fenômeno da urbanização é relevante ao se abordar a proposição e a implantação de políticas públicas sociais.

Em geral, as cidades e os aglomerados urbanos são vistos, exclusivamente, como espaços concentrados de problemas de caráter estrutural e contingencial e como as representações mais perversas da segregação social e econômica. Mas também são a representação mais completa das várias possibilidades de produção de serviços e tecnologias. As condições de saúde das populações urbanas acabam por ser a expressão mais emblemática de tudo isso: os avanços e as limitações das condições de vida e de trabalho e o resultado da integração mais ou menos adequada das políticas públicas.

Com essa perspectiva é que foi construída esta publicação. A proposta foi abordar, com uma visão interdisciplinar, o desafio da integralidade da atenção à saúde, na perspectiva da gestão e da ação institucional e social. Políticas públicas integrais em saúde entendidas como iniciativas que repercutem na melhoria das condições de vida e de saúde da população: ações intersetoriais, desenvolvidas localmente e de forma descentralizada e que enfrentam as situações-problema de grupos populacionais prioritários, de modo integral e inovador.

A publicação tem cinco partes, organizadas tematicamente:

I – "O homem urbano e o espaço urbano", com três textos. O primeiro deles apresenta o fenômemo urbano e a sua complexidade. O texto seguinte aborda as possibilidades de organização e associação da sociedade civil no espaço urbano e o último texto trata do indiscutível impacto que esta nova geografia tem nas questões culturais dos vários grupos populacionais atingidos.

II – "Demografia e urbanização", com dois textos. O primeiro artigo é sobre a característica extensiva do processo de urbanização brasileiro nas últimas décadas. O segundo texto atualiza o quadro demográfico brasileiro, com base nas mais recentes bases de dados.

III – "Instrumentos metodológicos e proposição de políticas públicas". Os dois artigos que compõem esta parte apresentam os instrumentos da análise sócioespacial como recursos disponíveis para os gestores na formulação e na decisão de políticas públicas.

IV – "O sistema urbano brasileiro e as políticas de atenção à saúde", composto por seis artigos. O primeiro discute a necessidade de que a gestão da atenção básica seja integrada com todo o sistema de saúde e com todos os setores que influenciam a qualidade de vida nas cidades. O segundo aborda a questão da regionalização e da hierarquização das ações de saúde, a partir da identificação do fluxo de pessoas. Os demais textos correspondem a quatro estudos de caso: São Paulo, Curitiba, Belo Horizonte e Rio de Janeiro, como exemplos de importantes concentrações urbanas brasileiras. São descritos os contextos particulares de cada realidade e uma alternativa de enfrentamento da situação-problema destacada, em uma perspectiva de integralidade e eqüidade.

V – Esta parte, sem a pretensão de ter um caráter conclusivo, apresenta alguns indicativos para a ação institucional, acadêmica e social, a partir da análise proposta por todos os artigos anteriores. Também foi fundamental, para a elaboração do capítulo final, a realização da Oficina Políticas Públicas Integrais em Saúde nos Aglomerados Urbanos, ocorrida na sede da OPAS, em Brasília, no dia 5 de maio de 2003. O principal objetivo da Oficina foi apontar as expectativas e as questões mais relevantes relacionadas à discussão dos aglomerados urbanos e subsidiar futuros desdobramentos que contemplem ações e resoluções a serem tomadas.

Finalmente, vale destacar que essa publicação tem por objetivo propiciar um espaço que ajude a desencadear uma discussão organizada e o mais diversificada possível sobre o assunto e fomentar o debate analítico e propositivo, a partir da perspectiva dos governos e da sociedade. Pretendeu-se tratar de alguns cenários atuais e, ao mesmo tempo, projetar cenários futuros.

INTRODUÇÃO

Esta publicação tem, entre várias qualidades, uma que se destaca: a oportunidade, na medida em que se debruça sobre dois dos maiores desafios do Sistema Único de Saúde no momento: a integralidade nas políticas de saúde e a oferta de atenção à saúde nos grandes aglomerados urbanos.

No primeiro texto desta coletânea, o autor registra que nas cidades brasileiras com mais de cem mil habitantes já vivem mais de cinqüenta por cento da população, apresentando um quadro de morbi-mortalidade extremamente complexo, que sofre repercussões diretas das condições de vida observadas nesta sociedade de consumo, na qual persistem doenças associadas ao subdesenvolvimento, além de quadros típicos de grandes aglomerações urbanas: causas externas (entre elas homicídios, acidentes de trânsito e violências em geral), dependência a substâncias psicoativas (especialmente alcoolismo) e doenças crônicas e degenerativas.

As redes de assistência à saúde, em geral, nas grandes cidades brasileiras não estão preparadas e dimensionadas para conseguirem atender à demanda existente, seja a gerada pela sua população própria, seja a condicionada pela invasão de pacientes oriundos de áreas sem oferta ou com oferta insuficiente de serviços de saúde.

Como evidenciado em avaliações da implementação do programa de Saúde da Família realizada pelo Ministério da Saúde em dez grandes centros urbanos brasileiros em 2002, "dificuldades verificadas na implementação do PSF em municípios de pequeno e médio porte são potencialmente agravadas nas grandes cidades e metrópoles, considerando-se a existência de altos índices de exclusão do acesso aos serviços de saúde, agravos de saúde características de grandes centros, oferta consolidada de uma rede assistencial desarticulada e mal distribuída, predominância de modalidade tradicional de atendimento à demanda e de programas verticalizados sem estabelecimento de vínculos com a comunidade do entorno" [1].

Os mecanismos de financiamento da atenção básica como o Piso de Atenção Básica (PAB), com seu valor congelado desde sua implantação em 1998, e os incentivos do PSF, estes com valor sem alteração desde 1999, quando foi estabelecida uma tabela de acordo com a cobertura populacional, não conseguiram impulsionar efetivamente a ampliação do PSF nas capitais e nas regiões metropolitanas.

1 BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos.

Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Evidenciando a prioridade definida desde a construção do Programa de Saúde do Governo Lula, em que se inscreveu a meta de dobrar o número de equipes do PSF, aumentando a parcela de recursos federais em seu financiamento, com apenas três meses a atual gestão do Ministério da Saúde viabilizou o aumento dos valores do PAB ampliado, dos incentivos do PSF, de agentes comunitários de saúde e de equipes de saúde bucal, a atualização da base populacional para todos os repasses de recursos da atenção básica e a criação de uma tabela diferenciada para o incentivo do PSF nos municípios com mais de cem mil habitantes.

É importante ressaltar que viabilizar esses reajustes, que em seu conjunto representam um aumento médio superior a 30% nos repasses federais para os municípios, direcionados ao financiamento da atenção básica, não foi tarefa fácil frente a um orçamento extremamente comprometido pelas políticas definidas na gestão anterior e frente à dívida herdada, com cerca de 3 bilhões de reais encontrados em restos a pagar. Contudo, como falar que atenção básica é prioridade e continuar deixando seu financiamento congelado? Como tentar induzir uma ampliação do PSF nas grandes cidades e estimular a participação efetiva dos Estados no financiamento sem recuperar minimamente valores que estavam sem ampliação desde 1998 ou 1999?

Além de aumentar recursos para o custeio da atenção básica, há a preocupação na efetivação desse nível de atenção nos municípios com mais de cem mil habilitantes. Teremos neste ano de 2003, mediante financiamento externo, o início de um grande projeto para realizar melhorias na rede física com reformas e equipamentos nas unidades de saúde da família e serviços públicos de média complexidade ambulatorial, que são retaguarda imediata para as equipes do PSF, e ainda a realização de um grande esforço de ampliação das ações de capacitação, formação e educação permanente de recursos humanos.

Contudo, não basta alocar mais recursos; existem particularidades no quadro enfrentado nos grandes aglomerados urbanos que impõem emprego de determinados referenciais teóricos e ferramentas metodológicas para seu enfrentamento. As dificuldades enfrentadas não se justificam plenamente pela dimensão das grandes cidades, pelas barreiras construídas pela violência urbana, pela invasão de pacientes de outras cidades e pela inadequação dos recursos humanos hoje existentes. Esses centros urbanos concentram o estoque de profissionais de saúde, os valores de mercado para remunerá-los são em geral menores do que para as pequenas cidades, e nelas estão os centros formadores.

Nas grandes cidades, no entanto, é grande a inércia da rede de serviços de saúde estabelecida resistindo a mudanças, a competição do setor público com o mercado privado é intensa, cada espaço de crescimento da oferta pública é, muitas vezes, vista como uma restrição criada à possibilidade de lucro e, com isso, alguns atores sociais,

em vez de aplaudir, criam restrições, quando não a combatem. Assim, cabe, além do esforço de colocar a ampliação e a qualificação da atenção à saúde na agenda política de prioridades de governo e assegurar recursos financeiros para sua efetivação, também construir uma estratégia para operacionalizar os avanços necessários, incorporando novas abordagens, articulando a abordagem intersetorial dos problemas de saúde e disputando a hegemonia ideológica e política no interior das instituições e corporações que estão no centro desse processo.

Gostaríamos de parabenizar a **OPAS** por essa iniciativa e agradecer pela parceria constante na busca da superação dos principais desafios na construção do Sistema Único de Saúde.

JORGE SOLLA

Secretário de Atenção à Saúde/MS

PARTE I

O homem urbano e o espaço urbano

VIVER NAS CIDADES

Washington Novaes
Jornalista da TV Cultura e do jornal "O Estado de São Paulo"
Ex-Secretário do Meio Ambiente, Ciência e Tecnologia do DF

"A grande cidade começa por nos roubar o essencial: a visão da nossa própria sombra, o ruído dos nossos passos."

Julio Baroja

Embora não seja um problema apenas do Brasil o Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente lembra que, pela primeira vez na história da humanidade, mais de metade dos habitantes do planeta vive hoje em áreas urbanas, que têm sua população acrescida à razão de 160 mil pessoas por dia (como em Rio Claro, São Carlos, Barra Mansa, Guarapuava ou Sobral), viver nas áreas urbanas do país torna-se a cada dia mais difícil, mais complexo.

Embora haja discussões entre os especialistas sobre os critérios (são urbanos os habitantes das pequenas cidades que trabalham no campo ?), já vivem hoje nas áreas urbanas brasileiras, segundo o IBGE, nada menos de 81,25% da população, ou 137,7 milhões de pessoas. E a elas se somam a cada dia entre 5 e 6 mil pessoas, com as taxas de nascimento (que continuam em queda e estão hoje em torno de 1,3% ao ano) e a migração residual.

Em 40 anos, de 1960 a 2000, nada menos de 107 milhões de pessoas se somaram à população urbana brasileira, por força das altas taxas de natalidade, principalmente nas décadas de 60/70 e 70/80, e das migrações internas. Nesse processo, a população urbana, que representava 44,67% do total em 1960 (31,3 milhões), passou para mais de 80% no Censo de 2000, enquanto a rural (36,76 milhões ou 55,33%) caiu para 18,75% no fim do século, com um número de pessoas inferior ao de 40 anos antes.

Segundo as projeções do IBGE, o número de filhos por mulher tende a continuar caindo está em 2,2 e deverá chegar a 2,15 em 2005. Mas a população urbana seguirá crescendo e poderá chegar a 200 milhões, até que a população total se estabilize e esteja em 247 milhões no meio do século 21. As cidades com mais de 100 mil habitantes, que hoje já reúnem mais de 50% da população total, em meados deste século deverão ter cerca de 120 milhões de pessoas.

O grau de urbanização varia de macrorregião para macrorregião. Enquanto o Sudeste já apresenta 90,52% dos habitantes em áreas urbanas, no Norte são 68,87%, no Nordeste 69,07%, no Sul 80,94% e no Centro-Oeste por força da rápida expansão da fronteira agropecuária e da mecanização intensiva no campo, que gerou forte êxodo rural 86,73%.

Essa, na verdade, é uma das principais componentes do "inchaço"das cidades. Em 1960 havia 38,76 milhões de pessoas nas zonas rurais e 31,30 nas cidades. Dez anos depois, as taxas praticamente já se haviam invertido, com 41,05 milhões (44,08%) no campo e 52,08 milhões (55,92%) nas áreas urbanas. Trinta anos mais tarde, no Censo 2000, chegava-se a mais de 80% nas cidades.

O problema é ainda mais complexo nas metrópoles. Assinalou o relatório preliminar brasileiro para a conferência Istambul + 5, em 2001, que as 12 regiões metropolitanas do país, com 200 municípios, já reuniam 52,7 milhões de pessoas. Mais 37 aglomerações urbanas de porte médio somavam outros 20 milhões. E, com isso, estavam em 49 aglomerações 74,3 milhões de pessoas, ou 44% da população total do país.

O êxodo rural, um dos componentes do processo, deixou atrás numerosos custos ambientais e sociais: erosão do solo (1 bilhão de toneladas anuais já em 1997, segundo documentos oficiais do governo brasileiro), degradação de bacias hidrográficas por assoreamento (o solo erodido e carregado pelos ventos e pela chuva), poluição por agrotóxicos e efluentes de criações, comprometimento de mananciais de abastecimento etc. Mas geraria custos ainda mais pesados nas áreas urbanas, com a expansão descontrolada das periferias, onde se instalaram os contingentes migrados, quase sempre de baixíssima renda, que foram ocupar loteamentos clandestinos ou licenciados sem nenhuma infra-estrutura, além de áreas de preservação permanente, áreas de mananciais e áreas de risco. Só em São Paulo, são 1,5 milhão de pessoas em 3.431 km^2 de áreas de mananciais, de preservação permanente ou de risco.

Um segundo componente decisivo do processo foi a migração interna determinada pelos diferenciais de renda entre as macrorregiões e pela maior possibilidade de emprego, especialmente no Sudeste com a concentração industrial e de serviços propiciada pelo salto tecnológico decorrente da imigração européia e japonesa, principalmente, e com a oferta de melhores infra-estruturas de saúde e educação. Em 1970, segundo o IBGE, Rio de Janeiro e São Paulo concentravam 61,3% do emprego industrial no país e 71,9% da produção industrial.

Mais recentemente, o avanço do desemprego e a queda dos salários reais acentuaram a expansão rumo às periferias, com a tendência de autoconstrução de moradias, para escapar ao aluguel (este passou a representar 26% da renda domiciliar média em 1998,

contra 11% em 1993). Ao longo da última década do século 20, nada menos de 1,3 milhão de moradias foram construídas em áreas ilegais, 78,9% das quais nas áreas metropolitanas. A autoconstrução ainda responde por mais de 50% do consumo brasileiro de materiais de construção.

Essa expansão desordenada das periferias gerou para o poder público já em graves dificuldades financeiras uma demanda excepcional por todas as infra-estruturas: energia, transportes, água e esgotos, limpeza urbana, segurança, educação, saúde, lazer. Demanda a que ele está muito longe de atender, contribuindo para a degradação das periferias, também assoberbadas pelo desemprego, pelos índices de violência (principalmente entre jovens, dentre os quais as taxas de desemprego são muito mais altas).

"A cidade fica cada vez mais cara, pois é preciso levar toda a infra-estrutura para mais longe", observa um urbanista. Com razão. Na cidade de São Paulo, por exemplo, a área central em poucos anos perdeu 19,7% de seus moradores, enquanto as áreas mais "nobres" (principalmente pelo temor à violência) perderam 20%.

Mais recentemente, ao desemprego somaram-se outros fatores que levaram a novos deslocamentos populacionais significativos, em direção às novas metrópoles ou às cidades de médio porte. A busca de mão-de-obra mais barata, a implantação de pólos regionais industriais especializados, o deslocamento de empresas para fugir a deseconomias de escala (principalmente no custo do transporte) nas maiores metrópoles tudo isso levou a um novo quadro. Rio de janeiro e São Paulo viram sua participação no emprego industrial reduzir-se em três décadas em mais de 25% e chegar em 2000 a 45,5%, com uma queda também na participação no produto industrial, de 71,9% para 54,7%. Na microrregião de São Paulo, a participação no produto industrial baixou de 26,8% para 13,9% em 15 anos.

Chegou o quadro urbano a tal ponto que, ainda recentemente, em entrevista à imprensa brasileira, o cientista político francês Alan Touraine disse que "a miséria do país já não é mais rural, é urbana. O grande problema do Brasil é a destruição ou sobrecarga das grandes metrópoles".

Reverter o quadro, porém, exigirá reformulações em praticamente todas as políticas públicas. Novas estratégias mesmo.

Exigirá, por exemplo, colocar no centro da estratégia nacional a escassez mundial de recursos e serviços naturais apontada por muitos relatórios internacionais (consumo mais de 20% além da capacidade de reposição do planeta). Para negociar, exigir, nas relações internacionais de comércio, a incorporação, pelos compradores, dos custos de programas que evitem as perdas ambientais e sociais.

Exigirá, nas áreas urbanas, colocar freios à especulação imobiliária e cobrar, na abertura de novas áreas, a implantação, pelo incorporador, das infra-estruturas.

Exigirá transformações econômicas tendentes a enfrentar a questão do desemprego e das disparidades regionais de renda.

Exigirá a redefinição do sistema de financiamentos habitacionais, já que hoje 95% do déficit está nas famílias com renda mensal de até 5 salários mínimos, mas o sistema atual praticamente só financia as que têm renda acima desse limite.

Exigirá rever as políticas de transporte urbano, em que os subsídios e incentivos embutidos no transporte individual levam progressivamente a congestionamentos, perda da velocidade média, redução da produtividade, inviabilização do sistema de ônibus (menos passageiros por quilômetro, maior custo por passageiro, necessidade de tarifas maiores em hora de redução do salário real etc) e, muito grave, à ocupação da maior parte do espaço público e privado pela infra-estrutura viária, estacionamentos e garagens (o que deveria ser meio transforma-se em fim).

Exigirá rever as políticas de educação e as infra-estruturas de saúde, inclusive para que estas últimas tenham capacidade de atender ao contingente cada vez maior de idosos.

Exigirá sistemas de segurança e penitenciários adequados às novas necessidades.

Não estranha, assim, que o novo governo federal comece por criar um Ministério das Cidades e que seu primeiro titular diga que será preciso criar consórcios entre municípios para resolver problemas comuns ou compartilhados, como os do saneamento, destinação do lixo, transporte coletivo.

Também não estranha que se corra em direção a novas fontes de recursos, criando taxas de iluminação pública, taxas de lixo, taxas pelo uso do subsolo e do espaço urbano (com publicidade). Nem que se tente agora repensar a "guerra fiscal" entre municípios, na qual a redução dos percentuais de cobrança do Imposto Sobre Serviços (ISSQN), para atrair empresas e postos de trabalho, está levando praticamente todos eles a situações financeiras muito difíceis.

A cidade, sonho de quase todos, vai-se tornando pesadelo para muitos.

Muitas estratégias têm sido propostas para reverter o quadro.

A Agenda 21 brasileira, por exemplo, propõe, entre muitas outras coisas, proceder a um reordenamento do solo urbano e à tributação progressiva de espaços não utilizados e dotados de infra-estrutura (em lugar de licenciar novos loteamentos); a descentralização administrativa (criação de subprefeituras com autonomia e participação social na discussão, aplicação e fiscalização do orçamento); a implantação de posturas que impeçam

a impermeabilização progressiva do solo (e sua contribuição para inundações) e exijam a manutenção, em cada imóvel, de sistemas de retenção de águas pluviais e áreas para percolação; o fim dos subsídios ocultos ao transporte individual. Muitas coisas.

Outros estudiosos e instituições têm feito também numerosas propostas. E muito terá de ser repensado.

A cidade, como diz o pensador basco Julio Baroja, tende hoje a tirar das pessoas o essencial, a interditar (pela insegurança e violência) o espaço público a crianças e idosos a poluir/destruir a paisagem (e eliminar o patrimônio arquitetônico histórico), uniformizá-la, principalmente nas periferias, com o tijolo aparente e as telhas de amianto.

Hoje, muitas cidades no mundo introduzem legislação para limitar a área urbana. Outras criam corredores exclusivos para ciclistas e pedestres (na cidade de São Paulo, dizem as estatísticas que 10 milhões, um terço dos deslocamentos diários das pessoas, são feitos a pé). Outras ainda interditam partes da área urbana ao transporte individual ou criam pesadas taxas para dar-lhe acesso.

Há até caminhos mais radicais, como os programas de ecovilas, que tentam estimular comunidades de até 2 mil habitantes a suprimir os transportes internos, a implantar unidades de tratamento de esgotos localizadas em cada imóvel (para evitar redes), a ser o máximo possível auto-suficientes na produção de alimentos e materiais, a trocar materiais com outras comunidades do mesmo tipo que funcionam em rede.

Enfim, são muitos caminhos. Alguns terão de ser escolhidos, para os primeiros passos em direção a reformulações que tirem as cidades brasileiras do rumo problemático em que estão.

MORAR NA CIDADE

Transformações radicais serão necessárias na chamada "área social", a começar pelo setor da habitação, em que as seqüelas do processo acelerado de urbanização são muito fortes.

Apesar de a Constituição brasileira já haver incorporado recentemente o direito à moradia aos direitos de cada cidadão, as condições em que se tem processado a urbanização, aliadas ao forte índice de concentração da renda no país (pelo menos um terço da população está abaixo da linha de pobreza), formaram um déficit progressivo de habitações, em particular nas áreas urbanas.

O êxodo rural determinado pelo rápido avanço da fronteira agrícola e mecanização intensiva das lavouras, especialmente as do agribusiness provocou uma inversão na distribuição

populacional brasileira, como já se registrou. Entre os dois últimos censos (1991 e 2000), as áreas rurais de todas as macrorregiões brasileiras perderam população. E desde o período 1960/70, a população rural como um todo experimenta crescimento negativo.

Esse processo de urbanização acelerada destacou o relatório preliminar do Brasil à conferência Istambul + 5, da ONU produziu "a interiorização do fenômeno urbano, a acelerada urbanização das áreas de fronteira econômica, o crescimento das cidades médias, o aumento da periferização dos centros urbanos, e a formação e consolidação das aglomerações metropolitanas e não-metropolitanas". Segundo esse documento, a "reestruturação econômica"do país no período gerou "novos padrões, sobretudo na estrutura do emprego urbano e na dinâmica migratória".

Nesse quadro, o percentual de "áreas urbanas informais" (assentamentos e domicílios ilegais) chega a 50% em muitas das aglomerações.

No conjunto das cidades brasileiras é ainda esse relatório quem diz, 1,33 milhão de domicílios particulares está so em áreas de "assentamentos subnormais", dos quais 79,8% nas principais regiões metropolitanas. A região metropolitana do Rio de Janeiro respondia por 24,9% dos domicílios em favelas; a de São Paulo, por 17%; e a de Recife, por 15,5%.

Nem sempre coincidem os números sobre o déficit habitacional brasileiro. Um estudo do BID e da Fundação João Pinheiro, divulgado no início de 2002, apontava um déficit de 6,6 milhões de unidades, correspondentes a 20,2 milhões de pessoas. Mais de 80% do déficit estavam em áreas urbanas, variando por regiões (o Maranhão era o Estado em piores condições, com 46,4% da população incluídos no déficit). Com exceção do Distrito Federal e Tocantins, todos os outros 8 dos 10 Estados em pior situação estavam no Nordeste.

Para a Secretaria Especial de Desenvolvimento Urbano, esse déficit correspondia a 14,8% dos domicílios particulares permanentes. O maior déficit estava em São Paulo, com 1,16 milhão de moradias.

Por regiões, percentualmente, o déficit maior estava no Nordeste (2,6 milhões de moradias, 39,5% do total), seguido do Sudeste (36,2% ou 2,4 milhões de domicílios), do Sul (10,4% ou 690 mil moradias), do Centro-Oeste (7,3% ou 488 mil) e do Norte (6,5% ou 433 mil domicílios).

Outro levantamento, do IBGE, também em 2002, apontou só na cidade de São Paulo 909 mil favelados, 117 mil moradores de cortiços, 41 mil de domicílios "improvisados"e 8 mil moradores de rua. Um total de 1,07 milhão de pessoas, ou 10,3% da população total da cidade (10,43 milhões). Esse contingente humano, que era de 7,7% da população paulistana em 1991, equivalia a uma 13.ª maior cidade brasileira, com população superior às de 16 das 26 capitais de unidades da Federação.

Ainda na região metropolitana de São Paulo, registrava-se que a região central perdera em 10 anos um de cada cinco moradores, enquanto a periferia leste e sul ganhara um para cada quatro (nessas duas últimas áreas viviam 6,9 milhões dos habitantes da cidade).

Um terrível complicador está em que 95% do déficit habitacional brasileiro correspondem a famílias que ganham até 5 salários mínimos mensais. No entanto, entre 1995 e 2000, nada menos de 80% dos financiamentos habitacionais se destinaram a pessoas com renda mensal acima desse valor. Foram 1,4 milhão de financiamentos, dos quais 90,5% com recursos do FGTS. Outras 3,7 milhões de construções se fizeram sem financiamento, em grande parte pelo sistema da autoconstrução.

Será extremamente difícil avançar na qualidade de vida urbana, redirecionar as políticas urbanas, sem conferir prioridade a esse ângulo dos problemas.

A recém-empossada secretária-adjunta do Ministério das Cidades entende que será mesmo indispensável criar uma agência nacional de financiamento habitacional. O ministro das Cidades, por sua vez, anunciou um Sistema Nacional de Habitação e a intenção de limitar os financiamentos da Caixa Econômica Federal, nessa área, às famílias com renda mensal de até 5 salários mínimos. Acima desse teto, o financiamento caberia ao sistema bancário privado.

Não se tem conseguido avançar na questão da ocupação de áreas de preservação permanente, áreas de mananciais e áreas de risco por habitações "informais". Ao contrário, o Estatuto das Cidades até facilita sua legalização o que, por um lado, atende ao ângulo social, mas por outro complica as questões do abastecimento de água (caso de São Paulo, entre outras) e da preservação ambiental de áreas relevantes, além de perpetuar a possibilidade de tragédias nas áreas de risco (desabamentos, deslizamentos, mortes), cada vez mais freqüentes em muitas áreas metropolitanas, na temporada de chuvas mais fortes.

MORAR COM QUALIDADE

A ausência e/ou precariedade dos serviços de saneamento básico constituem um dos maiores entraves à melhor qualidade de vida dos moradores de áreas urbanas no Brasil.

Segundo o último Diagnóstico do Sistema Nacional de Informação em Saneamento lançado em 2003 com os dados de 2001 pelo Programa de Modernização do Setor de Saneamento, nada menos de 10 milhões de pessoas, entre as 124 milhões pesquisadas

(pouco mais de 8%), não têm acesso a redes de água. Já no caso das redes de esgotos, o déficit é muito maior: 60 milhões de pessoas, ou quase 50% das que vivem em regiões abrangidas pelos serviços de empresas que atuam em 74,3% dos municípios, onde estão 91,8% da população urbana.

Mais de 4 mil municípios brasileiros, segundo esse diagnóstico, têm serviços de abastecimento de água e atendem a 90% da população urbana. Mas só 935 dispõem de serviços de coleta de esgotos (ou coleta e tratamento). E nas cidades atendidas por companhias estaduais de saneamento apenas 38,3% da população são atendidos por redes de esgotos.

Quanto ao tratamento de esgotos, a situação é ainda mais precária. A média nacional é de 25,6% (29,8% nas cidades atendidas por empresas estaduais e 17% nas atendidas por empresas locais).

Não estranha, assim, que sejam tão altos e preocupantes os custos no sistema de saúde gerados por doenças de veiculação hídrica (embora as estatísticas divirjam muito entre as fontes) ou que, segundo a SEADE (Fundação Estadual de Análise de Dados), na região metropolitana de São Paulo as diarréias sejam responsáveis por mais mortes (10.844 em 1998) que o crime (10.116).

De 1995 a 1998, segundo auditoria do Tribunal de Contas da União (documento DC-0566-17/02-P), ocorreram 24.396 óbitos de crianças de 0 a 5 anos e grande parte deles pode ser atribuída a doenças veiculadas pela água.

Não bastasse, continuam muito preocupantes os números sobre as perdas de água nos sistemas públicos brasileiros de abastecimento. Chegam a 40,6% do total da água que sai das estações de tratamento e se perde nas redes de distribuição, por vazamentos, rompimentos e até furtos, de acordo com aquele diagnóstico. Já uma auditoria do Tribunal de Contas da União em 2001 apontou que, das 27 companhias estaduais, 9 têm perdas superiores a 50% e 3 estão próximas dos 70%. Um estudo da Universidade Federal do Rio de Janeiro indica 46% de perdas nas redes públicas, equivalentes a 5,8 bilhões de metros cúbicos anuais.

Não há, entretanto, fontes de financiamento público ou privado para projetos de conservação/manutenção de redes de distribuição de água, embora vários estudos internacionais assegurem que custa de 5 a 7 vezes menos "conservar" um litro de água que produzir um litro "novo" com obras de captação, adução e tratamento.

A deficiência no tratamento de esgotos e sua deposição nos cursos d'água, por sua vez, contribui fortemente para a situação "crítica" em que se encontram todas as bacias hidrográficas no espaço entre a Bahia e o Rio Grande do Sul, segundo levantamento da

Agência Nacional de Águas. E com a poluição "fora de controle"em 70% delas. Parte considerável da poluição nessas bacias se deve à deposição, sem tratamento, de esgotos nos fluxos d'água.

Apesar de tudo isso, não tem avançado a discussão, no Congresso Nacional, do projeto de Política Nacional de Saneamento, emperrado nas disputas sobre a titularidade das concessões entre empresas estaduais e prefeituras, principalmente nas áreas metropolitanas. É uma disputa que se centra na expectativa de receita com as privatizações na área.

O processo de privatizações, entretanto, coloca algumas questões graves, a principal das quais pode ser resumida numa pergunta: quem financiará a implantação de sistemas de água ou esgotos para as populações mais pobres, exatamente as que não dispõem desses serviços? Hoje, as tarifas médias no setor já correspondem a mais de 10% do salário mínimo, segundo a Secretaria de Políticas de Desenvolvimento Urbano do governo federal. E não seria realista acreditar que as populações de baixa renda possam comprometer uma parcela ainda maior de seus rendimentos no pagamento de tarifas que remunerem esses investimentos.

Seja qual for a resposta, os cálculos que têm sido feitos apontam na direção de um investimento mínimo entre R$2,5 bilhões e R$4 bilhões anuais, durante 10 anos, para eliminar o déficit na área do saneamento. E não só esses recursos não estão disponíveis como não estão definidas as fontes de financiamento. Nos orçamentos públicos, eles estão longe de atender à necessidade. E ainda assim as verbas orçamentárias têm sido contingenciadas, ano após ano.

É uma situação preocupante, inclusive porque o consumo de água no Brasil multiplicou-se por 10 ao longo do século 20 e dobrou em duas décadas, de 1975 a 1995. Embora o país tenha a maior disponibilidade de água superficial do planeta, ela é distribuída desigualmente entre as regiões e a situação é "crítica" em um Estado (Pernambuco) e em várias microrregiões, inclusive no Estado de São Paulo.

Na região metropolitana de São Paulo, a ocupação de áreas de perservação permanente e áreas de mananciais reduziu em quase 50% a cobertura de Mata Atlântica na bacia que abastece a represa de Billings. E há novos problemas à vista: as obras do Rodoanel, segundo vários especialistas, impactam 21% de 15 áreas prioritárias para a conservação (inclusive áreas muito próximas do sistema Cantareira, que abastece 60% da população metropolitana) e induzem a urbanização na área, problemática para a conservação dos recursos hídricos.

Outra forte influência na qualidade de vida das populações das cidades está nas inundações e nos desabamentos em áreas urbanas, exatamente por causa da ocupação de áreas de risco e áreas de preservação, além da impermeabilização do solo.

Esta última é fruto da ocupação de todo o espaço nos terrenos em que se constrói e do asfaltamento de praticamente todo o solo urbano. Sem ter onde infiltrar-se, a água só pode correr para os fundos de vales (onde as margens de cursos também estão ocupadas) e juntar-se ao fluxo "normal" dos rios. Mas estes já não suportam sequer esse fluxo "normal", porque estão assoreados pela deposição de sedimentos (fruto do desmatamento ciliar), lixo e esgotos urbanos e, portanto, com sua calha reduzida. Além disso, a velocidade das águas aumenta, com as retificações e/ou canalizações dos próprios cursos ou de seus afluentes. É mais água, mais rápida, em calhas menores. Os rios têm de extravasar, principalmente para suas antigas áreas de inundação natural, também ocupadas.

As soluções propostas ou em execução "piscinões", drenagem etc., além de caras, têm levado a outros problemas. No primeiro caso , à necessidade de fortes recursos para manter limpos e desobstruídos os acessos aos piscinões e seu próprio leito, para os quais verte o lixo urbano. No segundo, ao aumento da vazão a jusante, preocupando os moradores de áreas e municípios ali localizados.

São todas questões com profunda influência na qualidade de vida dos moradores das cidades. Exigirão esforços e recursos consideráveis nas próximas décadas.

VIVER COM (OU SEM) RESÍDUOS

A cultura urbana tem implicado uma produção cada vez maior de resíduos, de lixo. Calcula-se que as áreas urbanas do mundo produzam hoje cerca de dois milhões de toneladas por dia só de lixo doméstico sem falar em lixo industrial, entulhos, lixo tecnológico, lixo tóxico, pneus etc. São 720 milhões de toneladas anuais, pelo menos, que geram um custo de coleta cada vez mais alto. E um grave problema: onde depositar tantos resíduos? Ninguém quer um aterro sanitário nas imediações. É difícil encontrar áreas em condições técnicas adequadas. Áreas cada vez mais distantes significam custos de transporte cada vez mais altos.

No Brasil não é diferente. E com uma "tecnologização" progressiva dos resíduos, que também gera novas dificuldades. O cidadão paulistano médio, por exemplo, produz hoje 6 vezes mais lixo plástico que na década de 70; muito mais alumínio, papel, papelão, outros metais, o que leva à necessidade de muito mais tempo para decomposição. Um tecido natural precisa, em geral, de 6 meses a um ano para decompor-se; chicletes, de 5 anos; madeira pintada, de 13 anos; nylon, de mais de 30 anos; plásticos e metais, de mais de 100 anos; vidro, de um milhão de anos.

Os "Indicadores Ambientais"do IBGE dizem que são recolhidas nas áreas urbanas do Brasil, diariamente, 228,4 mil toneladas de lixo que significariam a média pouco superior a 1,3 quilo por pessoa por dia, bastante acima da média apontada pelo Ministério do Meio Ambiente, que estaria em 700 gramas diários por pessoa e um total de 130 mil toneladas/dia.

Segundo o IBGE, apenas 40,5% desse lixo têm coleta e destinação adequadas. Portanto, 59,5% não têm destinação apropriada, aí incluído o lixo que vai para aterros apenas controlados, nos quais não há canalização e tratamento do chorume. Cerca de metade do lixo vai para lixões a céu aberto.

Levantamentos anteriores ao do IBGE dizem que cerca de 20% do lixo doméstico urbano não são sequer recolhidos. E não apenas degradam a paisagem urbana como, carreados pelo vento e pela chuva, contribuem para o assoreamento de rios e para as inundações urbanas.

Pelos indicadores do IBGE, a região Norte é que tem a situação mais delicada, com 86,6% do lixo sem destinação adequada. Mas em 28% dos municípios brasileiros, apontam outros estudos, não há sequer coleta.

Com todas as deficiências, o sistema de limpeza urbana já representa uma das maiores despesas de todas as municipalidades. Com o custo médio nacional de R$30,00 por tonelada recolhida (pago a empresas prestadoras desses serviços ou representado pelos gastos diretos das prefeituras no setor), e ainda que se tomem os números mais baixos para a produção diária de lixo no conjunto das cidades brasileiras, a despesa total será de R$3 milhões por dia (100 mil toneladas diárias multiplicadas por R$30,00). Mais o custo de deposição em aterros, para o qual não há estimativas, devido à diferença entre os vários formatos (aterros adequados, aterros controlados, lixões). Em 13 anos, o custo médio da coleta no país multiplicou-se por mais de 10, entre outros fatores pela maior distância a que o lixo vem sendo transportado (ninguém quer um aterro por perto), pelo acréscimo no custo de equipamentos e da mão-de-obra e pela remuneração das empresas prestadoras de serviços.

Só a cidade de São Paulo, segundo as últimas estatísticas, gera 15,7 mil toneladas de resíduos por dia, das quais 10 mil de lixo doméstico, 1.000 da varrição de ruas e o restante de outras fontes. Na média, mais de 1,5 quilo por pessoa por dia.

A rápida e desordenada expansão das periferias urbanas, assim como a ocupação de áreas de encosta, de risco, dificulta ou impede a extensão dos serviços de limpeza urbana às áreas mais distantes.

O custo crescente do serviço leva muitos municípios a tentar criar uma taxa para a coleta domiciliar e comercial do lixo. O Judiciário, entretanto, tem barrado essas tentativas, ao exigir que, por tratar-se de taxa, a quantidade de lixo seja medida e cobrada proporcionalmente à coleta.

São Paulo faz a tentativa mais recente de cobrar taxas de acordo com o volume produzido em cada residência, além de preços especiais para recolhimentos de quantidades maiores.

É uma tentativa de impedir o colapso na destinação, já que um dos dois aterros da cidade está-se esgotando e reduzirá muito a vida útil do outro sem que haja ainda novas áreas certificadas para isso (NovaYork está mandando seu lixo em caminhões para até 600 quilômetros de distância, com um custo diário de US$720 mil; Toronto, no Canadá, que teve seu aterro urbano esgotado, está mandando os resíduos para 800 quilômetros de distância, por trem, para serem depositados numa antiga mina de ferro).

É insignificante o volume de lixo destinado a usinas de reciclagem nas cidades brasileiras. Em São Paulo, por exemplo, apenas 700 das 15,7 mil toneladas diárias, menos de 5%, são compostadas.

O panorama urbano brasileiro, nessa área, só não é mais dramático graças ao trabalho da legião de centenas de milhares de "catadores", que trabalham de sol a sol, sem nenhuma proteção e garantia. Eles coletam mais de 80% do alumínio, 41% do vidro, 38% do papel e papelão, 26,3% das garrafas de PET e 20% de outras formas de plástico.

Está em tramitação no Congresso Nacional um projeto de Política Nacional de Resíduos Sólidos, que consolida mais de 50 outros projetos nessa área ali apresentados.

Em sua primeira versão, o projeto responsabilizava o produtor de lixo tecnológico (pilhas, baterias, computadores etc.) pela coleta e destinação; proibia importar pneus usados; exigia a implantação de coleta seletiva em municípios com mais de 100 mil habitantes; exigia o uso de embalagens retornáveis (excluindo as de metal e plástico) em recintos fechados como bares, restaurantes, padarias etc.; estabelecia limites para metais pesados em embalagens, entre muitas outras coisas.

Na discussão dessa proposta com setores da sociedade, aconteceram vários recuos, entre eles quanto à exigência de embalagens retornáveis, à proibição de importar pneus usados e à responsabilização dos produtores de embalagens pela coleta e destinação.

É um recuo de fortes conseqüências, diante do rápido avanço da sociedade em direção a embalagens de metais e plástico. Em 1982, por exemplo, o consumo de garrafas de cerveja no Brasil era de 6,6 bilhões de garrafas anuais, contra 193 milhões de latas; 20 anos depois, passou para 10,24 bilhões de garrafas e 7,13 bilhões de latas.

Quaisquer que sejam as decisões do Congresso, é uma área que terá custo progressivo para os moradores das cidades, seja sob a forma de taxas, seja pelas verbas nos orçamentos municipais. A tendência é de rápido crescimento na produção urbana de resíduos até mesmo porque não se consegue levar à prática o que seria o princípio prioritário de uma política de resíduos: reduzir a produção de lixo, o que exige políticas avançadas (como as de países escandinavos que proíbem embalagens metálicas para bebidas e refrigerantes, assim como embalagens de plástico para leite ou o fornecimento gratuito de sacos plásticos em supermercados além de responsabilizar o produtor de qualquer resíduo pelos custos de sua coleta e destinação).

VIVER COM SAÚDE

Na área da saúde está um dos maiores desafios das cidades. Por muitos ângulos: como enfrentar as doenças agravadas pelo viver em grandes aglomerações na sociedade de consumo (obesidade, depressão, alcoolismo); como equacionar o problema da migração de vetores das zonas rurais para as zonas urbanas; como enfrentar o risco de epidemias e pandemias; como resolver o problema da sobrecarga das redes urbanas de saúde, agravado pela demanda gerada por migrações e transferências de doentes de áreas menos dotadas de infra-estruturas e assim por diante.

É certo também que, graças a várias políticas públicas e a iniciativas da sociedade, o país e as cidades avançaram significativamente nas últimas décadas, sob certos aspectos.

Na última década do século 20, por exemplo, a mortalidade infantil no país reduziu-se 30,7%. A taxa nacional caiu para 32,7 crianças de menos de um ano mortas para 1.000 crianças nascidas vivas. Mas ainda persiste a desigualdade entre as regiões, já que essa taxa é de 20 por 1.000 no Sul, 23,5 no Centro-Oeste e 32,6 no Norte. No Nordeste, ainda está em 51,8 por 1.000 nascidas vivas.

Muitos fatores contribuíram para o decréscimo, como as políticas públicas que expandiram as redes de abastecimento de água e coleta de esgotos e ajudaram a reduzir o índice de doenças veiculadas pela água, principalmente diarréias, ou como a ampliação dos programas públicos que levaram as gestantes ao acompanhamento pré-natal, a maior presença de agentes de saúde nas áreas mais carentes de cuidados, principalmente na zona rural, os programas que ensinaram as mães a utilizar o soro caseiro e o intenso trabalho de organizações não-governamentais, com destaque para a Pastoral da Criança.

Mas também é certo que crescem muito doenças próprias, principalmente, do viver em cidades.

O alcoolismo, por exemplo, já estaria atingindo cerca de 15% da população, segundo o Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (São Paulo), mais que na média dos países, entre 12% e 13%. Certas estatísticas dizem que o alcoolismo gera custos da ordem de 7,3% do PIB, enquanto a indústria de bebidas recolhe em impostos 3,5% do PIB.

O certo é que, nas cidades brasileiras e em outros países, a Organização Mundial de Saúde coloca o alcoolismo entre os principais fatores de risco e de morte, Ao lado da obesidade, outro fator destacado a tal ponto que o prefeito do Rio de Janeiro lançou campanha contra a imagem do Papai Noel gordo e contra as redes de fast food.

O certo é que a obesidade já ultrapassa o fumo como principal causa de morte evitável 300 mil em 2000. E já se cogita impor a obrigatoriedade de discriminar nos rótulos de alimentos o teor de gorduras e sódio.

A obesidade infantil preocupa cada vez mais os especialistas. Pesquisa do Hospital Pedro Ernesto da Universidade Federal do Rio de Janeiro com 7 mil crianças entre 6 e 15 anos mostrou 38% de obesas, 35% com problemas de colesterol e triglicérides, 34% com propensão à hipertensão e 7,5% com diabetes. Mais complicado ainda, o grupo mais afetado era o de crianças provenientes de famílias de menor renda.

Embora ainda sejam índices inferiores aos dos Estados Unidos ali são 50% das crianças acima do peso, é muito preocupante. Nos EUA, o tratamento de obesidade já representa 12% dos gastos com saúde. No Brasil, não há indicações seguras.

Curiosamente, pesquisa da Unifesp em 20 capitais brasileiras durante 4 anos revelou que 49,8% das crianças entre 6 meses e 3 anos matriculadas em creches e pré-escolas municipais tinham algum grau de desnutrição e a causa principal era a deficiência de ferro. Em Recife, a porcentagem era de 81% das crianças matriculadas.

Outra área em que os problemas de saúde apresentam forte crescimento nas zonas urbanas, nas últimas décadas, é o da depressão. Algumas fontes chegam a mencionar 10% ou mais das populações urbanas afetadas.

Em Goiás, por exemplo, as estatísticas do sistema de saúde apontam os "transtornos mentais" como responsáveis por 20% das licenças médicas e 34% das aposentadorias por invalidez entre servidores públicos.

Em São Paulo, o Instituto do Sono da Universidade Federal aponta que pelo menos 20% dos paulistanos têm distúrbios do sono e pesadelos.

De qualquer forma, o consumo de drogas psicoativas, em forte crescimento, já estaria em 3 a 4 bilhões de reais/ano no país.

Nos últimos anos, principalmente, uma das razões mais fortes para preocupações na área urbana da saúde está na migração de vetores de doenças para as cidades, entre eles

a leptospirose, a oncocercose, a cisticercose, a dengue, a febre amarela, o rotavirus, o hantavirus. Assim como está no surgimento de bactérias e vírus super-resistentes que a ciência em vários países está associando ao uso excessivo de antibióticos, à utilização desses mesmos medicamentos em criações (principalmente de aves) e à contaminação de águas superficiais e subterrâneas por esses produtos, favorecendo o fortalecimento da resistência ou a proliferação de bactérias.

Esse quadro gera extremo cuidado na área da prevenção, porque os especialistas temem que sobrevenha uma nova pandemia, provocada por vírus ou bactérias novos ou super-resistentes.

A primeira pandemia, a gripe espanhola de 1918, levou 4 meses para se espalhar pelo mundo, atingiu 25% da população, que era de 1,8 bilhão, e matou 21 milhões de pessoas.

A segunda, a gripe asiática de 1957, espalhou-se em poucas semanas, atingiu 17% da população de 3 bilhões embora já houvesse antibióticos e matou 1 milhão de pessoas.

A terceira, a gripe de Hong Kong, pouco depois, atingiu 18% da população e matou 700 mil pessoas.

Hoje, dizem os especialistas, uma pandemia pode espalhar-se em 4 dias pelo mundo, pois 500 milhões de pessoas atravessam as fronteiras de seus países a cada ano, mais de 1 milhão por dia.

Há poucos anos, Hong Kong teve de sacrificar todo o seu plantel de aves. Mais recentemente, a Malásia teve de eliminar todos os porcos. Nos dois casos, pelo surgimento de novos vírus que começavam a atingir e a matar seres humanos.

É mais um dos dramas urbanos a que não escapa praticamente nenhum país e ao qual podem ser acrescentados muitos outros, como o recrudescimento da tuberculose, a expansão da Aids, os temores com os efeitos das emissões eletromagnéticas, a insegurança alimentar (por causa de doenças como a da "vaca louca" ou a presença de dioxinas).

Outro problema está no crescimento das doenças degenerativas, principalmente entre idosos, acompanhado da falta de condições da rede pública de saúde para atender a esse novo quadro. A previsão é de que o Brasil tenha 14,5% de idosos em 2040 (hoje eles são 5,1% da população).

Num quadro tão difícil, a taxa de leitos por habitantes tem caído em todo o país. Eles eram 54,4 por 1.000 habitantes em 1992, caíram para 47,1 em 2000 embora a participação dos leitos públicos no total tenha subido de 24,8% para 31,5%, ao mesmo tempo em que as internações passavam de 49,6 por 1.000 para 65,3 por 1.000 (mais 31,5%). Rio de Janeiro, Goiás e São Paulo são os Estados com maior oferta, enquanto Amazonas, Pará e Amapá são os de menor oferta.

Por isso tudo, adequar a oferta de serviços de saúde nas cidades será uma das tarefas mais difíceis para o país nas próximas décadas. Principalmente a oferta na rede pública, com o crescimento exponencial da demanda nas faixas majoritárias da baixa renda e em tempos de desemprego.

VIVER COM MOBILIDADE

Um dos ângulos mais complexos do viver em cidades está na questão dos transportes, por suas relações com a saúde das pessoas, sua qualidade de vida, sua produtividade, sua influência na expansão urbana, na produtividade dos usuários, na ocupação do espaço público, além dos custos financeiros que implica para os cidadãos e para a sociedade.

Começando pela saúde, os estudos mais recentes mostram que em apenas uma década a contribuição das emissões de gases poluentes emitidos por veículos para a poluição atmosférica na cidade de São Paulo aumentou de 50% do total para 90% das 3 mil toneladas diárias.

Ao mesmo tempo, estudos do Laboratório de Poluição Atmosférica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ao longo da década de 90 e nos dois primeiros anos desta década, mostram que aumenta em 8 por dia a média de mortes por doenças relacionadas com a poluição do ar na cidade de São Paulo, quando são ultrapassados os limites de poluentes tolerados pela legislação. Da mesma forma, aumenta o número de abortos espontâneos, assim como cresce extraordinariamente o número de internações de adultos e crianças em conseqüência de problemas respiratórios.

O prof. Paulo Salviva, que dirige estudos nessa área há muito tempo, estima que os custos para o sistema de saúde, em conseqüência da poluição do ar em São Paulo, sejam no mínimo de R$20 milhões/ano, mas provavelmente cheguem a R$500 milhões anuais.

Os estudos do Laboratório de Poluição indicam que as populações de menor renda sofrem mais que as outras, porque, além de serem tão afetadas quanto as demais pela poluição no espaço público, suas casas, com vedação mais precária, são mais atingidas pelos poluentes.

Cálculos de pesquisadores desse laboratório indicam que os custos gerados por esse problema na saúde pública podem chegar a mais de US$700 milhões anuais que seriam suficientes para atender às necessidades de recursos para a expansão do sistema de transporte de massa por trens e metrô, capaz de reduzir o fluxo de veículos e emissões.

Estudos feitos na Universidade de Birmingham com 500 mil pessoas, durante 16 anos, mostraram que 20% dos casos de câncer do pulmão em áreas urbanas se devem à poluição

atmosférica e que a incidência cresce 8% a cada aumento de 10 microgramas por metro cúbico na concentração de particulados com dimensão inferior a 2,5 micrômetros.

No Japão, a Universidade de Chiba, acompanhando crianças de uma escola a 50 metros de rodovia de alta densidade de tráfego, verificou que os meninos tinham taxa de bronquite asmática 3,7 vezes mais alta que a da média nacional das crianças de sua idade; as meninas, 5,9 vezes mais alta.

Tanto a poluição do ar tem aumentado como a qualidade do transporte nas grandes cidades tem caído ao longo das últimas décadas, com o crescimento do número de veículos em circulação. Na capital paulista, por exemplo, esse número triplicou em 20 anos. Com isso, a velocidade média dos ônibus caiu para metade (para 12 quilômetros por hora). E em 7 anos dobrou o tempo médio das viagens. Ao mesmo tempo em que se instituía o rodízio de veículos (primeiro, para reduzir a poluição; depois, para melhorar o trânsito), a cada dia na capital de São Paulo se licenciam em média 1.000 veículos novos. Para complicar ainda mais, o licenciamento de peruas, vans e microônibus para atender às periferias mais distantes não servidas por ôninus nem por trens urbanos agrava os congestionamentos e a poluição.

Em conseqüência, agrava-se também a perda de tempo pelos usuários. Um cálculo feito por especialistas mostra que na capital de São Paulo 4 milhões de trabalhadores, enfrentando diariamente 3 horas de congestionamentos na ida e na volta para o trabalho, significam 12 milhões de horas/homens por dia perdidos e 72 milhões semanais; durante 47 semanas anuais, serão 3,38 bilhões de horas/homem; e ao longo dos 35 anos de vida profissional desses 4 milhões de trabalhadores, significa uma perda de 118,3 bilhões de horas/homem.

Na vida de um trabalhador, as 3 horas diárias perdidas significarão 24 horas semanais, 6.768 horas por ano e 236.880 ao longo de 35 anos de vida profissional ou quase 1.000 dias de vida perdidos, quase 3 anos de vida.

Outra perda importante para as pessoas nas grandes cidades é a do espaço público, em função da prioridade (e dos subsídios não explicitados) para o transporte individual. Segundo estudo da Associação Nacional de Transporte Público, na capital paulista, se somado o espaço do sistema viário (ruas, avenidas) ao espaço de estacionamentos e garagens, chega-se a mais de 50% do espaço total. Isto é, o que deveria ser meio o espaço do transporte transforma-se em fim, ao ocupar mais de metade do espaço total, roubando campo para outras atividades, especialmente o lazer, os espaços de convivência.

Muitas propostas e soluções têm surgido em muitos países que enfrentam problemas semelhantes. Entre elas: prioridade absoluta para os sistemas públicos de transporte

de massa (metrô, trens suburbanos) nos orçamentos em todos os níveis; criar corredores exclusivos para ônibus articulados, com emissão de bilhetes antes do embarque para ganhar tempo; estímulo ao uso de combustíveis mais limpos (ao contrário do que se está fazendo agora no Brasil, ao reduzir a porcentagem de álcool na gasolina); pistas exclusivas para ciclistas; pistas exclusivas para pedestres (lembrando que em São Paulo, das 30 milhões de viagens diárias, 10 milhões são a pé); relocação de atividades, de modo que as pessoas possam trabalhar perto de suas residências e evitar deslocamentos; penalização do transporte individual, seja pelos custos no licenciamento, seja por taxas para trafegar em certas áreas da cidade; interdição de áreas ao tráfego de automóveis ou todos os veículos.

Enfim, é preciso redirecionar várias políticas públicas, para que o transporte volte a ser um meio, em favor da qualidade de vida dos moradores das cidades, e não um problema cada vez mais grave, com conseqüências indesejáveis.

VIVER SEM ESTRESSE

Além da poluição atmosférica, dois outros tipos de poluição a visual (ou da paisagem) e a química (esta, nos escritórios e outros ambientes fechados) contribuem para prejudicar a qualidade de vida dos moradores da cidade. Para o chamado "estresse urbano".

A poluição da paisagem tem vários componentes: a ocupação de todos os espaços disponíveis por outdoors, cartazes, faixas e placas comerciais; as pichações; o desaparecimento da paisagem natural, dos horizontes, com a permissão descontrolada para construir; a perda de qualidade da arquitetura popular, inclusive por causa da autoconstrução (que, em função do orçamento mínimo, reduz-se ao tijolo aparente, à telha de amianto e ao vitrô); a deficiência dos serviços de limpeza urbana; a quase ausência de serviços e infra-estruturas públicas nas periferias mais distantes, formadas em conseqüência do êxodo rural, das migrações internas e do parcelamento urbano sem exigências; a degradação e o abandono de extensas áreas, principalmente as centrais das metrópoles, com a migração de várias atividades (em função da violência e de outros fatores) e de parte do comércio para shoping centers. Há muitas outra causas, mas essas são as mais fortes.

Esse tipo de poluição só pode ser resolvido por meio de um conjunto de políticas públicas que inclua: limitação legal da área de expansão urbana, em planos diretores articulados; a exigência, aos incorporadores imobiliários, de implantar infra-estruturas (energia e saneamento básico, pelo menos) e de contribuir para as demais nos

loteamentos abertos; legislação que coíba a ocupação indiscriminada dos espaços urbanos com outdoors, cartazes, faixas e placas e crie taxas para essa ocupação, que viabilizem os custos de fiscalização; regras claras nos planos diretores para impedir a degradação da paisagem; projetos de revitalização de áreas dotadas de infra-estruturas mas abandonadas e/ou degradadas; taxação progressiva, via IPTU, de terrenos ociosos, mantidos como reserva de valor, em áreas dotadas das infra-estruturas públicas; criação de locais de expressão artística e pessoal para adolescentes e jovens, junto com política eficaz de repressão às pichações; políticas e programas de habitação popular, com financiamentos adequados.

Sem esse conjunto de medidas, as áreas urbanas, principalmente das metrópoles, seguirão nesse processo estressante de poluição visual, em que o olhar do cidadão não tem repouso, contemplação, descanso. Freqüentar o espaço público torna-se um sacrifício, um desgaste inevitável, porém.

Já a poluição química dos ambientes fechados acontece por causa da concentração de fungos, larvas e ácaros, gases introduzidos pelos sistemas de ar-condicionado e substâncias que se desprendem de tapetes, carpetes, pinturas de parede, cortinas e equipamentos eletrônicos. A elas se somam substâncias químicas desprendidas de pessoas, que reagem com outras e geram processos nocivos a elas e a equipamentos como apagar registros de computadores, afetar telefones e faxes, além de irritar a garganta, os olhos, o nariz e a pele.

Suspeitam os cientistas que a maior responsabilidade pela poluição química dos ambientes fechados seja dos compostos orgânicos voláteis, dos quais já foram identificados mais de 250 nos escritórios, desprendidos de materiais e pessoas (pela roupa, perfumes, desodorantes, restos de sabonete, xampu). E entre todos eles os mais nocivos são os radicais que se juntam com compostos orgânicos voláteis, para formar um "smog" fotoquímico. Em um metro cúbico de ar, podem ser encontrados até um trilhão de radicais (mais que na atmosfera externa noturna).

Muitos desses elementos, reagindo com ozônio que pode ser trazido pelo ar-condicionado, liberam formaldeídos, ácido acético, ácido nítrico. Em alguns lugares como nos Estados Unidos o processo já chegou a paralisar centrais telefônicas.

Cientistas da NASA, preocupados com esses efeitos nas câmaras de viagens espaciais, chegaram à conclusão, nas experiências em laboratório, de que o melhor antídoto está na presença de plantas no ambiente tulipas, filodendros, trepadeiras, bananeiras, que são capazes de remover os formaldeídos e têm outros efeitos benéficos.

REPENSAR AS CIDADES

Restariam vários outros ângulos também com influência no modo e na qualidade de viver nas cidades o da educação, o da segurança pública, o das políticas de emprego (que envolve todas as políticas econômicas, principalmente a industrial), o da correção de desigualdades regionais, o das infra-estruturas (energia, especialmente), a política ambiental. Muitas políticas.

Entre elas, parecem mais urgentes as políticas de segurança, de educação (tendo em vista a questão do desemprego dos jovens e sua influência na segurança), de emprego (pelas mesmas razões, para a população em geral) e a política ambiental esta, principalmente no que se refere à ocupação de áreas de risco, de preservação e de mananciais, assim como na questão da impermeabilização do solo das cidades.

Na verdade, todas as políticas públicas estão envolvidas na questão, afetam a imensa maioria de pessoas que vive nas cidades.

Se o grau do problema ainda é bastante diversificado em função do porte das cidades, também é verdade que as muitas questões abordadas já estão presentes em todas as aglomerações, mesmo nas menores. E se não houver políticas corretivas, caminharão todas em direção aos macroproblemas hoje observados nas metrópoles e que ameaçam torná-las ingovernáveis. Basta ver o que está acontecendo nas chamadas metrópoles emergentes, que surgem no rastro da inviabilização das cidades maiores pelas deseconomias de custo, mas seguem pelos mesmos caminhos.

Nossas cidades têm de ser repensadas e reformuladas. E esse processo terá como uma de suas condições fundamentais a descentralização administrativa, para aproximá-la do cidadão, que conhece melhor os problemas que estão perto dele, afetam seu cotidiano.

Esse processo exigirá também que se evolua em direção à participação progressiva da sociedade, dos cidadãos, na formulação das políticas, na definição dos programas, na destinação de recursos e sua fiscalização.

Só assim poderemos ter cidades que não nos roubem o essencial a visão da nossa sombra e o ruído dos nossos passos, não suprimam o horizonte, não tornem o espaço público proibitivo para crianças e idosos, não condenem as pessoas ao estresse, ao desperdício do seu tempo e à improdutividade.

Cidades que voltem a ser o sonho humano como foi o desejo dos que as inventaram.

ASSOCIATIVISMO CIVIL, CONSELHOS DE GESTÃO NA SAÚDE E AS CIDADES BRASILEIRAS

Maria da Glória Gohn
Prof. Titular UNICAMP e Pesquisadora do CNPq

RESUMO

O texto aborda diferentes formas de associativismo civil que atuam nas grandes cidades brasileiras. Destaca- se a participação da sociedade civil na gestão compartilhada de políticas públicas tais como os conselhos gestores na área da Saúde. Parte-se de dois supostos: 1º só podemos compreender a questão do associativismo civil se a inserirmos no quadro de desenvolvimento histórico de algumas formas de participação da sociedade civil em passado recente. 2º É necessário examinarmos as formas mais recentes de participação a exemplo das organizações do Terceiro Setor, os inúmeros conselhos e fóruns de participação nos marcos institucionais que estabeleceram novas relações entre o governo e a sociedade civil e criaram canais de gestão compartilhada. O eixo analítico adotado objetiva qualificar o sentido da participação da sociedade civil organizada, centrado na descentralização e na democratização das políticas públicas, assim como suas tendências e possibilidades para a resolução dos problemas urbanos.

DESCRITORES: participação cidadã; associativismo civil; políticas públicas; conselhos gestores na saúde; gestão compartilhada.

1. AS CIDADES BRASILEIRAS: O CENÁRIO DA NOVA QUESTÃO SOCIAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS

Em meio século, o Brasil sofreu um dos mais rápidos processos de urbanização do mundo: as cidades abrigavam 46% da população total em 1940, em 1975 já era 61% da população nas cidades; esse índice pulou para 75% em 1991; em 2000, 80% passaram a viver nas cidades. Em 2000, segundo o IBGE (1), 35,4% do total da população brasileira estava concentrada em 15 metrópoles (abrangendo 204 municípios). Dos 42 milhões de brasileiros pobres do país, 29% vivem nessas metrópoles. Só a Região Metropolitana de São Paulo, em 25 anos, passou de 10 milhões para 17,2 milhões de habitantes.

As estatísticas nos explicam por que, no início deste novo século, a grande questão social localiza-se na cidade e não no campo. Essa constatação é também de analistas internacionais: " A miséria mais maciça não está mais no Piauí ou no Ceará, mas em São Paulo ou na Baixada Fluminense", A. Touraine (2). Noventa por cento de tudo o que é produzido no país advêm das indústrias, localizadas majoritariamente nas cidades. É nas metrópoles, como São Paulo e Rio de Janeiro, que os problemas sociais e urbanos se acirraram: altos índices de desemprego, aumento da pobreza, dos índices e das formas de violência urbana. Nos contornos dessas metrópoles ocorre a diluição entre áreas urbanas e rurais, devido à metropolização, e agravamento da situação ambiental: lixo, água, esgoto, poluição atmosférica, diminuição drástica das áreas verdes, ocupação desordenada etc. As metrópoles são, atualmente, objeto de movimentos e lutas sociais. Mas elas são também palco de novas formas de associativismo civil, por parte da sociedade civil organizada com iniciativas inovadoras que vão das cooperativas de produção, fóruns e assembléias permanentes, redes de ONGs, observatórios da cidadania de acompanhamento de políticas públicas etc. aos atos de resistência pacífica, desobediência civil, movimentos sociais de protestos etc. A sociedade política também é fonte de inovação, com ações coletivas institucionalizadas, nas parceria entre órgãos do poder público e representantes da população organizada, a exemplo dos conselhos gestores.

Paralelamente encontramos também, nas grandes cidades, ações planejadas e executadas por diferentes grupos do crime organizado que se formam na ilegalidade. Os índices crescentes de violência urbana, desigualdades e tensões sociais alteraram completamente os hábitos e o comportamento de rotina cotidiana dos cidadãos, de todas as classes e camadas sociais, assim como estão alterando o perfil arquitetônico da cidade. Os dados apontam uma correlação entre pobreza, desemprego, baixa escolaridade e espaço urbano deteriorado. Há outros fatores, como o aumento do consumo e de distribuição de drogas, especialmente entre os adolescentes, para explicar a criminalidade, que não se restringe às regiões mais pobres; perda de valores e referenciais na sociedade onde predominam a busca da satisfação imediata de objetos de consumo (material ou simbólico), individualismo crescente e fragmentação de formas tradicionais de pertencimento sociocultural, tais como: religião, família nuclear e extensa, grupos de amigos da escola, clubes etc.

Entidades brasileiras (3) que estudam e atuam na área do urbano têm destacado que "organizações populares, tradicionais e novas, enfrentam desafios inéditos que vão desde as relações de novo tipo, propostas por órgãos governamentais e agências multilaterais, até a necessidade de consolidação de processos massivos e sistemáticos

de participação comunitária. Simultaneamente, assiste-se ao surgimento de novas formas de organização e discursos políticos vindos de grupos sociais tanto das áreas centrais quanto periféricas das cidades. Aqui unem-se movimentos de moradia, saneamento, transporte, de jovens, mulheres, negros, grupos culturais, atividades artísticas e ativistas ambientais e sindicais que fazem do urbano e das políticas públicas tema e objeto renovado de ação" (4).

As políticas sociais das últimas décadas foram acionadas sobre a orientação da descentralização e de novas formas de gestão dos fundos públicos. A reestruturação do papel do Estado, não mais como produtor de muitas ações, mas como gestor e repassador de recursos, levou à emergência de novos parceiros, à privatização de serviços essenciais, e à estratificação no atendimento segundo os imperativos da lógica do mercado (5). Políticas excludentes promoveram uma modernização conservadora, no qual a inclusão deixou de ser um direito de todos, a pobreza perdeu o caráter universal e subdividiu-se entre pobres e miseráveis. Só estes últimos, usualmente, têm sido incluídos como "usuários" dos sistemas de assistência social. Certamente que há dados positivos no cenário social, mas eles são obscurecidos no caos das imagens negativas. Vários avanços localizam-se na área da saúde, tanto por parte do governo (6) como na sociedade civil (7). No saneamento básico, quase toda população tem água encanada e eletricidade. Na área da educação, apesar da carência de vagas nas escolas, o número de crianças e adolescentes nas escolas quadruplicou; o número de trabalhadores analfabetos caiu de 7,6% para 3,6%; a mão-de-obra se tornou mais qualificada, a despeito do acelerado processo de desenvolvimento tecnológico; a participação das mulheres na população economicamente ativa passou de 31,6% para 48,9% etc.; a população ficou um pouco mais velha e vive mais; a distribuição de renda (individual) diminuiu ligeiramente, entre as regiões da cidade permanecem as disparidades (dados do IBGE, Fundação SEADE e DIEESE).O indicador internacional da ONU, IDH – Índice de Desenvolvimento Humano, apresenta também alguns avanços significativos ocorridos entre 1991-2000. Ao lado dos dados, negativos e positivos, o Censo de 2000 está revelando problemas sociais novos que explicam, em parte, o aumento dos índices de crianças nas ruas, a exclusão social, a violência, a criminalidade etc. Por exemplo: 57,64% dos brasileiros com mais de 15 anos têm menos de oito anos de estudo, o que significa que sequer completaram o ensino fundamental; a família nuclear vem perdendo importância e o número de domicílios chefiados por mulheres tem aumentado – com isso, há dissolução de laços de pertencimento e aumento da responsabilidade e tarefas das mulheres; o número de crianças que ajudam no orçamento doméstico realizando pequenos serviços nas ruas cresceu, o espaço entre esses "trabalhos" e os delitos é pequeno.

2. O CENÁRIO DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL

Como a população está reagindo a esse novo cenário? Já se tornou lugar comum ouvirmos que a sociedade civil está-se firmando até no plano internacional como impulsionadora de inovações e mudanças. Mas o que é e quem compõe essa sociedade civil? Essa pergunta é nosso ponto de partida, pois temos de clarificar quem são os atores sociais de que estamos tratando. No Brasil, a noção de sociedade civil vem sofrendo reformulações que seguem, em linhas gerais, momentos da conjuntura política nacional e a trajetória das lutas políticas e sociais do país (8). De uma forma geral, ele surge no período denominado trajetória das transições democráticas, ao final dos anos 70, quando o termo foi introduzido no vocabulário político corrente e passou a ser objeto de elaboração teórica. Na linguagem política, ele se tornou sinônimo de participação e organização da população civil do país na luta contra o regime militar.

Um dos principais eixos articuladores da sociedade civil, naquele período, foi dado pela noção de autonomia: tratava-se de organizar-se independentemente do Estado (na maioria das vezes de costas para o mesmo). Na realidade, a autonomia também era um discurso estratégico. A democracia direta e participativa, exercitada de forma autônoma, nos locais de moradia, trabalho, estudo etc., era tida como o modelo ideal para a construção de uma contra-hegemonia ao poder dominante. Participar das práticas de organização da sociedade civil significava um ato de desobediência civil e de resistência ao regime político predominante.

Nesse período, novos atores entraram em cena, destacando-se os movimentos sociais populares urbanos reivindicatórios de bens e serviços públicos e por terra e moradia, assim como parcelas dos então chamados novos movimentos sociais, em luta pelo reconhecimento de direitos sociais e culturais modernos: raça, gênero, sexo, qualidade de vida, meio ambiente, segurança, direitos humanos etc. O pólo de identificação desses diferentes atores sociais era a reivindicação de mais liberdade e justiça social. O campo dos novos atores ampliou o leque dos sujeitos históricos em luta, pois não se tratava mais de lutas concentradas exclusivamente nos sindicatos ou nos partidos políticos. Houve, portanto, uma ampliação e uma pluralização dos grupos organizados, que redundaram na criação de movimentos, associações, instituições e ONGs.

3. A CONSTRUÇÃO DO URBANO NOS ANOS 80

Nos anos 80, as pressões e mobilizações populares dirigidas aos poderes públicos tiveram, em vários casos, respostas que resultaram na construção de redes urbanas de serviços públicos. Os projetos das ONGs e dos movimentos populares eram dirigidos para setores que contribuíam para a construção/edificação do espaço urbano à medida que eles se

destinavam à implantação de equipamentos e serviços urbanos, como as creches (escolas de educação infantil) para as crianças de 0 a 6 anos, escolas de primeiro grau da época, parques populares, moradia popular horizontal via mutirões habitacionais para casa própria, postos de saúde equipados em regiões carentes, luz e água encanada em favelas com "tarifas sociais", campos de futebol, extensão de linhas de ônibus, a construção de centros comunitários, centros de vendas de produtos populares, oficinas de produção de objetos artesanais etc. Até cemitérios em regiões periféricas foram construídos. Eram equipamentos públicos demandados pelos movimentos reivindicatórios urbanos. Quando atendidos, alguns dos projetos incorporavam a participação dos demandatários como funcionários dos novos equipamentos, mas eles eram financiados pelo Estado.

Entretanto, a lógica geográfico-corporativa da maioria dos movimentos populares comunitários e a falta de instrumentos de regulamentação jurídica nas relações povo-poder dificultavam os processos de gestão democrática dos equipamentos públicos. Ao final dos anos 80, quando alguns partidos de oposição ascenderam ao poder, algumas lideranças populares foram chamadas a participar/colaborar em formas de co-gestão pontuais e informais, organizadas em parceria entre o governo e a sociedade civil, e outras foram convidadas a assumirem cargos na administração direta. Nos dois casos, as lideranças tiveram dificuldades para pensar a cidade como um todo; elas tendiam a abordar os problemas urbanos de forma fragmentada, respaldando-se em suas práticas habituais: olharem apenas para a realidade de seus bairros, não se preocupando com uma definição global para a aplicação dos recursos ao nível de toda cidade. Outro problema presente na relação Estado-movimento popular foi a confusão de papéis entre ser dirigente público e ser liderança de um movimento.

A retirada dos militares do poder, a partir de 1985, alterou o significado atribuído à sociedade civil. Com a progressiva abertura de canais de participação e de representação política, resposta às pressões populares, e com a nova Carta Constitucional de 88, os movimentos sociais (especialmente os populares) perderam paulatinamente a centralidade que tinham nos discursos sobre a participação da sociedade civil. Passou a haver uma fragmentação do "sujeito social histórico", centrado nos setores populares, com papel relevante no processo de mudança social, fruto de uma aliança entre o movimento sindical e o movimento popular de bairro (trabalhadores e moradores). Surge uma pluralidade de novos atores, decorrente de novas formas de associativismo civil que emergem na cena política. A autonomia da sociedade civil frente ao Estado (antes militar) deixa de ser um eixo estruturante fundamental para a construção de uma sociedade democrática. Novos e antigos atores sociais fixarão suas metas de lutas e conquistas na sociedade política, especialmente no campo das políticas sociais públicas.

4. A TRANSIÇÃO PARA UM OUTRO MODELO PARTICIPATIVO

A ampliação de atores da sociedade civil se acentua ao longo dos anos 90. O conceito de cidadania também foi ressignificado, tanto pela sociedade civil, que passou a falar em termos de "participação cidadã" e não apenas "participação popular"; como pela sociedade política, ao ser incorporada nos discursos oficiais em termos próximos à idéia de "participação civil" (como sinônimo de exercício da civilidade, responsabilidade social dos cidadãos etc.). Nessa concepção, ela passou a ser utilizada tratando não apenas dos direitos mas também dos deveres dos cidadãos.

No novo cenário, a sociedade civil se amplia para entrelaçar-se com a sociedade política, com os aparelhos governamentais, via políticas públicas. Desenvolve-se o novo espaço público denominado público não estatal, no qual irão situar-se conselhos, fóruns, redes e articulações entre a sociedade civil e representantes do poder público para a gestão de parcelas da coisa pública que dizem respeito ao atendimento das demandas sociais. Essas demandas passam a ser tratadas como parte da "Questão Social" do país.

A importância da participação da sociedade civil se faz nesse contexto para democratizar a gestão da coisa pública, para inverter as prioridades das administrações no sentido de políticas que atendam não apenas às questões emergenciais. A participação se faz necessária para o controle na aplicação dos recursos públicos, pois vários analistas têm afirmado que nos últimos anos os investimentos na área social têm ocorrido, mas os resultados não indicam melhorias na situação da pobreza. Faltam fiscalização e controle social sobre o uso dos recursos, competência na gestão desses recursos, avaliação dos resultados e sistematização das tecnologias sociais utilizadas de forma a classificar as que dão resultados e as que não têm dado (e o porquê do não resultado). Já existem iniciativas a respeito, como a criação de bancos de dados que catalogam o resultado e a eficiência de projetos, certificando-os. Essas iniciativas são vitais para orientarem ou reordenarem as políticas públicas.

Quais são os atores considerados como os principais protagonistas da sociedade civil no início do novo milênio? São ONGs, movimentos sociais, comissões, grupos e entidades de direitos humanos e de defesa dos excluídos por causas econômicas, de gênero, raça, etnia, religião, portadores de necessidades físicas especiais; inúmeras associações e entidades com perfis variados do terceiro setor; fóruns locais, regionais, nacionais e internacionais de debates e lutas para o encaminhamento de questões sociais; entidades ambientalistas e de defesa do patrimônio histórico e arquitetônico; redes comunitárias de bairros, conselhos populares e setores organizados que atuam nos conselhos institucionalizados das áreas sociais; até as chamadas empresas e fundações cidadãs.

Fóruns e Plenárias são os nomes das frentes que articulam essas redes no urbano, destacando-se os Fóruns da Reforma Urbana (e da Agrária), de reurbanização dos centros históricos, os Observatórios de Políticas e Gestão Urbanas, os Fóruns em Defesa da Vida, contra a violência etc. Essa heterogeneidade de entidades diferencia-se em termos de visões de mundo, valores, projetos sociopolíticos e culturais e cultura política em si.

5. O NOVO PAPEL DAS ONGS

Sabemos que nos anos 90 os orçamentos públicos passaram a ter cortes e controles progressivos. A escassez de recursos atingiu mais as grandes cidades e capitais do país, transformando-as em pólos de pobreza e miséria. Esse cenário levou as administrações locais a buscarem, por meio da participação institucionalizada, novas políticas sociais, que incorporaram entidades oriundas das antigas ONGs militantes, como representantes da sociedade civil organizada, em parceria com órgãos estatais, na gestão pública da cidade. É preciso destacar também que essas políticas foram demandas por movimentos e entidades da população organizada desde os anos 70. Nos anos 90, a sociedade civil organizada criou Fóruns e Plenárias, e o Estado iniciou a implementação dos Conselhos gestores, previstos na Constituição de 88, de forma institucionalizada, para atuarem nas novas esferas públicas, no âmbito das instâncias estatais. Esses conselhos também foram demandados pela sociedade civil.

Os Fóruns e Plenárias da sociedade civil têm procurado atuar estrategicamente, abrindo novos espaços na luta contra os efeitos da exclusão social. A partir da década de 90, as ONGs não se apresentam apenas como entidades de apoio ou subsidiárias de movimentos, ou de programas de educação popular, como no passado, mas elas assumiram funções propositivas e se apresentam com identidade própria. Algumas, dado seu passado de educadores populares, aprenderam a aprender e rapidamente construíram um saber técnico, especialmente em questões sobre a Reforma Urbana. A atuação dos Fóruns e conselhos tem provocado impacto nas instâncias legislativas e na mídia, assim como alterações na cultura urbanística, pois agora não se trata mais de falar de dois tipos de planejamento, um tecnocrático e um popular/alternativo. Os Fóruns fundiram o saber popular, presente nas demandas e sugestões, ao saber técnico especializado, resultado de estudos e diagnósticos de comissões de especialistas. Os Fóruns e conselhos se transformaram em novos sujeitos coletivos promotores de cidadania à medida que lutam pela inclusão de setores tradicionalmente excluídos no acesso e uso da cidade. Registre-se, entretanto, que há uma forte preponderância dos especialistas nos Fóruns, se compararmos com a participação das lideranças populares nos mesmos.

Em relação às ONGs, é preciso destacar que, nos anos 80, elas foram organizações de apoio aos movimentos populares, ajudaram a construir um campo democrático popular. Nos anos 90, elas se tornam atores independentes, com ações e intervenções diretas na sociedade, especializaram-se em áreas temáticas, buscaram quadros qualificados para seus projetos etc. É preciso registrar também que, durante o período de hegemonia dos movimentos sobre as ONGs, no Brasil, não se tratava de um tipo qualquer de ONG, mas das ONGs cidadãs, movimentalistas, militantes. O paradigma básico de suas atuações preocupava-se com a transmissão de saberes e de valores aos movimentos com que interagiam tratados como sujeitos de uma história em construção, dotados de um saber próprio, que necessitava ser despertado. O paradigma atual que norteia as ações das ONGs autodenominadas, em sua maioria, como Terceiro Setor – busca subsídios num leque grande de autores e interpretações, destacando-se a do modelo interpretativo racional, enfatiza a pluralidade da realidade e dos atores sociais, preocupa-se com as práticas comunicacionais em termos de interatividade (captando-se os aspectos racional e a subjetividade presente nas ações). Por isso, a reação do outro face a um desafio deve ser trabalhada e não simplesmente aceita como natural pelo mediador da ação cultural (antes denominado educador popular). A reciprocidade passa a ser um indicador.

Avaliações, impactos, resultados e desafios são partes do roteiro a ser seguido pelas novas intervenções diretas das ONGs do Terceiro Setor. Mobilizar pessoas envolve não apenas um chamamento para uma ação diretamente relacionada com um interesse de sua categoria ou classe social. No novo paradigma, mobilizar as pessoas deve ser uma tarefa integral: mobilizar corpos, emoções, pensamentos e ação de forma a provocar mudanças nos hábitos e no comportamento dos indivíduos, alterando o resultado de sua participação política, inserindo-o na comunidade próxima, ajudando a desenvolver um espírito fraterno e comunitário. No novo paradigma, não importa a ideologia política. O imperativo atual é criar sujeitos políticos ativos com capacidade de intervir no econômico (principalmente via economia informal), para melhorar a sua qualidade de vida e a da sua família, gerando alguma renda monetária. Esse processo tem sido denominado de "criação e gestão de capital social".

Capital Social é uma construção metafórica. Ele não consiste em recursos que são alcançados por indivíduos ou por grupos, mas num processo de interação para obter resultados. Não se trata de uma " quantidade", mas de um processo relacional. Capital financeiro e capital humano podem ser definidos em termos de quantidades, com localizações definidas em espaços e relações sócioeconômicas que ocorrem no mundo do mercado e dos negócios financeiros e em seus quadros humanos. Capital social não pode ser tão definido dessa forma. Capital social não se localiza em indivíduos, mas na relação

que se estrutura entre os indivíduos, nas organizações sociais. Ele envolve interações entre os indivíduos e constitui capital porque produz resultados e benefícios para os indivíduos. Mas não se trata de qualquer tipo de interação. Elas devem ser orientadas para objetivos estratégicos e o grupo deve compartilhar orientações normativas voltadas para estruturas de produção compartilhada entre os grupos. O tipo de solidariedade gerada é diferente da solidariedade construída a partir de identidades semelhantes, interesses comuns. Os estudiosos desse tema (9-13) consideram que, como as relações entre os indivíduos ocorrem em redes sociais, há portanto que se considerar as organizações que organizam as redes, as conexões da rede, a natureza dos relacionamentos e as normas, para que se possa ter no capital social. Segundo Bankston e Zhow (2002), trata-se de um processo mais complexo que o tratamento dado pela sociologia de Durkheim ao normatizar comportamento objetivando a integração social dos indivíduos via processos de cooperação; neste caso, a cooperação ocorre via o compartilhamento de normas, que por sua vez gera a solidariedade (como uma conseqüência funcional).

Nas teorias sobre "capital social" (10-11 e 12), as normas compartilhadas são áreas da produção do capital como normas promotoras de comportamentos produtivos. Redes sociais, relacionamentos e normas são etapas na produção de comportamentos voltados para objetivos pré-orientados, objetivos estratégicos (centrados na produção). As normas são produzidas nos relacionamentos estruturados em instituições. Família e vizinhança são usualmente discretas como lugares para redes de relacionamentos. Comunidades de base e associações formais ou voluntárias: étnicas, religiosas ou cívicas também.

6. O NOVO ASSOCIATIVISMO, TERCEIRO SETOR E O FUTURO DAS CIDADES

Em termos do futuro das cidades e das populações que nelas habitam, a indagação que podemos fazer é: o que está sendo gerado com as ações tão diferenciadas e contraditórias do Terceiro Setor? Podemos dividir a resposta segundo algumas áreas: a percepção da sociedade, a estrutura física, relativa a territorialidade-urbano/espacial da cidade, o planejamento urbano, as redes sociocomunicativas, a estrutura produtiva etc.

Do ponto de vista das relações sociais, o trabalho tanto das antigas ONGs cidadãs/militantes como das ONGs do Terceiro Setor tem gerado uma ampliação do campo da ação coletiva na sociedade civil. São relações que se constituem a partir de um chamamento à solidariedade. De uma forma geral, elas são percebidas como relevantes, pois atuam sobre problemas cruciais da realidade das ruas nas cidades: desemprego, fome, crianças nas ruas, violência, drogas etc. Não podemos negar que elas contribuem para a construção da cidadania,

desenvolvem o sentimento de pertencimento e responsabilidade dos indivíduos e grupos, estimulam a construção de identidades fundadas na noção de "responsabilidade e obrigação social", além de gerar um campo de sociabilidade importante no cotidiano de centenas de pessoas que, usualmente, possuíam apenas a televisão como referência de interação com o mundo exterior. Essas ações se contrapõem à orientação predominante na sociedade atual, de cunho individualista, continuamente estimulada a agir/reagir segundo as regras da competição e do "eu" pessoal, dos próprios interesses (até como forma de se proteger do clima de violência e medo do desemprego).

Do ponto de vista espacial/territorial, observa-se nas grandes metrópoles brasileiras, na última década, uma mudança do padrão de urbanização, de segregação concêntrica contínua no território para padrões mistos (áreas nobres se formam em lugares antes de camadas médias baixas, e ocupações populares invadem brechas nessas áreas e lá permanecem como enclaves). O trabalho das ONGs se espalha por toda malha urbana, não se localiza só nas regiões periféricas pobres como nos anos 70/80. Áreas centrais concentram atualmente grande volume de trabalhos com crianças que trabalham nas ruas, moradores de rua em espaços inadequados e prédios encortiçados. Áreas mistas, com população de alta renda e favelas, como na região do Morumbi, São Paulo, concentram trabalhos de ONGs mais institucionalizadas e projetos sociais de empresas cidadãs (que possuem políticas de responsabilidade social e investem no social). Usualmente, os projetos das ONGs do Terceiro Setor não geram novas edificações ou lugares fixos, marcos referenciais educativos, permanentes. A maioria dos projetos e programas funciona em locais provisórios, cedidos, alugados etc. Áreas verdes são concedidas ou alugadas para entidades desenvolverem os programas sociais. A maioria desses programas tem sido na área da educação (14), tanto formal (nas escolas) como na educação não-formal (programações na área das artes e cultura em geral com crianças e adolescentes; projetos com mulheres sobre hábitos alimentares, prevenção e cuidados com doenças, esportes e áreas de recreação etc.). Esses projetos buscam minorar a situação de pobreza e desemprego dos novos tempos, e todos têm como premissa a auto-sustentabilidade futura de suas clientelas. Por atuarem predominantemente sobre os efeitos perversos das carências materiais, as ações concentram-se nos indivíduos, doando-lhes bens ou inserindo-os em redes de produtivas que gerem trabalho e renda. Excetuando-se as ONGs ambientalistas, de recuperação do patrimônio arquitetônico ou de áreas da região central degradadas, a visibilidade dos trabalhos da grande maioria das ONGs, em termos do visual da cidade, é pequena. Por isso elas utilizam muito a mídia para divulgar os resultados de suas intervenções.

Em termos de planejamento de suas atividades, o Terceiro Setor é móvel, fluído, flutuante e fragmentado. Trabalha-se no curto prazo, a partir de projetos específicos,

em cima de situações-problemas que são resultados de outros processos. Dificilmente estruturam-se programas de longa duração. Apesar das ações serem propositivas, elas incidem em problemas já configurados. Isso tudo dificulta o planejamento urbano de uma cidade, pois a incerteza passa a ser o critério básico. Uma exceção é o setor do meio ambiente: nesse caso, observamos ações preventivas e educativas com grande capacidade de auxiliar o planejamento urbano, diferentemente das formas semi-espontâneas que foram criadas ao final dos anos 80 entre alguns órgãos públicos e representantes de movimentos populares para a gestão urbana. Naquela época, as lideranças não consideravam a necessidade de incorporar uma visão geral que considerasse os efeitos e impactos das decisões tomadas. A questão ambiental é um bom exemplo: a qualidade ambiental dos assentamentos, usualmente, não estava presente na agenda das reivindicações populares. As demandas eram agregativas, o que importava primeiro era o acesso à terra ou à moradia; os equipamentos coletivos eram reivindicados em segundo lugar. Solo, água, qualidade do ar, esgotos, destino do lixo etc. se tornavam problemas de difícil solução, pois não eram previstos inicialmente.

Entretanto, estudos realizados pelo Fórum Nacional de Reforma Urbana têm detectado que as "parcerias que vêm sendo estabelecidas entre setores públicos e privados têm excluído justamente os grupos mais vulneráveis, realimentando o ciclo de exclusão social e segregação territorial" (15).

Os movimentos sociais nos anos 80 se subdividiam segundo a localização espacial onde atuavam e correspondiam aos espaços territoriais de segregação ou integração urbana. O Terceiro Setor não possui esses marcos. Com raras exceções, dadas pelo potencial econômico da instituição de maior apoio à nova ONG, o Terceiro Setor funciona em locus de planejamento e se organiza a partir de uma agenda estratégica, situado em escritórios e casas alugadas; eles mudam de lugar físico segundo a conjuntura de seus caixas. As equipes do Terceiro Setor são compostas de funcionários assalariados e voluntários e têm também maior mobilidade, porque trabalham segundo projetos focalizados e com prazos determinados. As coordenações mudam pouco, mas os "operacionalizadores" dos programas vivenciam seu tempo na ONG, usualmente, não como militante político mas como um ativista propositivo temporário. Os termos não são neutros, as diferenças não são semânticas ou de modismo temporal/histórico; são de natureza paradigmática, criam perfis diferenciados à ação coletiva social.

As ONGs do Terceiro Setor afinam-se com a noção de rede presente no discurso e na prática das políticas da cidade e sobre a cidade, porque elas também atuam em redes. Com ações propositivas, pensadas estrategicamente, elas demandam organização e ação,

em que os atores coletivos atuam baseados em conexões existentes, usualmente de caráter informal, não burocratizadas, com interações intensas via processos comunicacionais informatizados (principalmente via Internet). É importante destacar também que as redes do Terceiro Setor são distintas das redes dos movimentos sociais (antigos e da atualidade), devido à questão da diferença do projeto político de ambos. As idéias-força dos movimentos sociais privilegiavam os temas políticos: democratização, igualdade, direitos, cidadania, justiça social, ética etc. As idéias-força das ONGs do Terceiro Setor privilegiam os temas sociais: eqüidade, diversidade, diferenciação cultural, exclusão/inclusão etc. As últimas têm uma concepção abstrata e generalizante de cidadania e os movimentos enfatizam na cidadania a questão de todos os tipos de direitos dos cidadãos.

As novas redes movimentalistas, nas quais se movem as entidades do Terceiro Setor, incorporam sujeitos coletivos múltiplos, abrangendo universidades, centros de pesquisas, sindicatos, representantes de partidos políticos, entidades profissionais, empresas, órgãos governamentais, da mídia etc. Isso tudo nos leva a entender o peso e a credibilidade que as ONGs passaram a ter na sociedade. Elas utilizam estratégias de marketing para denunciar os problemas sociais. Com isso conseguem, também, legitimidade para a obtenção de apoio financeiro para projetos em áreas que o Estado não atua ou atua mal devido ao peso de seus procedimentos burocráticos, falta de pessoal, exigências de leis fiscais etc.

Disso tudo resulta também a transfiguração do sentido da cidadania. Esvazia-se o significado instituinte da noção de direitos bastante presente no tipo de ONGs dos anos 80. O direito de participar da gestão dos interesses coletivos, em áreas estratégicas em que o Estado descentralizou o monopólio de sua atuação, é substituído pela inclusão de grupos demandatários, organizados pelas entidades do Terceiro Setor, para consumirem serviços que lhes permitam sobreviver e/ou os capacitem a reingressar ao mundo do trabalho, sem um emprego fixo, como mão-de-obra autônoma. Os indivíduos tornam-se clientes consumidores de políticas sociais que perdem seu caráter universalizante-de direito social e adquirem caráter de políticas compensatórias.

À medida que as entidades do Terceiro Setor se respaldam numa lógica de mercado, a demonstração da sua utilidade dependerá da apresentação de seus resultados. Portanto, quanto mais clientelas atenderem, mais necessárias elas se farão. O amálgama da solidariedade, citado anteriormente, pode-se transformar apenas numa estratégia de busca de adesão de voluntários, pois o que determina o caráter das ações são as estratégias de competição (entre as diversas entidades) e a luta pelo acesso aos fundos monetários públicos. Esse cenário é mais contundente quando observamos um tipo de entidade do Terceiro Setor que está se proliferando com muita rapidez: as organizações/associações ou fundações criadas por grandes empresas privadas. Cada vez mais se difunde a idéia

da responsabilidade social das empresas para com os problemas sociais do país e a necessidade das mesmas se envolverem na área do trabalho social. Nos anos 80, usualmente as empresas delimitavam esse trabalho aos programas dos departamentos de recursos humanos, voltados para seus próprios funcionários, a partir de programas de recreação, lazer, saúde, auxílios-bolsa escolares e todo tipo de apoio do chamado salário indireto (moradia, aluguel, carro etc.).

A novidade a partir dos anos 90 é o trabalho social de várias empresas voltado para a comunidade exterior, extra-muros, como uma favela ao seu lado, por exemplo, ou um grupo de crianças carentes, ou uma escola na periferia. Para tal, as empresas criam fundações, institutos, sites na Internet, etc., com novos quadros de profissionais assalariados, ou redirecionam algumas das ações de seus departamentos de pessoal, para atividades no Terceiro Setor. Elas têm organizado eventos e participado destes, produzido vistosos materiais informativos e de propaganda de seus trabalhos etc. Certamente que reduções de impostos e outros incentivos estão presentes nesse cenário, assim como alterações na própria política e legislação de pagamento dos tributos, possibilitando que se aplique um percentual do imposto devido ao poder público em obras sociais. Tudo isso representa alterações na forma e no conteúdo dado ao tratamento da "questão social" no Brasil neste novo milênio, com reflexos tanto no cenário da organização e participação das populações-alvo atendidas como na configuração do espaço urbano que está sendo construído.

As associações do Terceiro Setor estão passando a ocupar o papel que antes era desempenhado pelos sindicatos e pelos partidos políticos. O novo associativismo do Terceiro Setor tem estabelecido relações contraditórias com o "antigo" associativismo advindo dos movimentos sociais populares (na maioria urbanos) dos anos 70 e 80. Enquanto estes últimos fizeram da política seu eixo básico de articulação e identidade, atuando via reivindicações por direitos (sociais, políticos, econômicos, culturais, por cidadania de forma geral), e eram amalgamados pelas ideologias da esquerda (num grande espectro de matizes e tendências), o associativismo do Terceiro Setor é pouco ou nada politizado, na maioria das vezes avesso às ideologias.

Mas o novo associativismo é também herdeiro e absorveu vários aspectos do associativismo anterior. Isso tem possibilitado, em alguns estados, cidades ou regiões, onde há propostas e gestões administrativas com visões progressistas, desenvolverem-se espaços novos para os atores organizados institucionalmente, como nas experiências de gestão com representação popular via conselhos, fóruns etc. Essa nova forma está alterando a gestão das cidades, porque a ação dos novos atores sociais tem ultrapassado os particularismos geográfico-territoriais, presentes na organização tradicional da administração da cidade e na organização das entidades populares, e se organizado

setorialmente ao redor dos grandes eixos temáticos da cidade: saúde e saneamento, educação e cultura, trabalho e centros de geração de rendas etc. Eles atuam via comissões plenárias que se dividem em serviços (para a manutenção da rede de serviços urbanos) e novas intervenções (por meio de novos instrumentos urbanísticos). A descentralização política da cidade institui uma esfera pública não-estatal. Trata-se da construção de novas relações sociais fundadas em uma nova ética e numa nova cultura política, que redefine a cidadania e cria uma nova esfera pública, de controle não-estatal (16).

As ONGs têm tido muita desenvoltura para participar nos locais onde foram implementadas políticas participativas locais. Nesses casos, elas reelaboraram seus discursos e práticas em direção a uma cultura propositiva que busca tornar as cidades sustentáveis e mais justas.

7. OS CONSELHOS GESTORES E A NOVA ESFERA PÚBLICA NO BRASIL

Como sabemos, a Constituição de 88 estabeleceu os Conselhos de Gestão Setoriais para as políticas sociais. Ao fazer isso, a nova Carta Constitucional estabeleceu o desenho de uma nova institucionalidade, envolvendo distintos sujeitos sociopolíticos e culturais nos âmbitos estatal e societal. Os Conselhos Gestores setoriais são uma das principais inovações democráticas no campo das políticas públicas, ao estabelecerem espaços de interlocução permanente entre a sociedade política e a sociedade civil organizada (estamos entendendo como políticas públicas as ações coletivas promulgadas pelo Estado, sozinho ou em parceria com a sociedade civil organizada, que devem concretizar direitos sociais declarados e garantidos em lei. Eles se inserem na esfera pública (17).

A grande novidade dos Conselhos gestores é justamente o fato de eles terem criado novo padrão de relação entre Estado e Sociedade, via a ampliação da esfera social pública; isso se deu porque a dinâmica societária dos conselhos fortalece os espaços de representação da sociedade civil e passou a exigir que os espaços de gestão das políticas públicas fossem alargados, ampliados, pela inclusão e participação de novos atores sociais. Com isso eles possibilitam o acesso à população em locais onde se tomam decisões políticas. Mas não é um acesso departamental, uma nova agência para receber reclamos, demandas etc.

Trata-se de um processo de publicização novo no qual os grupos, movimentos e outros coletivos organizados podem atuar como sujeitos coletivos. A construção de outros atributos e significados ao poder local, ao final do século XX, possibilitou trazer para o centro do debate um outro conceito muito caro à teoria democrática, que é o de esfera pública.

A esfera pública é o do processo de publicização e portanto parte integrante do processo de democratização, por meio do fortalecimento da sociedade civil e da sociedade política.

Trata-se de uma esfera que comporta a interação entre os grupos organizados da sociedade, originários das mais diversas entidades, organizações, associações, movimentos sociais etc. A natureza dessa esfera é essencialmente política argumentativa, é um espaço para o debate face a face dos problemas coletivos da sociedade, uma arena de debate e crítica. A esfera pública é o locus onde podem se inscrever os interesses das maiorias nos processos de decisão política. Não se trata de um processo simples, relativo apenas ao cumprimento de um dever constitucional. Envolve dificuldades de três ordens:

1 - para a sociedade civil: passar de ator social para ator político;

2 - para a sociedade política estatal: aprender a conviver com novos processos onde há parceiros, onde os administradores não são os únicos a decidirem;

3 - o exercício em si destas novas práticas: desafio de construir espaços de interlocução entre sujeitos sociais diferenciados, representando atores sociais, políticos e culturais distintos e de origem heterogênea.

Dentre os conselhos gestores institucionalizados, destacam-se os que tratam de problemas da saúde, das crianças, dos idosos, dos ambientalistas, os CONSEGs – Conselhos Integrados de Segurança, criados por lei para ser um elo entre representantes da administração pública, a polícia e a comunidade.

Em síntese: ampliação da esfera pública por parte de setores organizados da sociedade civil em luta pela construção de suas identidades e os efeitos das reformas que configuraram novo papel para o Estado, na sua relação com a sociedade.

8. GESTÃO PÚBLICA NA ÁREA DA SAÚDE, TERCEIRO SETOR E O FUTURO DAS CIDADES

Sabemos que a existência de conselhos municipais, estaduais e o nacional, na área da saúde, está prevista no SUS, Sistema Único de Saúde, regulamentado em 1990. Dentre os Conselhos Gestores, os da área da Saúde são os mais antigos e consolidados. A Lei 8080, denominada "Lei Orgânica da Saúde", e a Lei 8142/90, que é a "Lei dos Conselhos de Saúde" (CMS), são os principais instrumentos jurídicos. Normas Operacionais, as Leis Orgânicas dos municípios. Em 1993, portanto há dez anos, já existiam 2.108 conselhos municipais, num total de 4.973 municípios brasileiros existentes na época. O fator explicativo maior para a criação acelerada desses conselhos, entre 1900 a 1993, tanto no plano municipal como no estadual e federal, é a exigência constitucional e as leis que lhe seguiram, vinculando repasses de recursos à existência dos conselhos. Matéria publicada na mídia registrou que já havia, em 2001, só no plano municipal, cerca de 5.000 cidades com conselho municipal de saúde e mais de 100 mil conselheiros de saúde, compondo uma rede predominantemente feminina (Folha de São Paulo em, 2/10/2001).

Para Carvalho (18), os conselhos e o SUS são frutos e componentes de um processo mais geral, de institucionalização de uma Reforma Sanitária no Brasil, e herdeiros do Movimento Sanitário dos anos 80. A Reforma Sanitária está vinculada à emergência de novos atores na política da Saúde; no caso, os setores organizados que passaram a participar dos Conselhos e das Conferências Nacionais. O autor reconhece as limitações e dificuldades dos conselhos; seu impacto sobre as políticas públicas e ações governamentais não dependem tanto do rol de prescrições legais, mas da capacidade de seus atores de ampliar, no âmbito do aparelho do Estado, seu acesso a recursos concretos de poder administrativo, técnico, financeiro etc. Força social e política, em suma.

Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, permanentes e com caráter deliberativo. Atuam na formulação de estratégias e no controle da política de saúde, inclusive nos seus aspectos econômico e financeiro. São compostos por representantes do governo, dos prestadores de serviços, dos profissionais de saúde e dos usuários, sendo que estes "devem ser paritários com relação ao conjunto dos demais segmentos" (19). Mas esse mesmo autor indaga: "os conselhos são deliberativos em relação a quê? Quais os limites e o alcance desse poder deliberativo?" . Em parte, ele mesmo responde às suas perguntas ao nos indicar que, dependendo da interpretação que se dê à lei, "ora os CMS são órgãos de inter-ação governo-sociedade (atuam mais como porta-voz dos anseios da comunidade), ora os CMS são órgãos de co-gestão, sendo co-responsáveis pelas ações das secretarias municipais de saúde" (MERCADANTE, 2002, p. 42). O autor propõe que eles ajudem a planejar, fiscalizar, avaliar os resultados e que sejam avaliados periodicamente pelas bases que lhes delegaram a representatividade e, caso não cumpram as metas, devem também serem substituídos. A segunda alternativa citada por Mercadante – os CMS serem co-responsáveis – só teria sentido se eles de fato tivessem poder em todo circuito que assinalei acima, exercitando de fato um sistema de co-gestão. Mas ele conclui que co-responsabilidade em políticas de "ausências, carências, lacunas e silêncios", como as que temos acompanhado por meio de notícias na mídia e índices de resultados publicados, torna-se uma forma de desacreditar as lideranças e desestimular a organização da população.

Uma avaliação feita com representantes de usuários que participam dos conselhos de saúde no Rio Grande do Sul nos indicou:

1 – Eles têm como marco um conceito amplo de saúde, como um direito pleno da sociedade, e que a cidade, para ter qualidade de vida, tem de ser saudável.

2 – Os conselheiros vinculam o conceito de Educação em Saúde ao repasse de informações e à mudança de hábitos. E isso pressupõe ações conscientes – sobre

o corpo, a vida e o próprio mundo – o que exige a qualificação desses conselheiros em termos de novos saberes nas seguintes direções:

a - Acesso às informações (pois o sentimento de não saber atua como desmobilizador dos representantes dos usuários);

b - Conhecimento sobre a Legislação e as leis da área (Constituição Federal, Lei 8080, Lei Orgânica da Saúde, e Lei 8142/90, que é a Lei dos Conselhos de Saúde (20).

Há necessidade de um esforço coletivo na formação dos conselheiros advindos da sociedade civil, sem experiência associativa anterior, no sentido de inseri-los no processo de circulação de saberes, matrizes de pensamento e informações. Há necessidade da Educação Popular na área de formação dos conselheiros. Se considerarmos importante a participação qualificada dos conselheiros – no sentido de eles terem a possibilidade de debater e discutir os problemas da área – em pé de igualdade com o discurso tecno-burocrático dos outros 50% dos membros de um conselho, é preciso capacitá-los. Mas essa capacitação não pode ser também exclusivamente técnica; deve-se oferecer, além da parte técnico-operacional (sobre as leis, regulamentos dos conselhos etc.), um saber especializado em termos de cuidados específicos, ou campanhas sobre esta ou aquela doença/epidemia/ prevenção etc. articuladas às grandes metas das políticas da saúde e outras áreas afins. Os conselheiros devem saber sobre os recursos existentes em termos de infra-estrutura, pessoal e financeiros, recursos comunitários que podem e devem ser acionados, o papel das famílias etc. (21).

A dinâmica das reuniões dos conselhos não podem ser burocráticas, centradas só em aspectos técnico-administrativos, pois os usuários, usualmente, têm práticas participativas flexíveis, abertas, mais próximas de assembléias do que de reuniões formais burocráticas. Certamente que é preciso achar um meio termo. Se tudo virar uma Assembléia, não precisamos dos conselhos – já temos as "Plenárias", os Congressos da Saúde etc. (que se preocupam com grandes metas e objetivos estratégicos da ação a médio e longo prazos e não com o cotidiano de uma Secretaria em especial).

Destaco ainda, na Saúde, problemas na composição dos conselhos. Embora os usuários, os profissionais da área, os prestadores de serviços e o poder público sejam seus atores principais, e em vários lugares eles sejam paritários, a proporcionalidade dessa composição varia segundo as esferas municipal, estadual ou federal e, em cada uma delas, ocorreram alterações decorrentes de pressões e conflitos. O que persiste até a atualidade é dado pela desigualdade de condições à participação de seus membros.

O agir político não é possível em condições de desigualdade de saberes, de submissão ou simples resistência ao discurso competente. Uma gestão democrática participativa, que priorize o social, tem de formular planos para atuar nessa questão. Não é possível se

ter igualdade quando só os representantes do governo ou dos trabalhadores da área – sabem tudo sobre o funcionamento da máquina pública e a legislação pertinente – e os representantes dos usuários, além de pouco conhecimento específico, de não dominarem os códigos das linguagens utilizadas, têm uma imensa dificuldade em ter acesso às informações etc.

Informação, conhecimento e ação são condições para o exercício do poder. A participação democrática, cidadã pressupõe considerar o poder em termos de gestão compartilhada, pois se não o fizer estar-se-á apenas manipulando pessoas e grupos de forma a controlá-los. Um conselho ativo é aquele que participa da elaboração, das escolhas, controla a execução das políticas públicas e participa de sua avaliação.

A universidade tem grande contribuição a dar nesse sentido: ela deve atuar tanto dando subsídios nos grandes aportes teóricos da questão da saúde, estando junto dos conselhos, ajudando a construir as políticas sociais na área; assim como trabalhando via extensão direta junto à população, identificando lideranças para com elas definirem prioridades e as melhores metodologias para ações coordenadas na área da saúde. Essas ações poderão auxiliar no resgate da auto-estima e humanização dos cidadãos, pois muitos deles encontram-se em situação de desemprego, ou emprego precário, deprimidos pelo "não-lugar" em que se localizam na sociedade. Participar de ações de seu bairro/coletividade, como agente ativo, poderá apontar-lhes horizontes, resgatar-lhes o sentido e o desejo de viver.

Biancarelli (22), em artigo na "Folha de São Paulo" afirma que "há uma relação direta entre saúde das cidades e saúde das pessoas. E, quando um maior número de moradores participa coletivamente dos seus próprios cuidados, as ações da saúde costumam ser mais bem-sucedidas". Mas o mesmo jornal indaga: "como um município pode ser saudável quando convive com desigualdades sociais, sofre com problemas de moradia, não oferece o básico em saúde, não trata o esgoto nem preserva o ambiente". A resposta pode ser encontrada em estudos e orientações da própria OMS – Organização Mundial de Saúde, ao sugerir 20 passos para se ter uma "cidade saudável": aumentar a consciência dos moradores sobre a saúde, mobilizar os diferentes setores do governo e da sociedade, definir um projeto de trabalho, capacitar pessoas, dividir responsabilidades, preparar propostas e colocá-las em prática". Corroborando com essas sugestões, estudos realizados pela USP/SP e pela PUC Campinas concluíram: no Brasil, as cidades que oferecem melhor qualidade de vida são aquelas com maior autonomia na administração dos seus recursos e com maior participação social (vide Folha de São Paulo, 30/12/2002, C1). Acrescentamos um alerta: as ações devem ser articuladas no plano da esfera pública (onde se dão as relações institucionalizadas da sociedade civil com a administração) e dinamizadas nos espaços públicos específicos da sociedade civil (associações, movimentos, fóruns, entidades e organizações diversas) (23).

9. ASSOCIATIVISMO NA ÁREA DA SAÚDE EM SÃO PAULO

Em São Paulo, dada a herança associativa advinda dos movimentos populares de bairros da periferia nos anos 70 e 80, existem ainda, paralelamente aos conselhos institucionalizados, os conselhos populares de saúde originários daquele período, especialmente na Zona Leste da capital (existe um Fórum de Desenvolvimento da Zona Leste que, junto com o Fórum de Campo Limpo, na Zona Sul da cidade, constituem estruturas avançadas e ativas de participação da população, herança do período das grandes mobilizações populares naquelas regiões, nos anos 70/80) .

Em 2001, em São Paulo, cerca de 110 mil pessoas escolheram mais de 3.000 conselheiros populares de saúde. Os conselheiros da Saúde têm participado também de congressos em que são apresentados trabalhos. Ainda em 2001 ocorreu em Santos o 7º Congresso Paulista de Saúde Pública e, dos 533 trabalhos apresentados, 27 tratavam da questão dos conselhos e da participação social. Entretanto, em São Paulo também podemos observar a falta de eqüidade na composição dos conselhos de saúde. O Conselho Gestor de Saúde do Distrito de Pinheiros, por exemplo, é composto de 12 membros efetivos e 12 suplentes. Dos efetivos, 50% são representantes de usuários, 25% de trabalhadores na área da saúde e os outros 25% membros do poder público. O mandato não é remunerado. Na realidade, só não é remunerado para os 50% dos representantes dos usuários, porque os demais recebem salários para atuar na área. Historicamente, os atores principais que os constituíram foram os movimentos populares e os profissionais da saúde. Uma outra dificuldade detectada é: os conselhos estaduais e o nacional "ditam" as regras para os conselhos municipais.

Nesse contexto, a profª Amélia Cohn, da Faculdade de Medicina da USP/SP, pesquisadora há longa data na área da saúde, afirma que eles "atuam muito mais como um colegiado de legitimação das decisões e ações do próprio executivo do que de deliberação propriamente dita". Amélia chama atenção para a distinção entre o "bem comum" e o "interesse comum". (Cf. Folha de São Paulo, 2/10/2001, C5.). Disso tudo concluímos que, se os conselhos não tiverem poder deliberativo de fato, com relativa autonomia, podem ficar reféns dos políticos/administradores de plantão (que poderá usá-los como um novo artifício de controle social sobre a sociedade) ou o próprio Conselho representar apenas o interesse comum do grupo mais próximo dos conselheiros.

10. CONCLUSÕES

Atualmente, as cidades brasileiras são o espaço político, produtivo e reprodutivo mais significativo para a maioria de sua população. Elas organizam a vida social e o

cotidiano de 80% de seus cidadãos; abrigam as estruturas de poder e decisão; são cenários de grandes eventos assim como de grandes tragédias. São focos de tensão e violência, espaços de contrastes entre incluídos e excluídos. A grande questão social no Brasil atual situa-se nas grandes metrópoles e não no campo ou nas pequenas cidades pobres do Norte e Nordeste do país. Mas as grandes metrópoles são também locus de construção de inovações e novos direitos.

Uma questão chave para entender o futuro das cidades é olharmos para os novos processos participativos que estão ocorrendo na nova esfera pública criada pela interação entre o governo e a sociedade civil organizada; na interação entre os representantes da população e os representantes dos poderes constituídos, qualquer que seja a posição política dos dirigentes políticos administrativos estatais. A inclusão de novos atores sociais como sujeitos sociopolíticos investidos de poder institucional, a exemplo dos diferentes tipos de conselhos, além de criar a figura nova de novo sujeito sociopolítico representante da sociedade civil na arena pública, faz emergir e acionar múltiplas redes sociopolíticas. Denominamos o novo processo de participação cidadã; ela joga luz sobre a gestão pública e corresponde a mudanças no processo do fazer política dos grupos e entidades organizadas, assim como o fazer política da própria administração pública. A gestão pública adota formas colegiadas e uma das questões chaves será obter altos índices de representatividade entre os atores que interagem. Com isso, criam-se oportunidades para se alterar a relação sociedade civil e Estado. A gestão urbana, planejada a partir das demandas sociais, busca equilibrar a equação: necessidade – oportunidades – recursos disponíveis. Entretanto, para não ficarmos apenas nas virtualidades, em relação aos conselhos analisados, para que eles possam exercitar de fato a participação cidadã, assinalamos que eles têm de ter uma relativa autonomia, atuarem com autodeterminação, não serem apenas porta-voz de anseios ou meros "referendum" de decisões já tomadas nos gabinetes; sem isso, é difícil exercitarem a cidadania ativa, propositiva.

Nossa pesquisa conclui que estamos vivendo um novo momento na trajetória do associativismo brasileiro. A grande maioria das ONGs está mudando de nome para simplesmente Terceiro Setor. As novas redes associativistas estão contribuindo para o que já foi denominado como "empowerment" (o empoderamento) dos setores populares em nossa sociedade. Elas colaboram para a construção de sociedades mais justas, mais igualitárias e, portanto, mais democráticas. Um dos problemas dessas instituições é que seu impacto na realidade é lento e muito pontual e os problemas sociais são graves e necessitam de respostas urgentes. Por isso, as novas ONGs, de perfil mais agressivo, estruturadas com o apoio de grandes grupos ou companhias empresariais, atuando nas franjas da nova economia social, segundo regras e critérios de racionalidade de uma

economia de mercado, ainda que sem fins lucrativos, tendem a predominar sobre as ONGs que trabalham com maior ênfase na capacidade da sociedade de se organizar e defender seus interesses, na construção de novos sujeitos sociopolíticos que atuam em defesa dos direitos da cidadania.

O Terceiro Setor não substitui a forma movimento social – típica das ações coletivas de protesto, resistência e lutas que vigorou nos anos 80 (até porque essa forma ainda é muito forte na área rural (24). Ele se alimenta das conquistas dos movimentos sociais, principalmente as que foram consolidadas no plano da lei. Mas ele retraduziu bastante as práticas daqueles movimentos. Portanto, alterou-se o sentido das ações coletivas de participação da população. Com isso, temos a chave necessária para entender o processo de perda de visibilidade da mobilização social e sua substituição pela participação em projetos focalizados. Entretanto, esse novo sentido não deve nos impedir de reconhecer a capacidade da sociedade civil de se organizar, na última década, de defender seus interesses e propor formas de gestão e políticas que se orientam em direção a uma ampliação da esfera pública e da cidadania (25). Resulta disso tudo um cenário contraditório, em que convive a inclusão dos setores mais pobres em políticas compensatórias, com projetos e práticas emancipatórias, que buscam a transformação social via mudança dos eixos e diretrizes que têm sido dados à sociedade brasileira até agora. Inúmeras ONGs cidadãs afirmam: já não bastam princípios gerais e boas análises da sociedade. São necessárias boas análises para armar estratégias políticas viáveis segundo a correlação de forças políticas presentes na conjuntura.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(1) IBGE. "Censo de 2000". Rio de Janeiro: Fund. IBGE, 2002.

(2) TOURAINE, Alain. Integração crítica. Folha de São Paulo, Caderno MAIS, 5 jan 2003, p. 8.

(3) Fórum Nacional da Reforma Urbana, Frente Nacional pelo Saneamento Ambiental, Instituto dos Arquitetos do Brasil, Associação Nacional de Planejamento Urbano e Regional, Fórum Nacional de Participação Popular –Conam –Coordenação Nacional Associações de Moradores, Instituto da Cidadania, Instituto Brasileiro de Administração Municipal, Frente Nacional de Prefeitos das Grandes Cidades, Comissão de Desenvolvimento Urbano e Interior da Câmara dos Deputados.

(4) Carta de Convocação da Conferência das Cidades, 2001, São Paulo.

(5) GOHN, Maria da Glória. "Educação não-formal e cultura política". 2.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. "Conselhos gestores e participação sociopolítica". São Paulo: Cortez, 2001.

(6) Destacam-se: a mortalidade infantil caiu um quinto em relação a 1970; houve ampliação do sistema público de atendimento e aumento no sistema de cobertura e da oferta das vacinas; diminuição das filas para cirurgias (principalmente catarata e varizes); crescimento dos transplantes (rins, coração, medula óssea e fígado); incremento de procedimentos ambulatoriais, como exames de mamografia pelo SUS, tomografias computadorizadas, a ressonância magnética passou a ser oferecida à rede pública de saúde. Houve ainda aumento de 57% dos tratamentos de hemodiálise e 66,5% na quimioterapia. Destacam-se ainda o aumento da distribuição de remédios gratuitos e de coquetel de DST/Aids e a ampliação do Programa de Saúde da Família – PSF. Fonte: BARJAS NEGRI. "A saúde rompeu o círculo vicioso". In: Folha de São Paulo, 15 nov/2002, p. A3.

(7) Algumas notícias advindas da sociedade civil apresentam novidades e a possibilidade de mudanças, mas revelam também graves problemas sociais. Por exemplo, o Hospital Santa Marcelina, na Zona Leste de São Paulo, implantou, pela iniciativa de uma pediatra, uma brinquedoteca e uma videoteca, para amenizar o ambiente durante o período da internação infantil. A iniciativa deu certo e surgiu o seguinte problema: as crianças passaram a preferir ficar no hospital a ter de retornar para casa. O motivo não é apenas os equipamentos de lazer infantis existentes no hospital. O real motivo são os maus tratos e a violência doméstica a que são submetidas as crianças. Portanto, há necessidade de campanhas e trabalhos de educação popular com os pais ou responsáveis pelas crianças, nos bairros pobres, sobre a educação dos filhos e os traumas que a violência ocasiona

nos filhos sob agressão. Vide: DIMENSTAIN, Gilberto. "Hospital de brincadeira". Folha de São Paulo, 20 nov/2002, C2.

(8) Para uma discussão sobre o conceito de sociedade civil, vide CARVALHO, José Murilo. "Cidadania no Brasil: o longo caminho". São Paulo: Companhia das Letras, 2002; e meu texto "Sociedade civil no Brasil: conceito e sujeitos atuantes". In: Caderno Ideação, Porto Alegre, Número Especial, p. 73-82, 2002.

(9) BANKSTON; ZHOW, Min. " Social capital as process: the meamungs and problems of a theoratical metaphos". Inquiry, [S.l.], v. 72, n. 2, p. 285-317, 2002.

(10) COLEMAN, James S. "Foundations of Social Theory". Cambridge: Havard University Press, 1990.

(11) PORTES, Alejandro. "Social capital: its originis and aplications in moderne sociology". Annual Review of Sociology, v. 24, p. 1-24, 1998.

(12) PUTNAM, Robert. "Bowling alone: Americas decling social capital". Journal of Democracy, [S.l.], v. 6, p. 65-78, 1995.

(13) ZHOU, Min. "Social capital in China Town: the role of Community Based Organizations and Families in the Adaptations of the younger generation". In: WEISS, Lois; SELLER, Maxime S. (ed). "Beyond Black and whinthe: new voices, new faces in the Unithed States Schools". Albany: SUNY Press, 1997.

(14) A "Folha de São Paulo" divulgou, em agosto de 2002, pesquisa realizada em 40 países, coordenada por Lester Salamon, que apresenta as seguintes áreas de atuação do Terceiro Setor: Educação(23%), Saúde (14%), Amparo Social (19%), Promoção e Desenvolvimento (9%), Outros (35%).

(15) Fórum Nacional de Reforma Urbana. Seminário Mundial pelo Direito à Cidade Contra a Desigualdade e Discriminação. Porto Alegre, Janeiro 2002.

(16) A respeito de espaço público, vide: DAGNINO, Evelina. "Sociedade civil e espaços públicos no Brasil". São Paulo: Unicamp/Paz e Terra, 2002, e Fernandes, Rubem César, et al. "Terceiro setor: desenvolvimento social sustentado". São Paulo: GIFE/Paz e Terra, 1997.

(17) Vide análises mais detalhadas em meu livro "Conselhos gestores e participação sociopolítica". São Paulo: Cortez, 2001.

(18) CARVALHO, Pedro Ivo. "Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social". [S.l.]: IBAM/FASE, 1995.

(19) Mercadante, O; et al. "Conselhos municipais das áreas sociais". Informativo CEPAM, São Paulo, n. 1, p. 41, 2002.

(20). Existem inúmeras modalidades de divulgação dessas leis, tais como o "Guia do Conselheiro", do próprio Ministério da Saúde, material do Conselho Regional de Saúde, da Associação dos Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, entre outros. Essas publicações apresentam dois problemas: a) elas não são divulgadas o suficiente ou nos canais corretos, pois a maioria dos usuários as desconhece, ficando incapazes de participar ou se candidatar para conselheiros; b) o material oficial elaborado, usualmente, expressa-se em linguagem de difícil compreensão para o leigo. Os representantes dos usuários tentam decodificar as informações via cartilhas. É bom lembrarmos também que existem outras estruturas que tratam da questão da saúde – nas empresas, por exemplo – via CIPA´s (com cartilhas sobre prevenções de acidentes, o LER – Lesões por esforços repetitivos, Aids etc.); entidades sindicais e associações comunitárias também têm criado departamentos específicos e organizado campanhas preventivas; a Pastoral da Saúde capacita agentes comunitários, distribui materiais para prevenção de doenças, uso de ervas, remédios, xaropes, pomadas etc. Mas há uma total desarticulação entre essas ações, atuando cada um no "seu pedaço" ou território organizativo. Além disso, não há encontros, trocas de experiências entre os próprios conselheiros e nem entre estes e os agentes comunitários da área.

(21) Vide análises de Westphal, M. F.; Bógus, C. M. 2002. "Formação de conselheiros de saúde e a prática cidadã de participação no planejamento, gestão e controle dos serviços de saúde". Informativo Cepam, São Paulo, n. 1, p. 44-56.

(22) BIANCARELLI, Aureliano. "Faculdades impulsionam cidades saudáveis". In: Folha de São Paulo, 30 dez/2002, C1.

(23) Vide também Fundação Osvaldo Cruz; FGV. "Municipalização da saúde e poder local no Brasil". Rio de Janeiro: FGV/Fiocruz, 1998

(24) Em Julho de 2002, apresentamos no XXXI Congresso da Associação Internacional de Sociologia, na Austrália, um paper contendo um panorama dos movimentos sociais urbanos no início deste milênio, contendo quatorze eixos temáticos de lutas e demandas, a saber: 1) movimentos por condições de habitabilidade na cidade, nucleados pela questão da moradia, expressa em duas frentes de luta: a) articulação de redes sociopolíticas compostas por intelectuais de centro-esquerda e movimentos populares que militam ao redor do tema urbano (o habitat, a cidade propriamente dita). Eles participaram do processo de construção e obtenção do "Estatuto da Cidade"; b) redes de movimentos sociais populares dos Sem-Teto (moradores de ruas e participantes de ocupações de prédios abandonados). Eles são apoiados por pastorais da Igreja Católica; 2) ações de grupos de camadas médias contra a violência urbana e demanda pela paz (no trânsito,

nas ruas, escolas, ações contra as pessoas e seu patrimônio); 3) mobilização e organização popular em torno de estruturas institucionais de participação na gestão política-administrativa da cidade (Orçamento Participativo e Conselhos Gestores); 4) mobilizações e movimentos de recuperação de estruturas ambientais, físico-espaciais (como praças, parques), assim como de equipamentos e serviços coletivos (área da saúde, educação, lazer, esportes e outros serviços públicos degradados nos últimos anos pelas políticas neoliberais); 5) mobilizações e movimentos sindicais contra o desemprego; 6) movimentos de solidariedade e apoio a programas com meninos e meninas nas ruas, adolescentes que usam drogas, portadores de HIV, portadores de necessidades especiais; 7) mobilizações e movimentos dos sem-terra, na área rural e suas redes de articulações com as cidades via participação de desempregados e moradores de ruas, nos acampamentos do MST – Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra; 8) movimentos étnico-raciais (índios e negros); 9) movimentos envolvendo questões de gênero (mulheres e homossexuais); 10) movimentos contra as políticas neoliberais e os efeitos da globalização (contra ALCA, Fórum Social Mundial etc.); 11) movimentos de demandas na área dos direitos humanos, culturais etc.; 12) movimentos pela educação (no setor popular: creches e vagas nas escolas; no setor universitário: contratação de professores, mais verbas para educação e reajustes das mensalidades nas faculdades particulares); 13) movimentos religiosos de diferentes crenças, seitas e tradições religiosas; 14) movimentos culturais de jovens. Sobre a categoria "movimento social", vide GOHN, Maria da Glória. "Teoria dos movimentos sociais". 3.ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

(25) Relatos e análises sobre a participação da comunidade são realizados, entre outros, por PUTNAM, Robert D. "Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna". Rio de Janeiro: FGV, 1993, e TEIXEIRA, Elenaldo. "O local e o global". São Paulo: Cortez Editora, 2001.

A GEOGRAFIA URBANA NA DISSOLUÇÃO DAS IDENTIDADES ORIGINÁRIAS

Elvio Rodrigues Martins
Prof. Dr. da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

RESUMO

Posição que procura refletir o fundamento geográfico que representa a dissolução e metamorfoses de identidades tradicionais, dando origem a referências culturais de novo tipo. Procura-se destacar o movimento migratório que tem caracterizado a população dos centros urbanos, sua inserção numa geografia urbana de extrema dinamicidade. Questiona-se aqui o significado efetivo dos "guetos culturais" como espaços de resistência, bem como da possibilidade da existência efetiva de um fundamento urbano na constituição das individualidades contemporâneas. A alienação presente no espaço corporativo da geografia urbana das cidades, a redefinição dos laços de identidade e interatividade são alguns dos aspectos a serem abordados.

DESCRITORES: geografia; migração; cultura; cidades.

Mobilidade, movimento de um lugar a outro lugar: deslocamento. Os lugares em relação, em ligação, em conexão: os fluxos. Movimentam-se capitais, em suas diferentes formas: dinheiro, tecnologias, bens de produção. Há também a comunicação, e de um lugar a outro movimentam-se informações e, com elas, elementos diversos: universos culturais em movimento, de princípios éticos a manifestações artísticas. Mas há também deslocamento de pessoas: mobilidade de uma demografia, indivíduos e individualidades em movimento. A dinâmica móvel da Força de Trabalho. Enfim, os lugares e suas relações: eis a Geografia.

Neste pequeno ensaio estaremos enfocando uma dessas facetas nesta geografia do mundo contemporâneo, a saber os fluxos migratórios de pessoas. O objetivo principal é observarmos algumas das conseqüências desse processo de escala verdadeiramente mundial, especialmente na definição daquilo que poderíamos designar como a cidade e sua geografia cultural-urbana. Há aqui fundamentos ontológicos a serem destacados, especialmente como

esta geografia é elemento fundante de individualidades. Portanto, a atenção aqui é direcionada prioritariamente para aqueles nódulos espaciais de intensa urbanização, que, diga-se já, constituem os pólos de primeira grandeza na atração dos fluxos migratórios. Mas, se atingir esse intento, apresentam-se, antes dessas ponderações finais, considerações sobre o processo evolutivo das migrações, verificando aí como sua dimensão geográfica em termos escalares repercute processos históricos específicos. Conjuntamente com isso, avaliam-se alguns dos desdobramentos resultantes das ações dos fluxos migratórios nos seus diferentes estágios histórico-geográficos, para que com isso se possa refletir com maior propriedade sobre o objetivo principal a que se propõe este ensaio.

Nesta dimensão geográfica básica que conhecemos, ou seja, a divisão campo/cidade, pode-se dizer que o primeiro deslocamento efetivo que mostra uma geografia em metamorfose é sem dúvida a migração campo-cidade. Não há dúvida de que a emergência da manufatura, da fábrica e da indústria traz consigo a hegemonia do industrial sobre o agrário, do avanço da geografia urbana sobre a geografia rural. A densidade espacial das cidades, nódulos essenciais da urbanidade, toma proporções nunca vistas, arrastando consigo novas dimensões na relação homem/meio. A progressiva industrialização das atividades agrárias, fazendo por redefinir o arranjo espacial da geografia rural, estabelece a dinâmica do fluxo migratório campo/cidade. No nódulo do espaço urbano, a cidade cresce em densidade, absorvendo com demanda cada vez mais crescente a mão-de-obra e a força de trabalho necessária. Esse é um processo, pode-se dizer, clássico, n qual o mundo da manufatura torna-se hegemônico. E nessa densidade acarretada amplia-se a divisão social do trabalho, a interdependência das atividades, e portanto não só a produção mas também a circulação tem sua geografia dilatada.

Mas se sabe que esse movimento não é sem conflito. De um lugar a outro lugar, ou seja, no campo e na cidade, o processo é caracteristicamente dramático. Especialmente para os indivíduos e suas individualidades. Principalmente para a classe trabalhadora. Os motivos da mobilidade espacial em si já possuem seus traumas. Mas o fato possui repercussões ainda mais fundas, pois serão outra coisa em outro lugar: deixaram de ser camponeses para ser o nascente proletariado, mas todavia o farão conservando consigo uma subjetividade rural num mundo em velocidade urbana. A memória fica num lugar que não é o dela. É o lugar de uma outra subjetividade. Mais intensamente alienada, numa espacialidade intensamente mais descontínua e fragmentada. A distâncias são outras. Os ritmos são outros. A memória agora está longe, numa distância involuntária, numa geografia que ficou para trás. Saudades.

Na premência da sobrevivência, nos desafios impostos pelo estranhamento do novo lugar, os laços de identidade vêem-se impulsionados a se redefinir. A geografia agora é

marcada por lógicas novas. Lugar de morada não é o mesmo que lugar de trabalho. Nesse mosaico denso das cidades, os lugares tendem à discriminação. A redefinição da identidade encontra seu lugar no bairro operário. Reduto dos mesmos em suas identidades de lugares longínquos. O contíguo agora e a identidade no outro que tem em comum o fato de seu lugar não ser ali. Ser aqui sendo de lá.

A Cidade mostra aspectos novos. Não só os lugares são diferentes na sua constituição. Também nesses lugares a relação homem/meio mostra singularidades. Os que não são dali agora também pertencem à cidade e, por isso, farão parte dela. Farão o que a cidade será. Na cidade, rapidamente se deixa de ser estrangeiro. Os ritmos são outros. A cidade assimila. Ao indivíduo cabe assimilá-la, senão morre. Daqui veremos as primeiras manifestações fruto dessa nova interação entre homem/meio. Um Homem impingido a ser urbano, situação estacionada no coração da alienação que ele produz em sua relação, mas também um Homem de subjetividade calcada na ruralidade. No bairro a solidariedade é outra, a ética é outra. Reporta-se muito ao lugar que ficou para trás. A cultura agora será síntese de dois lugares. Um do imaginário e outro do vivido. Dois espaços num só lugar. Eis o traço da primeira geografia cultural-urbana. A segunda é mostrar o lugar vivido. Aqui se toca um samba e se dança um tango. A primeira cultura de origem urbano-industrial é uma cultura popular. Ela passa a marcar e dizer o que é a cidade.

Nessa situação toda, a geografia do estado-nacional se forma, sua unidade territorial é constituída. A geografia regional é reconstituída. O nacionalismo quer se ver no lugar das nacionalidades. A polaridade dos nódulos urbanos é hierarquizada. E nisso as migrações assumem outra escala: passam a ser de região para região. A distância aumenta. O estranhamento dos indivíduos e das culturas também. O outro lugar agora é mais distante. O mundo rural agora vem de regiões diversas e distantes. A cidade agora começa a viver a territorialidade fundada em regionalismos distintos. Misturam-se agora nos bairros operários geografias distintas e histórias distintas. Já há gerações presentes que ali existem há mais tempo, já são mais urbanos em relação àqueles que chegam. Mais singularidades a esse universo particular. Agora nessa nova dinâmica migratória é possível que se veja, além de regiões distintas, também raças distintas. A assimilação não é simples. Traz consigo tradições distintas. O bairro operário passa por uma transformação. Absorve uma nova geografia. O bairro operário mostra uma inclinação, uma tendência, algo ainda em vias de se consolidar: a de dividir-se em guetos.

Nisso tudo o diverso tende a se transformar. O regional tende ao citadino, ruralidades de origens distintas tendem à urbanidade. O anterior, a ruralidade, não se faz por anular por completo. Na verdade faz por fazer existir o que será o urbano. Não morre, recria-se no urbano. A geografia cultural-urbana ganha em complexidade. A cidade vai criando sua

identidade. O Lugar e seus habitantes vão reconstruindo suas identidades específicas. Uma simbiose está em curso.

Mas isso tomará proporções ainda maiores quando a densidade da cidade tornar-se crítica. No processo histórico, a geografia das cidades tornar-se-á tensa. Os ritmos, que em sua síntese são o urbano, não mostraram harmonia, mas sim hierarquia. A densidade é expressão que o espaço toma no ritmo industrial. E todos os recursos serão empregados para que ele se acelere. Nisso, o número dos que chegam torna-se incompatível com a premência dessa velocidade rítmica. A tecnologia toma o lugar do homem no campo e na cidade. E a este volta a necessidade de migrar. Agora o espaço contíguo não é mais possível. A saída é para o mar, no além-mar. As distâncias podem ser agora oceânicas, ou mesmo continentais. Do outro lado, outro lugar, outra cidade, outro campo, outras culturas. Tão grande agora o estranhamento, quão grande é agora a distância. O drama ganha em proporções maiores. A origem agora será o velho mundo, no oriente e no ocidente. No destino o novo mundo. Sua história é recente. Sua geografia é nova e dinâmica. A saudade vem agora com a esperança.

Estamos diante da diáspora das culturas. A geografia agora tem escala planetária. De campo para cidade, vamos agora de país para país, ou mais exatamente a migração campo-campo, campo-cidade, cidade-cidade, cidade-campo, onde a origem é um país e o destino é um outro país. Aos recém-chegados as dificuldades de adaptação são agora ainda maiores. De origens distintas, num primeiro momento podem estar juntos. Todavia, a identidade cultural faz muitas vezes que o convívio torne-se difícil, e das dificuldades enfrentadas a tendência é a solidariedade baseada na origem ou na raça. Aquilo que era antes uma inclinação torna-se algo efetivo: os guetos se constituem. Ali, no gueto, o mundo pregresso em seus valores ético-culturais são melhor exercidos e até mesmo uma certa paisagem originária é territorializada.

A cidade agora é um complexo espacial hierarquizado, cuja ordem mostra as classes sociais distintas e os grupos culturais distintos. Mas ela é mais que isso. Ela mostra um perfil fragmentado em sua densidade urbana, no que diz respeito à existência dos indivíduos. Os guetos na sua predominância são lugares de morada e convívio. Mas não lugares de trabalho. A não ser em seu comércio local, aspecto este que mostra ativamente os elementos de identidade ética local. Todavia, marcante é para a maioria dos indivíduos a necessidade de ter de sair desse lugar para ir trabalhar em outro. Lugar onde outras classes vivem, ou lugar onde convivem os da mesma classe, sendo que sua origem cultural pouco importa, sua individualidade pouco interessa. Ou importa na dimensão de maior ou menor facilidade de arranjar trabalho. Esses deslocamentos internos da cidade, pondo

em relação lugares diferentes, também será fundamental para a caracterização do que a cidade será. Nessa mobilidade interna da cidade, funde-se o que nos bairros e guetos está separado. Trata-se do contato das classes, de grupos de diferentes naturezas culturais. As relações são determinantes para as partes em contato. A relação predica. Nessa dinâmica, nessa espacialidade densa, pois é intensa a trama de relações de diferentes tipos, a cidade passa a admitir sua principal caraterística: ser um espaço de simbioses, de mestiçagens, de hibridismos. Ou seja, tem início a dissolução das identidades culturais-locais originárias. Na fusão nasce o outro, o do lugar. O da cidade. O indivíduo urbano.

Talvez a resistência a simbioses exista. De fato existiram e existem. Em maior ou menor grau. Como é fato admitir com relação à mobilidade vertical das classes. Mas o que não existe é a impermeabilidade total. Isto em especial com relação aos fundamentos culturais originários. Mesmo no arranjo espacial dos guetos, onde estes tenderão a ser as reminiscências de uma geografia pregressa, de um universo espacial de identidades que agora estão se reconstituindo. Os que vieram também são daqui, mas não como eram lá, na sua origem. Pois mesmo entre estes, afora as relações múltiplas com outros, também entre eles se processa uma hierarquização. Também do gueto haverá a exclusão. E o gueto deixa de ser o que é, e há aos outros a necessidade de ser mais periféricos nessa espacialidade. Mas aí já não encontram um espaço de identidade como antes, onde vivem os mesmo de mesma origem. Agora o bairro operário é múltiplo, e o único elemento de identidade é o seu perfil de pertencer basicamente à mesma classe social.

Na expansão do espaço urbano, a Cidade no seu conjunto se redefine. O centro se esvazia, especializa-se. Os bairros e suas classes se expandem, multiplicam-se, deterioram-se. O passado mostra-se no presente como reminiscência histórica, lugar por vezes de contemplação, do que existiu, do exótico. Na expansão do espaço urbano, a cidade encontra novos meios de relação. O urbano se espraia na perspectiva da relação entre lugares de distintas distâncias. Os lugares passam a estar em rede. Os nódulos de urbanidade estão em contato, em escala progessivamente mundial. A cidade agora é cidade mundial. E a relação entre os lugares são fluxos. A rede é um continente. Um continente descontínuo, de urbanidade desnivelada e intensamente hierarquizada. Os fluxos foram marinhos, depois foram também terrestres, depois também foram aéreos, mas agora são também virtuais. No horizonte das relações internacionais entre os lugares, os fluxos eram de mercadorias, depois de capitais, de bens de produção e agora também de informação. Nessa linha progressiva e cumulativa de fluxos, pessoas sempre migraram do campo para cidade, de um país para outro ao sabor das novas geografias que se construíam, numa ação de desterritorialização e reterritorialização, num ato de romper com a identidade e reconstruí-la em outro lugar. E nessa linha evolutiva de fluxos, nesse

processo de pessoas em trânsito, o mundo se urbanizou, ou o urbano tornou-se hegemônico. Construiu-se um mundo de cidades urbanas, de indivíduos urbanos. E no ápice as distâncias se estreitaram, pois a ordenação espacial agora conta com uma hierarquia móvel entre as cidades em contato.

E as hierarquias mostram a existência de regiões no continente. A dinâmica da relação campo-cidade, num campo cada vez mais urbano e menos rural, a cidade e seu *hinterland* mostra o passado diante das novas premências estabelecidas pela sua inserção no continente. A história não se apaga, a geografia também não, e as diversidades internas da cidade menos ainda. E o mesmo pode ser dito da diversidade entre as cidades. Ao contrário, mais do que nunca se aprofundam. O desequilíbrio existe, é real, mas é combinado, ligado, conectado, em rede.

E esse desequilíbrio põe mais uma vez os indivíduos em movimento. Mas agora um continente composto de cidades mundiais conectadas, e os fluxos migratórios serão de fora para dentro do continente e entre os nódulos desiguais do continente. Assim como teremos agora não só estrangeiros, também teremos clandestinos. As cidades são mundiais, mas as fronteiras para a mobilidade das pessoas são cada vez mais rígidas. Um desequilíbrio sob controle precário.

E o que há de novo nessas migrações? As culturas continuam diversas. Mas agora são culturas de origem urbana. Os que chegam, clandestinos ou não, são também de origem citadina. Talvez os que migrem para dentro do continente não sejam assim tão fundados numa subjetividade urbana. Porém, muitas vezes são um híbrido dicotômico entre passado e presente, entre a mentalidade do colonizador e a condição de colonizado, entre o mundo ocidental e sua alteridade. Algo que tenderá a se reconstituir no seu destino, na sua nova condição, em sua nova geografia. Assim as pluralidades muitas vezes já estão dadas na origem.

A geografia urbana das cidades está, como nunca, mais complexa. Os guetos se reconstituem. Novos surgem e não necessariamente nas periferias. Áreas deterioradas acolhem esses novos estrangeiros-clandestinos, constituindo-se não mais só o gueto clássico, mas sim uma espacialidade marginal, ou mesmo paralela. Um submundo mundial numa geografia desintegrada.

E aquilo que anteriormente era uma tendência manifesta, nessas atuais circunstâncias, já é caraterística marcante das cidades: o seu multiculturalismo e seu estágio mais profundo, o hibridismo cultural. As origens culturais agora são memória, são folclore. O que agora viceja nas cidades é uma tradição metamorfoseada, fundida pelas contingências da geografia das cidades. Mesmo assim, os dramas não desaparecem. As intolerâncias ressurgem numa face curiosamente perversa. Pois agora aqueles que, outrora, em gerações

anteriores, eram estrangeiros mostram-se intolerantes aos recém-chegados. É o sentimento extravasado de uma adversidade mal identificada, fruto de uma geografia fragmentada na subjetividade desses homens urbanos. No coração da lógica que produz o espaço urbano, encontra-se o motivo da exclusão, do medo e da insegurança da vida. A identidade com o lugar é difusa. É longínqua em suas tradições, muitas vezes reinventadas, mas sucumbidas pelo nacionalismo que agora parece mais fundamental na constituição da integridade, mais verdadeiro na afirmação da identidade com o lugar. Portanto, o estrangeiro/clandestino é o elemento que se mostra-se como desintegrador.

A par disso, caminha a pluralidade de culturas presentes e convivendo. Em atrito ou não. E nisso sedimentando a possibilidade nascente de uma nova subjetividade urbana. Muito mais que multicultural, a cidade será o lugar da ontologia híbrida. Processo que se acelera especialmente com as mídias e seus avanços tecnológicos. Mais que informação, a comunicação também é vetor de valores culturais. A absorção é feita por alguns de forma não-hierarquizada. No híbrido não há coerência consciente entre os diferentes fundamentos culturais que o compõem. Um indivíduo e sua individualidade híbrida encontra seu lugar nas cidades mundiais. Esse é o fundamento geográfico de sua ontologia. Polidiverso, muito mais que multi e trans, ele é híbrido. Sua identidade é a cidade.

O que se viu até aqui foram fases. Todavia cabe ressaltar: o difícil é que os períodos que se marcou anteriormente podem em determinadas geografias se confundirem e se entrelaçarem. E aí a complexidade aumenta. E o drama também. E isso não caberia em poucas linhas.

Em resumo, o drama é o seguinte: a emergência do território do multiculturalismo; a redefinição ou mesmo a ausência de sentimentos de identidade; o surgimento de uma territorialidade descontínua dos guetos; a dissolução ou o arrefecimento de velhos sentimentos locais redundando em intolerâncias; a absorção inevitável do valor estrangeiro; o nascimento de uma ontologia híbrida convivendo com o que insiste em ser tradição local. A cidade como territorialidade do diverso, lugar onde muitas vezes a população em sua maioria não é de origem local.

Agora cabe, nestas linhas finais, pensar um pouco mais sobre essa ontologia híbrida. Por vezes esta é tomada como destituída de atitude sensível a valores culturais tradicionais, e por conta disso algo resultante da dissolução acarretada por valores estrangeiros impostos. Algo, por exemplo, vítima de uma poderosa indústria cultural, que indiscutivelmente procura estabelecer padrões homogeneizados dentro do continente. Mas será necessariamente assim? Não terá a hibridez, o diverso no uno, uma singularidade mais ativa em reconhecer exatamente o diverso, o outro, a alteridade, pois considera que sua geografia é constituída destas mesmas características? Aqui, nestas linhas, acredita-se nisso. E identificada essa

ontologia, tomada no plano político necessário, as intolerâncias de todos os tipos serão terminantemente rechaçadas. Esse híbrido é tão local como mundial, pois sua identidade é a cidade e sua geografia urbana. Mas a escala dessa geografia transcende o local contíguo, pois a comunicação e suas mídias tornam os lugares então distantes em algo coexistente. O híbrido, o mestiço em sua faceta crítica se indispõe contra as homogenizações, pois se alimenta e se determina da diferença. Aqui a identidade é itinerante e não fixa. Os apriori fundantes (sexo, raça, tribo, credo, nacionalidade, nacionalismos) são relativizados e reavaliados. A racionalidade torna-se diversa, operando sistemas lógicos diversos, sem hierarquias, sem coerência. É o uno; mais que soma de vários, é síntese dos múltiplos. É o ser de estar na cidade. Algo que como nunca, em geografia nenhuma, encontrou tantas possibilidades de ser o que quer ser, independente do lugar de onde veio. O mestiço, o híbrido não tem para si que a resistência à homogeneização de uma cultura mundial passa por acender valores locais, pois o seu local é diverso, então sua contestação está em afirmar a mestiçagem, a hibridez. A identidade em questão é processual, aberta em perpétuo devir, em constante vir-a-ser. O que desfaz tradições. Não é algo escolhido conscientemente. É algo determinado por uma geografia adensada, de ritmo intenso, de espacialidade móvel. E isso terá de ser considerado quando se estabelece a necessidade de uma atitude ativa diante das contradições presentes nas geografias do mundo contemporâneo.

Em que pese tudo isso que foi afirmado, resta indagar o papel dos guetos. São sem dúvida lugar de refúgio. Algo que, em sua presença na geografia, dá conta da existência de relações homem/homem-meio pontuadas pela intolerância, preconceito e alienação. Mas se não for isso, será o quê? Lugar de culto às tradições? Roger Ciurana (2001) afirma: "o verdadeiro inimigo do indivíduo não é a humanidade universal e sim os particularismos nacionais, biológicos, raciais, sexuais, classistas, estes são os que sufocam a liberdade e uniformizam os homens". A cidade em sua geografia é feita do diverso, inclusive daqueles que recusam essa diversidade.

Assim a utopia é exatamente desvendar o que é a cidade, e dela partir para sua realização como Habitat. Ou seja, um desafio que remete a estabelecer os elementos constituintes da territorialidade do cotidiano dos indivíduos, no qual convivem a alienação de suas integridades e a subjetividade mediadora de suas relações. Subjetividade que representa a re-apropriação daquilo que lhe foi alienado: a cidade.

Nesse sentido, há a necessidade de olharmos para as reapropriações executadas pelos indivíduos e seus lugares. Seja de que natureza for essas reapropriações. Pois isso nos revelará quais são as dimensões das relações sociais em seus caráter identitário tanto entre os indivíduos bem como entre o que supõem serem seus lugares, aos quais pertencem ou querem pertencer.

Isso repõe os termos daqueles que pensam ser interventores da ordem/desordem urbana. Isso nos revela que a territorialidade das cidades é a dimensão espacial da complexidade, seja ela na relação sociedade/natureza ou entre o eu e sua alteridade. Isso recoloca o Homem no centro da nossa discussão, o que equivale a ter de pensar sobre sua ontologia fundante e assim ver como a geografia à qual ele vem respondendo o atira em um drama em que os sentimento mais comuns são o Medo, a Angústia e o Tédio. Afinal, a cidade é ou deve ser para quem?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUJEU-GARNIER, J. "Geografia da população". 2ª ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1980. p. 441.

GEORGE, P. "População e povoamento". São Paulo: Difusão Editorial, 1974. p. 242.

MATTELARD, Armand. "História de la utopia planetária". Barcelona: Paidós, 19?. p. 446.

ROGER CIURANA, Emilio. "Identidad, relativismo cultural e individuo". Revista Complejidad, [S.l.], n. 6, p.04-15, 2001.

PARTE II

Demografia e urbanização

URBANIZAÇÃO EXTENSIVA E NOVAS FRONTEIRAS URBANAS NO BRASIL

Roberto Luís M. Monte-Mór

Prof. Adjunto do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional e da Pós-Graduaçaõ em Arquitetura e Urbanismo – UFMG

RESUMO

O texto introduz um panorama da urbanização brasileira, ressaltando o papel das cidades na organização da economia regional e na reprodução da população. Faz uma discussão da emergência e consolidação do urbano-industrial, sua extensão a partir das economias metropolitanas e transbordamento sobre as periferias. Trata-se da urbanização extensiva, que se verifica com a extensão do tecido urbano sobre espaços regionais próximos e distantes, expandindo as condições gerais de produção e criando novos padrões de integração do espaço social nacional (e regional). Discute a emergência da urbanização extensiva no país, seus limites, fronteiras e potencialidades de generalização. Finalmente, discute as novas fronteiras urbanas e suas manifestações em contextos diversos, das aglomerações metropolitanas à fronteira amazônica. Apoia-se no referencial teórico desenvolvido por Henri Lefèbvre sobre a produção do espaço (urbano) contemporâneo e utiliza dados demográficos e estudos recentes sobre a urbanização no Brasil para ressaltar suas características principais: expansão metropolitana, crescimento das cidades médias, transformação de cidades mono-industriais e intensa urbanização nas fronteiras de recursos.

DESCRITORES: urbanização; áreas de fronteira; fronteiras urbanas; aglomeração urbana; Brasil.

INTRODUÇÃO

FUNDAMENTOS DA URBANIZAÇÃO CONTEMPORÂNEA NO BRASIL

Por quatro séculos, o Brasil ocupou sua extensa costa Atlântica e fez incursões a oeste para explorar recursos naturais e expandir seus direitos territoriais. A dinâmica dos ciclos regionais, do pau-brasil às "drogas do sertão", do ouro à cana de açúcar e ao café, além da "pata do gado" estendida a todo o território, produziu vilas e pequenas cidades, lugares centrais que articulavam a produção agrícola e extrativa de extensas áreas rurais aos portos, de onde era canalizada para os mercados externos. Algumas poucas cidades costeiras concentravam o capital comercial e o aparato estatal, unificando o sistema mercantil e garantindo a estabilidade política que permitiu a continuidade desses processos dos dias coloniais ao Império, estendendo-se finalmente até a República.

A urbanização, apesar do papel central nas transformações industriais recentes, não foi traço histórico expressivo. Ao contrário, o país se caracterizou por uma ocupação rural extensiva pontuada por poucas cidades e muitas pequenas vilas que organizaram redes urbanas extremamente frágeis, isoladas no cerrado, florestas e campos, distantes dos centros costeiros que articulavam as economias regionais. A exceção foi a economia mineradora interiorana, nos setecentos, que gerou fortíssima migração interna e externa e causou a própria mudança da capital colonial da Bahia para o Rio de Janeiro. Some-se o desmembramento da capitania de São Paulo nas capitanias do Rio de Janeiro e Minas Gerais e a articulação do espaço macroregional de abastecimento das minas que, além das regiões paulistas e fluminenses vizinhas, atingiu o sul do país, com as tropas da moderação, e o vale do São Francisco, até o Piauí, estendendo-se também para oeste, Goiás e Mato Grosso, avançando até a Amazônia, e tem-se a dimensão dessa economia umbilicalmente ligada ao centro do metalismo mercantil europeu. Essa economia urbano-industrial da Idade do Ouro brasileira produziu um sistema de cidades relativamente complexo e uma forte cultura urbana que só hoje começa a ser desvendada e exibida em sua dimensão maior[1] . Ao deslocar o centro da economia colonial para o sudeste do país, estabeleceu o padrão de concentração que perdura ainda hoje, tornando a província de Minas Gerais a mais populosa até 1940 e fazendo do Rio de Janeiro o principal centro político e econômico até 1960, quando a indústria concentrada em São Paulo o transformou, na segunda metade do século vinte, no estado mais rico e populoso do país.

O século XIX foi marcado pela dominação inglesa, desta feita diretamente e não mais por meio de de Portugal, como no período colonial. Ao trazer a Coroa Portuguesa para o Brasil, a Inglaterra conquistou posição monopolista para suprir bens e serviços industriais

1 A natureza e as dimensões da Idade de Ouro do Brasil (1), (2) e particularmente seu caráter moderno e urbano, vêm sendo rediscutidas e redimensionadas em novos trabalhos; ver, entre outros: (3), (4), (5), (6).

e financeiros e condição monopsônica para adquirir recursos naturais locais. As limitações à indústria permaneceram, não por tratados draconianos como o famoso Methuen, mas pelo imperialismo econômico que a economia inglesa conseguia exercer.

Com a economia do império centrada no trabalho escravo e um mercado interno então restrito, a rede urbana pouco se desenvolveu. Sem uma divisão do trabalho cidade-campo expressiva e sem papel econômico importante a cumprir, exacerbou-se a autarquia do campo e a cidade brasileira ficou subsumida na estrutura oligárquica rural (OLIVEIRA, 1982). Com a abolição do trabalho escravo e o advento da República, ao final do século XIX, pequenas novas cidades passaram a ofertar bens e serviços centrais às atividades agrícolas dinâmicas, mas o papel da cidade brasileira permaneceu predominantemente limitado à cidade política, onde a oligarquia rural exercia (e ostentava) seu poder. Mesmo capitais importantes, como a planejada Belo Horizonte, que combinou a vertente industrial das minas com os interesses oligárquicos das regiões do café, tiveram seu desenvolvimento limitado pelo papel de cidade política, vitrines de uma urbanidade sonhada nas fazendas de café ou do gado (7, 8).

Ao final do século, em que pese a crescente influência norte-americana no continente, a Inglaterra ainda controlava a economia brasileira e a industrialização se restringia a idéias visionárias em meios progressistas[2] . As grandes capitais regionais e algumas cidades manufatureiras produziam alimentos (laticínios, bebidas, farináceos) e manufaturas tradicionais como artefatos de couro, produtos texteis e instrumentos de metais fundidos. O país continuava dominantemente rural, controlado pelas oligarquias.

Em 1890, 42,6% da população brasileira estava já concentrada na região Sudeste (Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo), ultrapassando definitivamente a região Nordeste (da Bahia ao Maranhão), com 41,9%. Minas Gerais era de longe a província mais populosa, com mais de três milhões de habitantes, seguida de São Paulo e Pernambuco, com pouco mais de um milhão cada uma. A hegemonia mineira perdurou até 1940, quando São Paulo superou e consolidou sua posição no contexto nacional. Nesse ano, a população urbana brasileira já representava cerca de 45% do total nacional, percentual equivalente ao do estado de São Paulo e superior a todos os demais, à exceção do Rio de Janeiro, com 61%[3] . O país continuava rural, apesar dos esforços incipientes de industrialização promovidos pelo governo central e alguns estados pioneiros.

Entretanto, os trabalhadores urbanos já vinham ganhando peso político no Rio de Janeiro, que, ao final do século XIX, era a segunda maior cidade da América Latina. O rápido declínio

2 Para uma visão benevolente da dominação inglesa no Brasil, ver (9).

3 Dados populacionais da Fundação IBGE: Anuário Estatístico do Brasil, 1995, para 1995 e anos anteriores; Contagem Populacional de 1996, para o ano de 1996; Censo Demográfico de 2000, para o ano de 2000.

dos preços internacionais do café reduziram a capacidade de importação e forçaram uma tímida industrialização substitutiva de importações entre 1890 e 1930. A indústria nascente, concentrada no Rio de Janeiro (aproximadamente 50%), em São Paulo e em algumas capitais e cidades regionais, sofria com o caráter autárquico legado da economia escravista, que reduziu a complementariedade cidade-campo e impedia a indústria de se apoiar em uma divisão do trabalho e/ou capacidade e criatividade manufatureiras prévias. Ao contrário, tinha de desenvolver internamente altos níveis de integração vertical[4] .

As políticas de imigração internacional adotadas ao final do governo imperial contribuíram para expandir as cidades grandes nas regiões Sudeste e Sul e os novos migrantes europeus incluíam um grande número de trabalhadores urbanos qualificados, particularmente no Rio e em São Paulo, mas também em outras cidades. Por outro lado, muitos imigrantes vindos para trabalhar no campo não suportaram as relações semi-escravistas dominantes e se dirigiram às cidades. Mercados cresceram e sistemas locais de cidades surgiram, criando as bases do que viriam a ser as regiões metropolitanas.

As primeiras décadas do século XX não viram um processo muito intenso de urbanização, mas viram transformações expressivas no contexto urbano. O Censo de 1920 mostrou uma concentração urbana mais diversificada, para além do Rio de Janeiro, e seis capitais já superavam 100 mil habitantes. São Paulo, com apenas 50 mil habitantes em 1890, havia-se tornado uma cidade grande, com mais 500 mil pessoas. O Censo de 1940 mostrou as duas grandes metrópoles nacionais – Rio e São Paulo – consolidadas, com mais de um milhão de habitantes, além de oito outras capitais regionais superando os 100 mil. A hegemonia do Sudeste, e de São Paulo, se evidenciaram e a partir de então a cidade de São Paulo transformou-se no pólo industrial nacional inconteste, concentrando atividades diversificadas – particularmente industriais – em níveis sem precedência no país.

A partir de 1940, todas as regiões brasileiras apresentaram altas taxas de urbanização, sendo que os estados onde havia fronteiras agrícolas e de recursos naturais apresentaram também crescimento da população rural. Em 1960, a região Sudeste já apresentou um decréscimo absoluto na população rural e nas demais regiões a perda de população rural se iniciou em 1970, à exceção do Nordeste, onde se deu apenas em 1980. No país, a população rural começou a decrescer em termos relativos em 1940 e, a partir de 1970, decresceu em termos absolutos. Estava feita a inflexão rural-urbana no Brasil.

As condições urbano-industriais de produção e reprodução coletiva, entretanto, estavam ainda restritas às cidades onde algumas categorias de trabalhadores recebiam

4 (10),(11) e (12) discutem a concentração industrial em São Paulo e (13), seu crescimento urbano.

os benefícios que a legislação trabalhista garantia: salário mínimo, férias, pensões. O Estado do Bem-Estar, embrionário e seletivo, limitava-se aos setores econômicos modernizados e a algumas cidades políticas e/ou industriais, excluindo o campo e centenas de pequenas cidades, sedes de municípios onde as facilidades urbanas básicas, tais como serviços de água e esgoto, calçamento e mesmo eletrificação, além de educação e saúde, inexistiam ou eram de acesso muito limitado. O urbano-industrial eatava ainda restrito às capitais e a alguns centros mono-industriais e/ou mercantis regionais.

O crescimento anual médio da população urbana brasileira atingira 3,91% na década de 40, muito superior ao crescimento da população total, de 2,39%. Entretanto, problemas de habitação, crescimento e serviços urbanos não constituíam preocupações centrais dos governantes e o planejamento urbano (e regional) estava restrito a casos isolados, na maioria das vezes situações que requeriam um urbanismo de luxo, necessário apenas quando grandes projetos políticos (novas capitais) ou industriais (novas cidades) exigiam um tratamento formal diferenciado do espaço urbano [14]. Problemas de desenvolvimento industrial, integração territorial e desequilíbrios regionais cresciam nos debates nacionais, mas as questões do crescimento das cidades e aglomerações urbanas não estavam ainda colocadas, esperariam dias futuros.

DA CIDADE INDUSTRIAL À URBANIZAÇÃO EXTENSIVA

O governo Kubitschek (1956-60) criou as bases para as grandes transformações urbanas e regionais que aconteceriam no Brasil nas décadas que seguiram o pós-guerra. Seu programa de governo de orientação cepalina, o Plano de Metas, trouxe para o nível federal sua experiência em Minas Gerais, centrada na infra-estrutura de transportes e energia como base do investimento para dinamização e integração do mercado interno. Deu nova vida às políticas regionais em voga, desde a experiência norte-americana no Vale do Tennessee e sua sucedânea brasileira no Vale do São Francisco, resgatando da Constituição de 1946 as porcentagens para investimento federal na região deprimida, o Nordeste, e na região vazia, a Amazônia. A nova capital federal construída no Planalto Central—Brasília, a 31ª. Meta — acabou por se tornar um dos mais significativos projetos regionais já realizados no país. Contariando a teoria dos pólos de crescimento, centrados em indústrias-motrizes, a cidade política da qual a indústria foi excluída acabou por transformar-se em lugar central de um novo território maior do que a Índia e pólo de desenvolvimento de fato das forças que alavancaram a ocupação do interior do país.

Paralelamente, a revolução verde começou a mudar o campo brasileiro e algumas indústrias ligadas à agropecuária se interiorizaram, potencializando investimentos federais

e deslanchando, junto com um ambicioso e incompleto programa de rodovias federais, a tão buscada integração nacional. Novas rodovias ligaram Brasília ao triângulo dominante do Sudeste – São Paulo-Rio-Minas – e às áreas costeiras a sul e norte do país. Um proto-sistema de estradas não-pavimentadas ligou precariamente Brasília à Amazônia oriental e ocidental e definiu o programa rodoviário que seria implantado pelos militares. O Programa de Metas estabeleceu também um novo patamar de "racionalidade técnica" na gestão e planejamento públicos, prática seguida pelos presidentes civis Quadros e Goulart e, mais enfaticamente, pelos governos militares posteriores, cuja ilegitimidade política fazia-os particularmente dependentes da racionalidade e suposta eficiência tecnocráticas.

O período Kubitschek significou ainda uma mudança na orientação nacionalista que marcou o período Vargas. O Brasil atraiu capitais estrangeiros em setores fordistas — particularmente na indústria automobilística — estabelecendo, contudo, regulações rígidas quanto ao tempo de nacionalização dos processos de produção, remessa de lucros para o exterior, entre outras. O Estado financiou grupos nacionais e/ou investiu diretamente na produção de caminhões e automóveis aproveitando, a disponibilidade para risco e projetos conjuntos de multinacionais européias como a Alfa Romeo, a VolksWagen, a Renault, a Willys, entre outras, que buscavam competir nos mercados internacionais promissores do pós-guerra. Investimentos na indústria siderúrgica, cimento e outros bens intermediários, vagões ferroviários de carga e passageiros, produção de navios e construção pesada, entre outros, foram feitos ou estimulados pelo governo federal.

Em 1960, o Brasil já apontava claramente para uma territorialidade interiorizada e uma opção urbano-industrial centrada nas grandes cidades e nos corredores de transporte rodoviário — particularmente, o eixo Rio-São Paulo — implicando uma modernização e integração aceleradas do espaço nacional. O crescimento da população urbana, a uma taxa anual média de 5,15%, atestava a transformação para a qual a década tinha apontado, mas atestava também que as oportunidades estavam concentradas nas cidades e que a população havia que se deslocar para elas para buscá-las. Em outras palavras, as condições gerais de produção, incluindo a reprodução coletiva da força de trabalho e o apoio direto à produção, estavam ainda concentradas em poucos pontos discretos do espaço urbano-industrial brasileiro: as aglomerações urbanas nas capitais estaduais e seus entornos, algumas cidades médias principais e/ou centros mono-industriais[5] que foram objeto de grandes investimentos públicos, semi-públicos e, eventualmente, privados.

Quando os militares assumiram o poder em 1964, uma nova tecnocracia redefiniu as condições para investimentos de capitais externos no país, reduzindo as restrições

5 Cidades mono-industriais são cidades controladas por grandes indústrias; podem ser novas, construídas para abrigar a indústria, ou cidades existentes, apropriadas para constituir a base urbana necessária aos serviços de apoio à produção e à reprodução (coletiva) da força de trabalho (15), (16).

nacionalistas. A Constituição de 1967, outorgada no período militar, abriu o caminho para o crescimento industrial fordista, que ficou conhecido como Milagre Brasileiro. Os níveis de abertura e dependência externa da economia brasileira se aprofundaram com as necessidades de importação, mas o crédito internacional e o próprio capital produtivo estrangeiro, fugindo dos baixos níveis de remuneração das economias centrais, financiaram investimentos em mercados periféricos, como o Brasil. Os padrões substitutivos da produção industrial foram assim modificados e as indústrias na base da cadeia produtiva — bens intermediários e de capital — deram lugar às indústrias fordistas centradas nos bens de consumo durável. O consumo de bens duráveis modernos implicava o fortalecimento das camadas médias e sua concentração nas áreas urbanas, onde os meios de consumo coletivo requeridos para o consumo individual estavam parcialmente disponíveis. Reforçou-se e hierarquizou-se, então, o incipiente sistema urbano brasileiro. Os investimentos se concentraram nas áreas centrais das grandes cidades do Sudeste, capitais regionais e cidades médias(14).

O novo padrão espacial urbano-industrial demandava melhores condições sócioespaciais para o requerido consumo (coletivo e individual) dos bens fordistas, exigindo maior concentração espacial e de renda nas camadas ricas e médias que constituíam a demanda efetiva para esses bens. Um criativo sistema combinado de poupança voluntária e compulsória permitiu a expansão do crédito ao consumidor incluindo os segmentos mais baixos das classes médias, e financiou a produção do espaço urbano nas áreas selecionadas e a extensão das necessárias condições gerais de produção (urbano-industrial) além dos limites das cidades. A necessidade de integrar partes crescentes dos espaços regionais aos novos padrões de consumo exigiu a extensão a parcelas maiores do território das condições de produção exigidas pela indústria fordista, tais como: regulação da força de trabalho (e os benefícios sociais associados); redes de transportes, comunicações e energia elétrica; infra-estrutura e serviços de apoio à produção; e o conjunto de serviços urbanos e sociais que tinham como objetivo principal estender o Estado do Bem-Estar (incipiente e seletivo) a todos os espaços regionais integrados ao tecido urbano-industrial.

Ao final da década de 1970, as condições (urbanas) gerais de produção (industrial) e da reprodução (coletiva) já estavam estendidas muito além dos limites das cidades, incorporando os territórios metropolitanos e as áreas rurais ao longo das rodovias, conectando cidades e roças aos centros urbano-industriais. Essa urbanização extensiva[6] , que se processa para além das cidades e representa em última instância a dominação final do campo pela lógica urbana (18),(19), ganhou o espaço regional e se estendeu ao longo das rodovias, dos sistemas de comunicações e energia, cobrindo virtualmente todo

6 Tecido urbano é um termo largamente utilizado pelos urbanistas mas reapropriado por Henri Lefèbvre (17) para discutir sua formulação da revolução urbana (18). Utilizo o conceito de urbanização extensiva (19) para descrever o processo de extensão das condições gerais de produção urbano-industriais para além das cidades, atingindo espaços próximos e longínquos onde as relações sócioespaciais urbano-industriais se impõem como dominantes, independentemente das densidades urbanísticas.

o território nacional e carregando consigo, em maior ou menor grau, os serviços urbanos requeridos pela vida (urbano-industrial) contemporânea, desde aqueles básicos ligados à reprodução da força de trabalho até os mais complexos de gestão e apoio à produção.

"Já não há mais problema agrário, agora se trata do problema urbano em escala nacional", disse o economista Francisco de Oliveira, enfaticamente, no seu texto provocativo originalmente apresentado à Reunião Anual da SBPC, em 1978 (20). À parte a imprecisão conceitual ao tomar a problemática rural como sendo a questão agrária, confusão que foi claramente demarcada por Milton Santos ao distinguir o Brasil agrário do Brasil rural (21), Oliveira identificava, já à época desse famoso texto, uma transformação sócioespacial radical no país: as relações capitalistas de produção penetraram em todo o espaço nacional com o processo de urbanização (extensiva, diria eu, desde o centro de São Paulo e através das periferias até atingir a longínqua fronteira amazônica). Esse seria o ovo de Colombo da urbanização brasileira – entender que as relações capitalistas cobrem agora todo o espaço nacional:

"A urbanização da economia e da sociedade brasileiras nada mais é senão a extensão, a todos os recantos e setores da vida nacional, das relações de produção capitalistas; embora seja ainda, em muitos casos, apenas uma tendência, sua marca é peculiar: já não se pode voltar atrás." (20:75).

De fato, o processo de urbanização que marcou os governos militares desde os anos 70 com a expansão das condições gerais de produção e de reprodução coletiva da força de trabalho não se restringiu às cidades grandes, médias e pequenas, mas estendeu-se sobre o próprio campo ao longo dos eixos de comunicação e tranportes e nas concentrações de serviços que assim surgiram para apoio à produção (e reprodução)[7] . Essa urbanização extensiva (re)produziu, como esperado, os padrões de concentração de renda e da propriedade e, conseqüentemente, de exclusão sócioespacial de grandes parcelas da população que historicamente caracterizaram a cidade e o campo brasileiros. Entretanto, ao interligar e integrar espaços rurais isolados ao espaço urbano extensivo das periferias metropolitanas gerou também novas formas sócioespaciais que dialeticamente destruíram (e reproduziram) as antigas relações de produção dominantes no mundo rural brasileiro à medida que também produziram (e destruíram) um novo espaço social articulado ao espaço abstrato global (25). As novas formas sócioespaciais assim seletivamente modernizadas e parcialmente articuladas aos grandes centros urbanos e metropolitanos

7 Programas como o PIN — Programa de Integração Nacional, que estabelecia o assentamento de colonos na faixa de 100 km ao longo das estradas federais em áreas de fronteira até a Amazônia, e o II PND — Plano Nacional de Desenvolvimento, com sua visão espacializada, foram determinantes para a extensão das condições de produção (e reprodução) a novas e amplas parcelas do território nacional. Ver (22), (23), (24).

são assim produzidas na periferia do capitalismo mundial, gerando novos espaços urbano-industriais também incompletamente integrados ao centro da acumulação capitalista globalizada. Assim, esses espaços acumulam tempos-espaciais distintos e justapostos em maior profusão e variedade do que suas contrapartes nos países capitalistas centrais (26).

A URBANIZAÇÃO AGLOMERADA E EXTENSIVA: MÚLTIPLAS FRONTEIRAS URBANAS NO BRASIL

A implantação do fordismo no Brasil, mesmo em sua versão periférica[8] , e a sua extensão aos espaços urbano-regionais mais distantes requeria uma concentração industrial metropolitana mais forte e mais diversificada, englobando as diversas regiões do país. De fato, as nove regiões metropolitanas originais, que conteriam[9] 22% da população total do país em 1960, cresceram a uma taxa média anual de 4,59% e passaram a conter 26% em 1970; na década seguinte, mesmo com uma queda no seu crescimento médio (3,73% a.a.), passaram a conter 29% da população total do país em 1980. Desde então, apesar das cidades-metrópoles terem reduzido sua participação na população metropolitana (há casos com crescimento populacional inferior ao crescimento do país), vários municípios metropolitanos apresentaram um crescimento demográfico expressivo, o qual, aliado ao fato de que novos municípios têm sido continuamente agregados, garantiu que essa participação se mantivesse equivalente nas décadas seguintes.

Entretanto, um estudo recente da rede urbana brasileira feito pelo governo federal em parceria com uma universidade pública identificou doze aglomerações metropolitanas que reúnem 33,7% da população do país (52,7 milhões de habitantes). Além dessas, 37 aglomerações "não-metropolitanas", reunindo 13,1% da população (20,6 milhões) e 62 centros urbanos isolados com população superior a 100 mil habitantes formam o conjunto das 111 aglomerações urbanas, que, ao final da década de 1990, englobavam 440 municípios e 55% da população brasileira, cerca de 86,6 milhões de pessoas[10] .(29)

Por outro lado, o Censo Demográfico de 2000 mostrou um grau de urbanização de 81,23% para o Brasil, sendo que os estados mais populosos apresentavam graus ainda mais altos: 82% para Minas Gerais, 93,41% para o estado de São Paulo e 96,04% para o Rio de Janeiro, dados surpreendentes à primeira vista. As regiões Sudeste (90,52%),

8 Para uma discussão do "fordismo periférico", ver (27).

9 Trata-se de um artifício comparativo, visto que as RMs foram criadas por Lei Complementar em 1974.

10 A constituição de 1988 conferiu aos estados o poder de criar regiões metropolitanas e várias novas RMs vêm sendo criadas ao nível estadual, muitas vezes em torno de cidades médias conurbadas (15), (28); entretanto, o estudo citado (29) classifica aglomerações urbanas e metropolitanas segundo critérios próprios, sem considerar seu estatuto legal.

Centro-Oeste (86,73%) e Sul (80,94%) apresentaram graus de urbanização também altos, enquanto as regiões Norte e Nordeste, com graus de urbanização mais baixos — 69,83% e 69,04% respectivamente — têm mantido taxas de crescimento urbano altas desde 1950.

Assim, o Brasil, além de quase todo urbanizado, está ainda se urbanizando a passos largos, devendo-o tanto aos altíssimos percentuais de concentração de população urbana nos estados mais populosos e desenvolvidos quanto à urbanização intensa nas regiões de fronteira do Centro-Oeste e do Norte. Portanto, ainda que a taxa anual média de crescimento urbano tenha sistematicamente se reduzido no país nas últimas décadas[11], os novos padrões de urbanização tanto reforçam a concentração populacional em áreas conurbadas quanto promovem a desconcentração sobre cidades médias e pequenas.

Pode-se assim identificar um duplo padrão de urbanização no Brasil, já manifesto em décadas anteriores, mas hoje mostrando nova natureza e organização. De um lado, uma concentração populacional em grandes e médias áreas urbanas, principalmente as regiões metropolitanas e regiões urbanas do Centro e do Sul como um todo. De outro, a extensão da urbanização sobre amplos espaços regionais por meio de das redes de transportes, comunicação e serviços integrando as espacialidades diversificadas e (re)qualificando as relações urbano-rurais, mudando assim a natureza da urbanização no Brasil. Não se trata mais apenas da urbanização em cidades; o tecido urbano se expandiu para além dos perímetros urbanos, gerando e integrando novas centralidades e periferias diversas, ao mesmo tempo em que estendeu as relações de produção (capitalistas) urbano-industriais pelo espaço social como um todo. A partir dessa nova urbanização, ao mesmo tempo concentrada e estendida, articulam-se ações políticas, locais e distantes, em processos de competição e cooperação cada vez mais complexos e plurais, tanto internos às unidades urbanas quanto externos, articulando centros e regiões urbanizadas.

Podem-se apontar, portanto, algumas novas dinâmicas na urbanização brasileira. Em primeiro lugar, a expansão e proliferação das aglomerações urbanas—metropolitanas ou não — com a ampliação das áreas conurbadas e/ou funcionalmente integradas e o conseqüente aumento da participação da população concentrada nessas áreas face ao total da população brasileira, expandindo e redefinindo suas periferias de múltiplas formas: entornos, cinturões, áreas de influência e outras denominações que podem envolver municípios e cidades distantes centenas de quilômetros da metrópole original[12] .

11 A taxa anual média de crescimento urbano, de 5,2% nos anos 60, reduziu-se para 2,4% nos anos 90.

12 As nove RMs eram originalmente compostas por 117 municípios, e esse número se manteve até 1980; em 1991, o número total de municípios passou a ser 131; em 1996, passou a 167 e, em 2001, passou a 190, expressando tanto a expansão das RMs sobre novos municípios quanto o desmembramento de municípios já incorporados que sofreram grande crescimento e/ou adensamento.

Em segundo lugar, nota-se a multiplicação dos chamados centros urbanos isolados em todas as regiões do país: enquanto as aglomerações urbanas tendem a se concentrar nas regiões mais populosas, os centros isolados se distribuem regionalmente de forma mais equilibrada[13] . Isso evidencia o crescimento urbano (e econômico) das capitais estaduais e/ou de algumas cidades médias que desempenham forte papel polarizador em regiões menos populosas, constituindo-se muitas vezes em pólos e/ou lugares centrais de serviços em regiões de fronteira de recursos naturais, gerando e articulando extensas redes urbanas (micro)regionais.

Em terceiro lugar, nota-se a proliferação de centros urbanos pequenos articulados em novos arranjos sócioespaciais que buscam inovações institucionais para a oferta e gestão de serviços municipais e/ou micro-regionais: sistemas urbanos locais em que os diversos centros desempenham papéis complementares e desenvolvem ações articuladas. Assim, um ou mais centros podem ser espaços privilegiados dos serviços de saúde e educação enquanto outros congregam os serviços de apoio às bases produtivas da micro-região. A cooperação pode se dar por meio de associações municipais, consórcios de municípios com finalidades específicas, convênios de cooperação para responder a projetos estaduais, federais ou mesmo de organismos internacionais, públicos e privados. Enfim, a escala local de organização espacial sóciopolítica e econômica deixa de ser apenas o município para atingir o nível microregional ou local expandido, sem com isso eliminar processos de competição para localização de atividades econômicas e/ou atração de funções centrais relevantes.

Finalmente, cabe voltar a ressaltar o processo de urbanização extensiva, mediante o qual o tecido urbano avança sobre o antigo espaço rural, redefinindo-o, subordinando-o e integrando-o ao sistema urbano-industrial gerado nas aglomerações metropolitanas e nos centros urbanos principais. A urbanização extensiva é assim a materialização sóciotemporal dos processos integrados de produção e reprodução, resultantes do confronto do industrial com o urbano, acrescida das dimensões sóciopolítica e cultural intrínsecas à polis. O termo, apesar de sua inspiração claramente lefebvriana, não é utilizado por Lefèbvre. Utilizo-o para explicitar a incorporação de alguns aspectos centrais do pensamento de Lefèbvre sobre o fenômeno urbano, mais particularmente aliando à dimensão sócioespacial da urbanização, mais facilmente identificável, a dimensão política ali implícita: a praxis urbana[14] . Essa prática teórica gestada no quotidiano da vida urbana,

13 As regiões mais populosas – Nordeste, Sudeste e Sul – concentram quarenta e quatro das quarenta e nove (90%) aglomerações metropolitanas e não-metropolitanas do país, contra apenas quarenta e cinco dos sessenta e dois (70%) centros urbanos isolados (cálculo a partir de dados de (29).

14 O prof. Milton Santos (21) utiliza o conceito de meio técnico-científico e informacional para se referir às transformações que o meio sócioespacial vem sofrendo com o equipamento do território, conceito que me parece muito útil e relevante para se entender a transformação geográfica, mas que não apreende com clareza ou enfatiza a dimensão política aqui pretendida.

no espaço privilegiado da reprodução social, mas que combina produção e reprodução, cooperação e competição, e que era privilégio da cidade ou da polis, hoje se estende virtualmente a todo o espaço social. Assim, a espacialidade social contemporânea — o urbano, aglomerado e/ou estendido, resultante do encontro explosivo da indústria com a cidade e que se estende com as relações de produção (e sua reprodução) por todo o espaço social, onde as condições gerais de produção (e de consumo) carregam consigo, também para o espaço rural e regional, a reação e a organização políticas próprias da cidade. A repolitização da cidade acaba se desdobrando sobre o espaço social como um todo — é todo o espaço social que se repolitiza. Sintomático exemplo disso é o fato de os movimentos sociais urbanos dos anos 70 terem apenas perdido seu adjetivo urbano — eles estão agora em toda parte, por todo o espaço social, dos centros urbanos às periferias e até o meio da floresta amazônica.

A compreensão da realidade resultante desse processo amplo de urbanização — a sociedade urbana, virtual, mas também já objetiva — constitui condição para se entender a complexidade do espaço social contemporâneo no Brasil. É nesse sentido que se pode falar de uma urbanização extensiva, que se impõe para além dos limites das cidades e integra espaços rurais e regionais ao contexto hegemônico urbano-industrial, assim multiplicando as fronteiras urbanas tanto internamente às nucleações e aglomerações urbanas e suas franjas, quanto nos espaços regionais e rurais que vão sendo incorporados à lógica urbano-industrial. A urbanização se estende assim ao longo dos grandes eixos viários de penetração em regiões novas, como a Amazônia e o Centro-Oeste, ou com serviços produtivos, de consumo coletivo e de comunicação, redefinindo acessibilidade e cultura, em regiões deprimidas, como o Nordeste, ou mesmo em espaços residuais das regiões centrais, como as ilhas de ruralidade do interior de Minas ou São Paulo, onde antigas relações de produção e de posse (pré-capitalistas) só agora dão lugar à modernidade (ou à modernização do espaço social, sua produção e consumo) (19).

A idéia de fronteira no Brasil está, de um lado, associada à expansão do território nacional desde o citado Tratado de Tordesilhas e, de outro, à expansão de ciclos agrícolas a regiões novas, a espaços regionais ainda excluídos da articulação capitalista e/ou incompletamente organizados. Diversas fronteiras marcaram a história da produção do espaço nacional e se confundem com o avanço do capitalismo agrário no país[15] . Os governos militares aliaram à sua preocupação geo-política os interesses do movimento do capital em direção à fronteira de recursos naturais no país, que partiu do Planalto Central em direção ao Norte e ao Noroeste e povoou o imaginário nacional provocando, apor meio de

15 Foweraker {1981 #16} produziu um dos mais extensivos relatos da expansão das fronteiras agrárias no Brasil.

investimentos, políticas e incentivos públicos, uma reorganização do espaço produtivo nacional em dimensões jamais vistas.

Muito se tem escrito sobre a dinâmica da fronteira brasileira — em especial, na Amazônia e no Centro-Oeste — sem todavia ressaltar seu caráter urbano ou mesmo sua dinâmica sócioespacial além da evidência territorial imediata[16] . Poucos foram os autores que, além de ressaltarem sua heterogeneidade evidente, perceberam a importância da mobilidade interna de capitais e do trabalho e relacionaram seu caráter urbano ao papel do Estado na expansão (inter)nacional do capitalismo, como o fez com clareza Becker(33). Entretanto, a idéia de fronteira no Brasil carece de atualizações e revisões e certamente na Amazônia não se aplica o sentido turneriano de fronteira[17] , opondo civilização e barbárie, visto que não pode mais pressupor a simples expansão de um sistema hegemônico sobre espaços vazios. Tampouco, pode-se pensar em uma progressão linear e contínua, uma vez que não mais se trata da incorporação de espaços sociais da barbárie pré-moderna condenados ao desaparecimento à sociedade dominante capitalista. Ao contrário, a fronteira contemporânea, urbanizada e pós-moderna, onde índios e seringueiros, garimpeiros e colonos, fazendeiros e comerciantes, entre muitos outros novos atores estão articulados em associações interescalares, entre si e com agentes distantes, nacionais e internacionais, define-se como espaço de conflito entre sistemas sócioeconômicos, institucionais e culturais distintos, articulados entre si.

Tomado assim de forma contemporânea e liberto do viés turneriano, o conceito de fronteira traz implícito um sentido de espaço de tensão e transformação — ou de nova formação — podendo tanto marcar o avanço de uma territorialidade sobre outra quanto demarcar diferenças e heterogeneidades, aproximando-se portanto dos conceitos de heterotopia e heterotopologia desenvolvidos por Lefèbvre (25) e (36)[18]. Nesse sentido, outras faces da urbanização brasileira podem também ser (re)pensadas à luz daquele conceito, entre elas a expansão do tecido urbano sobre áreas periféricas imediatas e distantes, a articulação urbano-rural e microregional formando os pequenos sistemas urbanos e mesmo novas fronteiras sócioespaciais no interior da malha urbana.

16 (22), (19), (23), (30), (31),(32) apenas para citar alguns autores conhecidos que produziram trabalhos importantes e influentes, sem abordar essa questão. Becker constitui a exceção principal, tendo visto na Amazônia a fronteira urbanizada (33), (34).

17 A introdução do termo fronteira, no sentido do avanço da modernidade sobre espaços da "barbárie", ou "vazios", deve-se a Frederick Jackson Turner, que, em seu famoso ensaio de 1894 sobre a fronteira norte-americana, cunhou de forma influente e definitiva esse conceito (35).

18 Não há evidências de referências entre os dois autores, que, todavia, desenvolveram conceitos próximos. Soja (37), em sua busca lefebvriana pelo Terceiroespaço, dedica um capítulo às heterotopias foulcautianas e suas articulações.

Entretanto, a fronteira pode apontar também para uma terceira posição, para a possibilidade da reinvenção da relação com o outro, da ambigüidade da complexidade contemporânea, das opções virtuais a partir do confronto das dualidades dicotômicas. Entre o campo e a cidade, outras possibilidades estão contidas na urbanização extensiva. Entre a cidade e a região, muitas periferias mutantes se reconstituem, produzindo novos centros, assim como novas centralidades periféricas e espaços marginais centrais. Às mais óbvias centralidades urbanas somam-se inúmeras formas de organização urbano-rural, exigindo a criação de novas categorias mediadoras, entre os distritos e as áreas rurais, tais como os núcleos rurais, os núcleos urbanos isolados, as áreas de extensão urbana, entre várias outras. Os limites entre o rural e o urbano se tornam assim cada vez mais difusos, assim como as centralidades e periferias passam a ser definidas por outros fatores que não apenas sua localização na malha sócio-espacial ou mesmo sua concentração de comércio e serviços tradicionais. Periferias podem abrigar atividades produtivas ou de lazer de caráter central, enquanto áreas urbanas localizadas nos centros podem estar periferizadas em sua utilização e função no sistema urbano local.

Uma das conseqüências da multiplicação de centralidades e periferias no espaço urbano é a formação de sistemas urbanos locais onde vários centros, sejam ou não sedes municipais e/ou distritais, cumprem papéis diferenciados nos complexos sistemas urbano-rurais e centrais-periféricos. Isso pode ser observado tanto em regiões metropolitanas quanto em espaços da fronteira amazônica, onde municípios distantes entre si algumas dezenas de quilômetros se articulam como pequenos sistemas urbanos onde a cada um cabem funções e atividades complementares, com movimentos pendulares diários.

As fronteiras urbanas, pontos de tensão e de encontros possíveis entre comunidades e grupos organizados, obedecem cada dia mais a lógicas distintas e é preciso reconhecê-las — tanto as fronteiras quanto suas muitas lógicas — para que se possa intervir e colaborar ativamente para a construção de espaços permeáveis, participativos e democráticos no complexo caleidoscópio urbano-rural e urbano-regional do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOXER, C. R. "The golden age of Brazil, 1695-1750: growing pains of a colonial society". Berkeley: Sociedade de Estudos Históricos Dom Pedro Segundo Rio de Janeiro: University of California Press, 1969.

2. LENHARO, A. "As tropas da moderação: o abastecimento da Corte na formação política do Brasil, 1808-1842". São Paulo: Edições Símbolo, 1979.

3. RODARTE, M. M. S. "O caso das Minas que não se esgotaram: a pertinácia do antigo núcleo central minerador na expansão da malha urbana da Minas Gerais Oitocentista". 1999. Dissertação (Mestrado em Economia) – UFMG. Belo Horizonte, 1999.

4. PAULA, J. A. "Raízes da modernidade em Minas Gerais". Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

5. CUNHA, A. M. "São João del-Rey: as voltas da cultura e os caminhos do urbano entre o século XVIII e o XIX". 2002. Dissertação (Mestrado em História) – Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2002.

6. MONTE-MÓR, R. L. M. "Gênese e estrutura da cidade mineradora". Belo Horizonte: UFMG, 2001. (Textos para discussão Cedeplar, N. 164).

7. MONTE-MÓR, R. L. M. "Belo Horizonte, espaços e tempos em construção". Belo Horizonte: BPH/Cedeplar; 1994.

8. MONTE-MÓR, R. L. M. "Belo Horizonte, capital de Minas, século XXI". Varia Historia, Belo Horizonte, n. 18, p. 467-486, nov 1997.

9. GRAHAM, R. "Britain and the onset of modernization in Brazil 1850-1914". London: Cambridge U.P., 1968.

10. DEAN, W. "The industrialization of São Paulo, 1880-1945". Austin: University of Texas Press, 1969.

11. SILVA, S. "Expansão cafeeira e origens da indústria no Brasil". São Paulo: Editora Alfa-Omega, 1976.

12. CANO, W. "Raízes da concentração industrial em São Paulo". 2.ed. São Paulo: T.A. Queiroz, 1983.

13. MORSE, R. "São Paulo since independence: a cultural interpretation". Hispanic American Historic Review, [S.l.], n. 34, p. 419-444, 1954.

14. MONTE-MÓR, R. L. M. "Do urbanismo à política urbana: notas sobre o caso brasileiro". Belo Horizonte, UFMG, 1981. (Textos para discussão Cedeplar, n. 11)

15. MONTE-MÓR, R. L. M.; DRUMMOND, J. C. M. "Uma área metropolitana sem metrópole". Fundação João Pinheiro: economia, administração, tecnologia, urbanismo, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 21-30, jan/mar 1974.

16. COSTA, G. M. "O processo da formação do espaço das cidades mono-industriais". 1979. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – UFRJ, Rio de Janeiro, 1979.

17. LEFÈBVRE, H. "O direito à cidade". São Paulo: Editora Documentos, 1969.

18. LEFÈBVRE, H. "A revolução urbana". Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

19. MONTE-MÓR, R. L. M. "Urbanização extensiva e lógicas de povoamento: um olhar ambiental". In: SANTOS, M. S. et al. "Território: globalização e fragmentação". São Paulo: Hucitec/Anpur, 1994.

20. OLIVEIRA, Fd. "Acumulação monopolista, contradições urbanas, e a nova qualidade do conflito de classes". In: MOISÉS, J. Á. (ed). "Contradições urbanas e movimentos sociais". Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

21. SANTOS, M. "A urbanização brasileira". São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

22. CARDOSO, F. H.; MÜLLER, G. "Amazônia : expansão do capitalismo". São Paulo: Editora Brasiliense, 1977.

23. MAHAR, D. J. "Desenvolvimento econômico da Amazônia: uma análise das políticas governamentais". Rio de Janeiro: IPEA/INPES, 1978.

24. MONTE-MÓR, R. L. M. "Espaço e planejamento urbano: considerações sobre o caso de Rondônia". 1980. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – UFRJ, Rio de Janeiro, 1980.

25. LEFÈBVRE, H. "The production of space". Oxford: Cambridge: Blackwell, 1991.

26. SANTOS, M. "Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico informacional". São Paulo: Editora Hucitec, 1994.

27. LIPIETZ, A. "Mirages and miracles: the crisis in global Fordism". London: Verso, 1987.

28. PAULA, J. A. "Biodiversidade, população e economia: uma região de Mata Atlântica". Belo Horizonte: Cedeplar: UFMG, 1997.

29. CARACTERIZAÇÃO e tendências da rede urbana do Brasil. Campinas: Unicamp, 1999.

30. BUNKER, S. G. "Underdeveloping the Amazon: extraction, unequal exchange, and the failure of the modern state". Chicago: University of Chicago Press, 1988.

31. HECHT, S. B.; COCKBURN, A. "The fate of the forest: developers, destroyers, and defenders of the Amazon". London: New York: Verso, 1989.

32. SCHMINK, M.; WOOD, C. H. "Contested frontiers in Amazonia". New York: Columbia University Press, 1992.

33. BECKER, B. K. "Amazônia". São Paulo: Editora Ática, 1991.

34. BECKER, B. K.; MIRANDA, M.; MACHADO, L. O. "Fronteira Amazônica: questões sobre a gestão do território". Brasília: Editora UnB: Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1990.

35. TURNER, F. J. "The frontier in American history". New York: H. Holt and Company, 1920.

36. FOUCAULT, M. "Of other spaces". Diacritics, [S.l.], n. 16, p. 22-27, 1986.

37. SOJA, E. W. "Thirdspace: journeys to Los Angeles and other real-and-imagined places". Cambridge: Blackwell, 1996.

TENDÊNCIAS DO CRESCIMENTO DEMOGRÁFICO NOS AGLOMERADOS URBANOS

Rosana Baeninger

Socióloga, Professora no Instituto de Filosofia e Ciências Humanas – IFCH/UNICAMP e Pesquisadora no Núcleo de Estudos de População – NEPO/UNICAMP

RESUMO

O texto apresenta a evolução da transição demográfica no País, indicando o forte declínio da fecundidade, principalmente a partir dos anos 60, bem como o aumento da esperança de vida da população. As rápidas alterações observadas na dinâmica populacional brasileira indicam que nossa Transição Demográfica deverá estar concluída no desenrolar deste novo século. Esses novos padrões representarão menores taxas de crescimento da população e a configuração de um novo perfil demográfico da população, com uma estrutura etária bastante cambiante e distinta daquelas que prevaleceram em décadas passadas. Essa transição demográfica brasileira que se completará nas próximas décadas refletirá muito mais o comportamento demográfico da população urbana, uma vez que esse contingente tende a predominar no conjunto da população. Desse modo, o texto privilegia a evolução da população urbana desde 1940 a 2000, aprofundando análises sobre os processos de crescimento das populações metropolitanas e não-metropolitanas, seus momentos de concentração e, mais recentemente, de desaceleração no ritmo de crescimento das antigas metrópoles nacionais. Emergem nesse cenário novas espacialidades urbanas que passam a ter importante papel no processo de urbanização e de redistribuição espacial da população no Brasil.

DESCRITORES: transição demográfica; taxa de crescimento populacional bruta; urbanização; população urbana; cidades.

INTRODUÇÃO

Este texto contempla a situação do crescimento da população urbana brasileira e suas novas formas de reorganização espacial. O atual processo de urbanização apresenta especificidades regionais, contribuindo para que os aglomerados urbanos, quer sejam de caráter metropolitano ou não-metropolitano, conformem-se, expandam-se e se consolidem; nesse contexto, as migrações passam a ter papel fundamental.

Nesse cenário, as antigas regiões metropolitanas continuam como as maiores concentrações socioespaciais e urbanas do país, distinguindo-se dos aglomerados metropolitanos recentes, bem como dos aglomerados urbanos não-metropolitanos.

O texto apresenta, no item 1, uma breve síntese da evolução da transição demográfica no Brasil, passando, a seguir, para as tendências do crescimento da população urbana, dos anos 40 até 2000. Os itens seguintes privilegiam análises referentes ao crescimento dos municípios metropolitanos e não-metropolitanos, bem como as tendências de crescimento das novas configurações urbanas no processo de urbanização brasileiro.

1. COMPLETANDO A TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA BRASILEIRA

A evolução demográfica da população brasileira vem sendo marcada, nos últimos cinqüenta anos, pelo processo de transição demográfica, decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade[1]. Esse processo teve seu início nos anos 40 com o declínio da mortalidade, acentuando-se nos anos 50 e 60. Até esse período os níveis de fecundidade permaneceram estáveis (em torno de 6,2 filhos por mulher), configurando uma etapa da dinâmica demográfica brasileira marcada por altas taxas de crescimento da população (Gráfico 1).

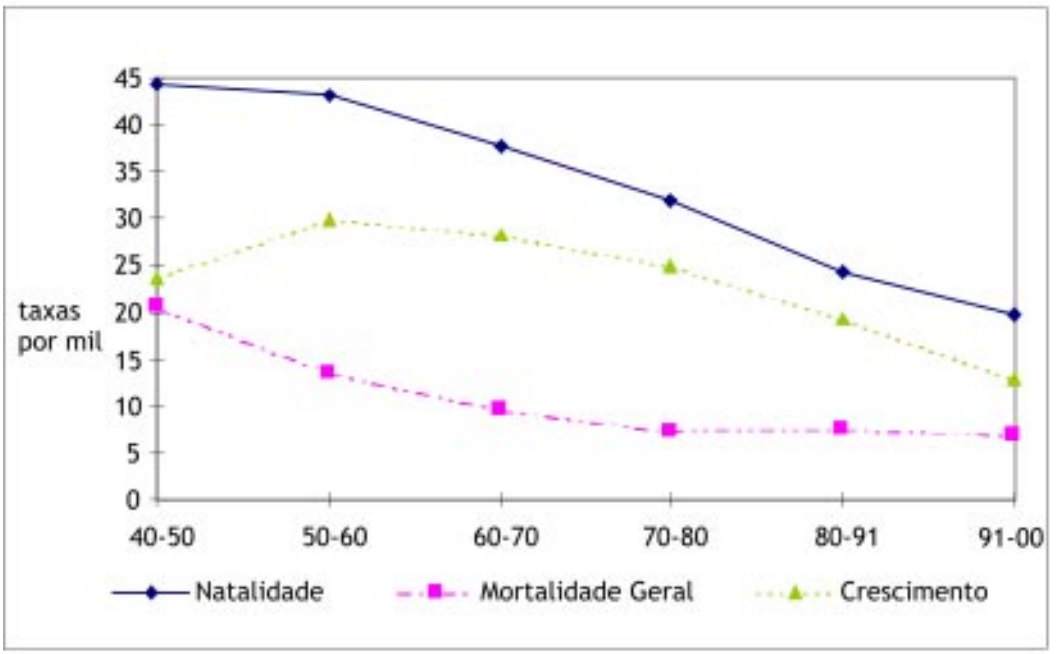
1 A transição demográfica brasileira teve pouca influência da migração internacional, que a partir dos anos 40 foi bastante reduzida; apenas recentemente esse fenômeno migratório vem se acentuando no país.

Gráfico 1

Evolução das Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade e da Taxa de Crescimento da População Total

Brasil

1940-2000



Fonte: Fundação IBGE (1994); Anuário Estatístico do Brasil de 1995;Censo Demográfico de 2000.

De fato, entre 1940 e 1960, a intensificação no ritmo de crescimento da população se deveu ao acentuado declínio da mortalidade, descenso este que se traduziu em um ganho de dez anos na esperança de vida ao nascer: de 41,5 anos, em 1940, para 51,6 anos, em 1960 (Tabela 1). Nesse contexto de menor mortalidade e manutenção da taxa de fecundidade, o ritmo de crescimento da população apresentava-se elevado. Em 1940, a população brasileira era de 41,2 milhões de habitantes, atingindo 70,2 milhões, em 1960. De uma taxa de crescimento de 2,3% a.a., entre 1940-1950, passou-se a 3,0% a.a., no período 1950-1960.

A partir de 1960, o ritmo anual do crescimento populacional começou a se desacelerar, passando a 2,8% a.a. e 2,5% a.a. nos períodos de 1960-70 e 1970-80, respectivamente, com o início da queda da fecundidade (5,6 filhos por mulher, em 1970) e a continuidade do declínio da mortalidade. A esperança de vida chegou a 68 anos em 2000, correspondendo aos brasileiros um ganho da ordem de 17 anos a mais de vida, de 1960 para 2000.

As etapas seguintes da transição demográfica brasileira foram marcadas pelo forte descenso da fecundidade; de 4,3 filhos por mulher, em 1970, para 2,6 filhos por mulher, em 1991, baixando para 2,3 em 2000.

Tabela 1

Evolução das Taxas de FecundidadeTotal e Expectativa de Vida ao Nascer

Brasil

1940-2020

Anos	Taxa Fecundidade Total	Expectativa de Vida ao Nascer
1940	6,16	41,53
1950	6,21	45,51
1960	6,28	51,64
1970	5,76	53,46
1980	4,35	59,09
1991	2,57	65,90
2000	2,35	68,51
2005	1,92	70,09
2020	1,81	75,51

Fonte: Simões e Oliveira (1988); FIBGE, Anuário Estatístico do Brasil, 1995 e Censo Demográfico de 2000.

Apesar do declínio generalizado dos níveis de mortalidade e de fecundidade, persistem marcantes diferenças regionais (Tabela 2). De fato, enquanto o Nordeste apresentava uma esperança de vida de 38,7 anos, em 1940, esta já era de 43,5 anos no Sudeste. Em 1980, o Sudeste apresentava 14 anos a mais na esperança de vida que o Nordeste: 63,5 anos e 49,0 anos, respectivamente. Atualmente, esse diferencial diminuiu, conquanto ainda persista a diferença em torno de 6 anos entre essas duas regiões; no Sudeste, a esperança de vida era de 71 anos, em 1998, e no Nordeste, 65 anos.

Tabela 2

Expectativa de Vida ao Nascer e Taxa de Fecundidade Total

Grandes Regiões do Brasil, 1940-2000

Regiões	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1998
Esperança de Vida							
Norte	40,70	44,87	53,56	54,74	63,61	67,35	68,0
Nordeste	38,76	38,96	41,06	45,55	49,00	64,22	65,0
Sudeste	43,58	49,58	56,79	57,38	63,59	67,53	71,0
Sul	49,61	53,47	60,43	60,74	65,54	68,60	71,0
Centro-Oeste	48,13	51,19	56,91	58,91	63,09	67,80	69,0
Brasil	41,53	45,51	51,64	53,46	59,09	65,62	68,0
Taxas de Fecundidade Total							
Norte	7,17	7,97	8,56	8,25	6,45	4,0	3,36
Nordeste	7,15	7,50	7,39	7,53	6,13	4,0	2,79
Sudeste	5,69	5,45	6,34	4,56	3,45	2,4	2,17
Sul	5,65	5,70	5,89	5,42	3,63	2,3	2,16
Centro-Oeste	6,36	6,86	6,74	6,42	4,51	2,9	2,22
Brasil	6,16	6,21	6,28	5,76	4,35	2,7	2,44

Fonte: Simões e Oliveira (1988); FIBGE, Anuário Estatístico. IDB/DATASUS-MS (2000).

Com relação às taxas de fecundidade, esses diferenciais regionais eram mais contrastantes até os anos 60. De fato, enquanto no Norte a média era, em 1960, de 8,5 filhos por mulher, na Região Sul registrava 5,8 filhos por mulher. A partir dos anos 60, a fecundidade inicia um processo de declínio acentuado e rápido que, progressivamente, vai incorporando segmentos mais amplos da população em todas as regiões brasileiras, envolvendo, inclusive, grupos sociais de mais baixos rendimentos e mesmo a população rural (MERRICK; BERQUÓ, 1983). Assim, em 1984, a fecundidade na Região Sul atingia 2,9 filhos por mulher e a do Nordeste baixava para 4,9 filhos por mulher. Em 1990, as regiões Norte e Nordeste apresentavam uma fecundidade em torno de 4 filhos por mulher e as regiões Sul e Sudeste de 2,4 filhos por mulher.

Assim, de uma taxa de crescimento da população correspondente a 2,48% a.a. nos anos 70, passou-se para 1,93% a.a., no período 1980-1991, baixando para 1,6% a.a. no período 1991-2000.

As rápidas alterações observadas na dinâmica populacional brasileira indicam que nossa Transição Demográfica deverá estar concluída no desenrolar deste novo século, alcançando a fecundidade valores próximos aos níveis de reposição; estima-se 1,9 filhos por mulher em 2005 e 1,8 em 2020. Esses novos padrões representarão menores taxas de crescimento da população e a configuração de um novo perfil demográfico da população, com uma estrutura etária bastante cambiante e distinta daquelas que prevaleceram em décadas passadas[2].

A transição demográfica brasileira que se completará nas próximas décadas refletirá muito mais o comportamento demográfico da população urbana, uma vez que esse contingente tende a predominar no conjunto da população. Deve-se considerar também que, no contexto interno ao país, as migrações entre as cidades, regiões e estados desempenharão papel fundamental nos processos de transições demográficas das distintas localidades.

2. EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO URBANA NO BRASIL: 1940-2000[3]

O processo histórico de formação da sociedade brasileira, incluindo a transição demográfica, interliga-se com as fases e as faces da urbanização no País. A intensidade e a forma como se processaram a urbanização e a redistribuição espacial da população brasileira acentuou, ao longo de cinqüenta anos, enormes transformações econômicas, sociais, demográficas e políticas; nesse contexto, presenciou-se do ponto de vista da urbanização, a dinâmica concentradora de determinadas áreas[4] . A dinâmica das cidades e o processo de urbanização modificaram-se ao longo do tempo, acompanhando as transformações da sociedade em seu conjunto.

Desde os anos 40, tem-se observado no Brasil aumento significativo de sua população urbana. Em 1940, 12,8 milhões de pessoas residiam no meio urbano, sendo que a população rural ainda representava 69% do total nacional; em 1991, mais de 110 milhões de habitantes residiam em áreas urbanas, passando para 137,9 milhões em 2000 (Tabela 3). Ou seja,

em 2000, apenas 18,7% da população nacional viviam em áreas rurais – cerca de 31,8 milhões de pessoas.

Até os anos 70, os fenômenos da urbanização e da redistribuição espacial da população, marcados por intensos fluxos migratórios, apontavam para o crescimento progressivo das grandes cidades. Esse afluxo crescente de pessoas para o meio urbano, particularmente na década de 70, fez com que tal período fosse marcado pela "explosão do crescimento urbano", com o processo de concentração da população em cidades cada vez maiores (MARTINE, 1987). Esse panorama concentrador de redistribuição interna da população foi-se montando ao longo de quase meio século, indicando a rapidez das transformações urbanas no Brasil. Estima-se que cerca de 50 milhões de pessoas deixaram a área rural em busca de áreas urbanas entre 1950-2000 (RIGOTTI et al., 2001).

Por outro lado, o processo de urbanização no Brasil gerou a criação de significativa rede urbana, diferentemente de outros países latino-americanos que se caracterizam por uma primazia urbana (FARIA, 1983; VILLA; RODRÍGUEZ, 1994). O dinamismo e a complexidade desse processo se expressou na multiplicação do número de cidades no País. Entre 1950 e 2000, passou-se de 1.889 cidades, no início do período, para 5.507, ao seu final.

De fato, o enorme esvaziamento do campo que se operou a partir dos anos 50 levou à aceleração do processo de urbanização; a taxa de crescimento da população urbana passou de 3,8% a.a., no período 1940-50, para 5,32% a.a., entre 1950-60. O impacto da transferência de população rural para o meio urbano se fez sentir de maneira mais acentuada nos anos 50, uma vez que a base demográfica não era tão extensa; à medida que essa base foi-se alargando, o impacto dessa população foi diminuindo e apresentando, portanto, taxas menores de crescimento urbano: 5,15% a.a. no período 1960/70; 4,44% a.a. entre 1970/80; 2,96%a.a. no período 1980-91, chegando a 2,44% entre 1991-2000.

1 O item 2 deste texto baseia-se em Baeninger (2002).

2 Faria (1983) conclui que o processo de desenvolvimento, de 1950-1980, não contribuiu para maior concentração da população urbana no Brasil, porém mesmo que "tendendo a um equilíbrio no que se refere à distribuição por classes de tamanho, tanto a população urbana como as cidades apresentam-se, no Brasil, bastante concentradas em termos territoriais" (p.140).

Tabela 3

População Total, Urbana e Rural e Taxas de Crescimento da População

Brasil

1940-2000

Ano	População (em milhares)			Taxas de Crescimento (% a.a.)		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
1940	41.236	12.880	28.356			
				2,33	3,84	1,58
1950	51.994	18.783	33.162			
				3,05	5,32	1,54
1960	70.191	31.534	38.657			
				2,87	5,15	0,60
1970	93.139	52.084	41.054			
				2,48	4,44	-0,62
1980	119.002	80.436	38.566			
				1,93	2,96	-0,66
1991	146.917	110.876	36.042			
				1,35	2,11	-1,16
1996	157.080	123.082	33.997			
				1,93	2,85	-1,62
2000	169.799	137.953	31.845			
1991-2000				1,63	2,44	-1,30

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos de 1940 a 2000; Contagem Populacional de 1996.

Embora tanto a taxa anual de crescimento da população brasileira quanto a taxa de crescimento urbano tenham registrado decréscimos ao longo do período em estudo, o acelerado processo de urbanização pode ser evidenciado mediande a elevação da participação da população urbana no total populacional: 45%, em 1960; 56%, em 1970; 67%, em 1980; 75%, em 1991; e 81%, em 2000. Esse incremento da população urbana foi conseqüência, basicamente, de três fatores: do próprio crescimento vegetativo das áreas urbanas, da migração com destino urbano e da expansão do perímetro urbano de muitas localidades, antigamente consideradas rurais. Em contrapartida, a população rural vem apresentando participação cada vez menor no conjunto da população brasileira; os anos 50 marcaram uma mudança expressiva na distribuição da população no País: a taxa de crescimento da população rural passara de 1,54% a.a., entre 1950-60, para 0,60% a.a., no período 1960-70, alcançando taxas negativas, em torno de 0,60% a.a., nos anos 70 e nos 80. Em 1980, aliás, a população rural brasileira registrou pela primeira vez na história deste século diminuição em números absolutos; em 2000, sua taxa de crescimento alcançou –1,3% a.a.

Até os anos 70, o processo de urbanização e de redistribuição espacial da população brasileira esteve condicionado a três vertentes: o progressivo esvaziamento do campo e conseqüente crescimento urbano, notadamente dos centros regionais; os deslocamentos populacionais com destino às fronteiras agrícolas; e o contínuo e intenso fenômeno da metropolização.

Algumas dessas tendências já estavam em transformação no período 1970-80, particularmente os deslocamentos com destino às fronteiras agrícolas e os grandes movimentos populacionais do campo para a cidade, independente do seu porte, que predominaram até 1960; iniciou-se a intensificação do movimento urbano-urbano, com novas modalidades de deslocamentos populacionais (pendular, de retorno, intrametropolitano etc.). A reorganização da população no espaço modificou-se com tanta força que tais movimentos passaram a ter uma só direção: os grandes centros metropolitanos.

Já com os resultados do Censo Demográfico de 1991, pode-se observar, no entanto, que a mudança no padrão de urbanização brasileiro iniciou-se justamente com o menor crescimento dessas áreas e com enormes transformações no processo de redistribuição espacial da população. Os primeiros anos da década de 90 consolidam essa tendência, deixando as regiões metropolitanas, em especial suas sedes, perderem posições no ranking das taxas de crescimento do país.

Desse modo, o crescimento das pequenas e médias cidades, retratado pelo Censo de 1991 e de 2000, bem como a nova realidade da dinâmica regional contribuíram significativamente para minimizar o caos urbano-metropolitano que se previa. Por outro lado, a emergência de novas aglomerações urbanas, centros e subcentros metropolitanos e não-metropolitanos, bem como os crescimentos dos pequenos municípios, ancorados nos espaços das aglomerações urbanas, constituem os novos arranjos espaciais no desenho da rede urbana brasileira.

3. CRESCIMENTO RECENTE DOS MUNICÍPIOS METROPOLITANOS[5] E NÃO-METROPOLITANOS

O padrão de urbanização que se processou no Brasil, nos últimos trinta anos, foi marcado por um crescimento rápido, amplo e concentrado da população, contribuindo, de um lado, para a emergência de grandes metrópoles, e de outro, para a expansão de uma diversificada rede urbana nacional, com o crescimento acelerado das capitais regionais e subregionais, bem como com o aumento da população urbana em grande número de cidades de diferentes tamanhos (FARIA, 1986). Esse processo de concentração urbana em determinadas localidades teve momentos de maior intensidade e, ao que tudo indica, atualmente está-se frente a um movimento de desaceleração no ritmo de crescimento populacional dos grandes centros urbanos.

As novas formas de estruturação do espaço urbano têm-se caracterizado por um crescente processo de conurbação e de complexa interação entre as cidades, configurando a emergência de novas áreas metropolitanas e a formação de aglomerações urbanas não-metropolitanas no interior do País[6].

Na dinâmica do processo de redistribuição espacial da população, portanto, essas novas espacialidades vêm assumindo importância crescente, já que podem ser capazes tanto de absorver quanto de reter grande parte dos fluxos migratórios que, anteriormente, se dirigiriam às grandes concentrações metropolitanas.

3.1. Inflexão no Crescimento Populacional das Grandes Metrópoles Brasileiras

Apesar das regiões metropolitanas terem-se configurado como receptoras de grandes contingentes populacionais há várias décadas, no período 1970-1980 já se podia evidenciar um arrefecimento no ritmo de crescimento da população residente nessas áreas: a taxa média de crescimento populacional metropolitano passou de 4,7% a.a., em 1960-1970, para 3,8%, em 1970-1980. Mesmo assim, o volume migratório que havia se dirigido para essas metrópoles justificava apontar um padrão crescente de concentração populacional: 5.705.021 pessoas[7] se destinaram às regiões metropolitanas no período 1970-1980, correspondendo a 22,5% da migração intermunicipal nacional.

Nos anos 80 e 90, no entanto, a taxa de crescimento da população metropolitana nacional apresentou um decréscimo considerável, registrando 1,99% a.a., entre 1980-1991, (contra 3,8% a.a. da década anterior) e mantendo-se nesse patamar (2,00% a.a.) entre 1991-2000 (Tabela 4).

5 Considera-se, neste item, as antigas regiões metropolitanas do país: Belém, Recife, Salvador, Fortaleza, São Paulo, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, Curitiba e Porto Alegre.

6 Veja-se o estudo recente "Caracterização e Tendências da Rede Urbana Brasileira". NESUR - Instituto de Economia – UNICAMP/ IPEA, 1998.

7 Refere-se às pessoas que mudaram de município, pelo menos uma vez, na década; não inclui a migração intrametropolitana.

Para todas as regiões metropolitanas antigas, as taxas de crescimento vêm registrando ritmos decrescentes. Nos anos 70, apenas as regiões metropolitanas de Recife (2,7% a.a.) e Rio de Janeiro (2,5% a.a.) registraram taxas de crescimento metropolitano inferior à média do período (que foi de 3,8% a.a.), sendo elevadíssimas as taxas para a Região Metropolitana de Curitiba (5,8% a.a.), Região Metropolitana de Belo Horizonte (4,7% a.a.), Região Metropolitana de São Paulo (4,5% a.a.), Região Metropolitana de Salvador (4,4% a.a.), Região Metropolitana de Belém (4,3% a.a.) e Região Metropolitana de Fortaleza (4,3% a.a.).

Tabela 4

População Total e Taxas de Crescimento
Regiões Metropolitanas – Brasil
1970-2000

Regiões Metropolitanas (antigas)		População Total				Taxas de Crescimento (% a.a.)		
		1970	1980	1991	2000	1970-1980	1980-1991	1991-2000
TOTAL		**23.730.895**	**34.411.659**	**42.798.162**	**51.088.169**	3,79	1,99	2,00
São Paulo		8.139.730	12.588.725	15.444.941	17.970.634	4,46	1,88	1,70
Rio de Janeiro		6.891.521	8.772.265	9.814.574	11.257.944	2,45	1,26	1,54
Recife		1.791.322	2.347.146	2.858.147	3.512.208	2,74	1,22	2,32
Belo Horizonte		1.658.482	2.609.583	3.436.060	4.277.157	4,70	2,42	2,46
Porto Alegre		1.574.239	2.285.140	3.038.792	3.544.789	3,84	2,16	1,73
Salvador		1.147.821	1.766.614	2.496.521	3.090.196	4,43	3,04	2,40
Fortaleza		1.036.779	1.580.074	2.307.017	2.923.417	4,29	2,67	2,67
Curitiba		821.233	1.440.626	2.000.805	2.716.288	5,80	3,03	3,46
Belém		669.768	1.021.486	1.401.305	1.795.536	4,30	3,43	3,37
BRASIL URBANO		52.087.092	80.436.409	110.990.990	137.953.959	4,44	2,97	2,44

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos de 1970 a 2000.

No período 1980-1991, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro (com taxa de crescimento de 1,3% a.a.), a de Recife (1,2% a.a.) e a de São Paulo (que registrou uma taxa de 1,9% a.a.)

tiveram um ritmo de crescimento que se situou abaixo da média metropolitana do período (2,0% a.a.). Para os anos 90, nota-se uma manutenção nos níveis das taxas de crescimento verificados nos anos 80, com algumas áreas metropolitanas elevando ligeiramente suas taxas de crescimento, mas próximas à década anterior (como são os casos de Recife, Rio de Janeiro e Curitiba), sendo que apenas a Região Metropolitana de Salvador apresentou declínio pronunciado na taxa de crescimento (de 3,0% a.a., entre 1980-1991, para 2,4% a.a., entre 1991-2000). Essa tendência reflete, de um lado, a continuidade do declínio da fecundidade e, por outro lado, a diminuição da participação da migração vinda de fora para essas áreas metropolitanas.

Assim, no período de 1991-2000, as regiões metropolitanas com maiores taxas de crescimento foram Curitiba (3,5% a.a.), Belém (3,4% a.a.), Fortaleza (2,6% a.a.), Belo Horizonte (2,5 % a.a.), Recife (2,3% a.a.).

Quanto às metrópoles do Sudeste, a Região Metropolitana de São Paulo passou de uma taxa de crescimento populacional de 4,5% a.a., no período 1970-1980, para 1,9% a.a., nos anos 80, e 1,7%, no período 1991-2000. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro, que havia registrado taxa de 2,4% a.a., nos anos 70, baixou para 1,3% a.a., no período 1980-1991, elevando-se ligeiramente para 1,5% a.a., no período de 1991-2000. No caso do Estado de Minas Gerais, sua área metropolitana registrou taxa de crescimento mais elevada (em torno de 2,4% a.a.) que as demais metrópoles da Região Sudeste.

Ao lado desse intenso fenômeno da metropolização, já vinha-se delineando também um marcante processo de periferização da população residente nas metrópoles; a maioria das regiões havia apresentado, no período 1970-1980, taxas de crescimento mais elevadas em seus municípios periféricos[8] . Nos anos 80, o processo de periferização intensificou-se, no qual as periferias das áreas metropolitanas continuaram exibindo taxas elevadas e superiores às de seu núcleo. Os anos 90 consolidaram esse processo, com os núcleos metropolitanos de Belém, Recife, Belo Horizonte, São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre registrando taxas de crescimento de suas populações inferiores a 1% a.a. e permanecendo a tendência de taxas superiores nas periferias metropolitanas. Destacam-se os crescimentos elevados dos municípios periféricos das regiões metropolitanas de Curitiba (5,0% a.a., entre 1991-2000), Belo Horizonte (4,3% a.a.), Salvador, São Paulo e Belém (em torno de 3,0% a.a.), demonstrando o vigor dos processos internos de redistribuição espacial das populações metropolitanas, em especial os deslocamentos intrametropolitanos que partem dos núcleos para as periferias das regiões metropolitanas.

De fato, os movimentos migratórios[9] ocorridos dentro dos espaços metropolitanos envolveram um volume de 2.293.305 pessoas, no período 1970-1980, elevando-se para 2.636.067, no período 1981-1991; ou seja, representavam 9,0% das pessoas que haviam mudado pelo

8 Considera-se como núcleo, a sede regional de determinada área metropolitana, e como periferia os demais municípios que compõem tais áreas.

9 Utiliza-se as informações sobre migrações para os períodos 1970-1980, 1980-1991 e, para as migrações interestaduais, o de 1991-1996, uma vez que ainda não foram divulgadas os dados censitários de 2000, referente ao período 1991-2000.

menos uma vez de município nos anos 70, elevando-se para 10,5%, nos anos 80.

Dos anos 70 para os 80, assistiu-se a um aumento no volume de pessoas que mudaram de município, pelo menos uma vez, nos respectivos contextos metropolitanos, à exceção da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. Nas metrópoles regionais, esse fenômeno foi extremamente acentuado, destacando-se os casos das Regiões Metropolitanas de Fortaleza (de um volume intrametropolitano de 45.416 migrantes, no período 1970-1980, para 140.082, no período 1981-1991), de Salvador (de 36.132 para 63.538, respectivamente), de Belo Horizonte (185.336 e 313.416) e de Curitiba (de 89.782 para 131.481), reafirmando o crescente processo de periferização das populações metropolitanas.

Esses deslocamentos internos em nível metropolitano imprimem novas características ao processo de redistribuição da população: consolidam-se espaços urbanos na periferia nacional, antes incapazes de reter e atrair sua população. No entanto, as "especializações do território" (SANTOS, 1994) traduzem-se em metrópoles diferenciadas e fragmentadas, cujo processo de periferização é antes de tudo a expressão do empobrecimento da população[10].

Os resultados do Censo de 2000 sugerem a continuidade do processo de desaceleração do ritmo de crescimento das antigas metrópoles brasileiras, especialmente a Região Metropolitana de São Paulo (com uma taxa de 1,7% a.a), Rio de Janeiro (1,54% a.a.) e Porto Alegre (1,7% a.a.); taxas menores que a verificada para o conjunto da população urbana do país (2,44% a.a.) e para as áreas metropolitanas (2,00% a.a.).

O Brasil das nove regiões metropolitanas manteve nos anos 90 o mesmo ritmo de crescimento dos anos 80, ritmo este inferior ao conjunto da população urbana do País. A importância desse processo de desaceleração metropolitana é revelada pela expressiva perda de participação relativa das populações dessas metropóles no total da população urbana do País: em 1970, a população das nove regiões metropolitanas respondia por 45,56% da população urbana brasileira, passando para 37,03%, em 2000.

Na verdade, o entendimento do atual processo de urbanização e desaceleração das grandes concentrações metropolitanas está relacionado com a distribuição da população em diferentes espacialidades do sistema urbano brasileiro; característica do processo de urbanização, na virada do século XX para o XXI, tem sido o intenso processo de interiorização das aglomerações urbanas.

3.2. A Importância dos Municípios Não-metropolitanos no Crescimento Populacional

A contrapartida desse processo de menor crescimento da população metropolitana refletiu-se no expressivo crescimento da população residente em cidades não-

10 A pesquisa "Características e Tendências da Rede Urbana no Brasil" (NESUR-IE/UNCAMP/IPEA, 1998) aponta menor renda para os chefes de domicílios nas áreas periféricas que nos núcleos metropolitanos.

metropolitanas em todas as regiões brasileiras, onde as cidades pequenas e de porte intermediário, juntamente com as cidades médias, registraram crescimento significativo[11], especialmente quando se consideram os aglomerados urbanos.

Essa "interiorização do crescimento"[12] deveu-se em grande medida aos efeitos da crise econômica, a partir dos anos 80, sobretudo nas metrópoles mais industrializadas como São Paulo. De acordo com Pacheco (1997:6), "o melhor desempenho da agricultura, dos grandes complexos minerais ou de produtos como papel e celulose, estiveram por trás de uma 'desmetropolização' da economia nacional. Cresceram as áreas de fronteira, ainda que incorporando menos terra que na década de 70; as regiões voltadas ao processamento de recursos naturais para exportação; e aquelas, como o interior de São Paulo, que ampliaram suas exportações de manufaturados. Olhado deste ângulo, o quadro regional do início da década de 1990 mostra-se muito distinto daquele herdado dos anos setenta. Foram muitas as cidades de pequeno ou médio porte que sobreviveram relativamente melhor neste período. O crescimento da agroindústria, a urbanização na fronteira, a agricultura irrigada, os empreendimentos voltados para a exploração de recursos naturais criaram alternativas novas, frente à crise das metrópoles industrializadas. (...) O próprio desempenho das atividades agrícolas pode ter contribuído para uma retenção maior da população nas cidades pequenas".

O conjunto dos municípios não-metropolitanos manteve, no período 1970-1980 e 1980-1991, taxas de crescimento em torno de 1,8% a.a., abaixo da taxa média das nove regiões metropolitanas vigentes até 1991 (que eram de 3,8% a.a. e 2,0% a.a., respectivamente); porém, para o período 1991-1996, as taxas foram bastante próximas: 1,2% para os município não-metropolitanos e 1,5% para os pertencentes às nove metrópoles (Tabela 5).

Já os municípios não-metropolitanos de médio (100 mil a 500 mil habitantes) e grande porte (800 mil a 1,2 milhão de habitantes) vêm tendendo a registrar taxas de crescimento superiores às regiões metropolitanas. Para os municípios de médio porte situados fora das regiões metropolitanas, foi a partir do período 1980-1991 que estes ultrapassaram as taxas metropolitanas (2,7% a.a. e 2,0%, respectivamente, nos anos 80, e 1,9% e 1,5%, no período 1991-1996); para os grandes municípios não-metropolitanos, desde os anos 70 suas taxas de crescimento apresentaram-se superiores às das regiões metropolitanas: 5,7% a.a., no período 1970-1980; 4,3% a.a., no período 1980-1991; e 2,4% a.a., no período 1991-1996[13].

11 Veja-se Martine (1992) para uma análise da evolução das localidades urbanas no Brasil segundo Grandes Regiões de 1940 a 1991.

12 O estudo "Características e Tendência da Rede Urbana Brasileira" – (NESUR – IE/IPEA, 1998) analisa os impactos da economia no sistema urbano regional, onde se observa o crescimento de localidades fora das grandes metrópoles.

13 Adota-se o período 1991-1996 neste e no próximo item, uma vez que as ultimas informações sobre migração interestaduais ao nível de município constam da Contagem de População de 1996

Esses dois grupos de municípios não-metropolitanos (de médio e grande porte) vêm demonstrando rápida capacidade de absorção populacional com o crescente aumento relativo de suas populações no total nacional. Os municípios de 100 mil a 500 mil habitantes não-metropolitanos representavam 12,4% da população nacional, em 1970, e, numa tendência ascendente (mesmo com o intenso processo de metropolização dos anos 80), chegaram a 15,5%, em 1996. Os municípios de grande porte situados fora de regiões metropolitanas respondiam por 1,5% do total da população, em 1970, alcançando 2,8%, em 1996.

Os municípios intermediários (20 mil a 100 mil habitantes) situados em áreas não-metropolitanas totalizavam, em 1996, 45,2 milhões de habitantes – volume bastante próximo ao das regiões metropolitanas antigas (46,1 milhão) –, concentrando 44,5% da população residente no interior não-metropolitano do Brasil e participando com 24,7% do incremento absoluto nacional.

Tabela 5

População segundo Categorias de Municípios

Brasil

1970, 1980, 1991 e 1996

Categorias	População Total				Taxas de Crescimento (% a.a.)			Participação do Incremento dos Municípios no Total Brasileiro		
	1970	1980	1991	1996	1970-1980	1980-1991	1991-1996	1970-1980	1980-1991	1991-1996
Municípios Não-Metropolitanos	66.185.431	78.909.472	95.866.844	101.605.866	1,77	1,79	1,17	49,20	60,95	55,97
Municípios Pequenos (<20 mil habitantes)	23.849.304	24.487.550	27.027.592	27.578.246	0,26	0,90	0,40	2,47	9,13	5,37
Municípios Intermediários (20 mil a 100 mil habitantes)	29.409.639	35.427.909	42.697.329	45.233.525	1,88	1,71	1,16	23,27	26,13	24,73
Municípios Médios (100 mil a 500 mil habitantes)	11.503.444	16.512.398	22.182.012	24.327.771	3,68	2,72	1,86	19,37	20,38	20,93
Municípios Grandes (800 mil a 1,2 milhão habitantes)	1.423.044	2.481.615	3.959.911	4.466.324	5,72	4,34	2,44	4,09	5,31	4,94
Municípios Metropolitanos	26.953.606	40.093.234	50.958.631	55.473.707	4,05	2,20	1,71	50,80	39,05	44,03
RM's Novas (*)	3.236.578	5.703.896	8.228.934	9.357.457	5,83	3,39	2,60	9,54	9,07	11,01
RM's Antigas (**)	23.717.028	34.389.338	42.729.697	46.116.250	3,79	1,99	1,54	41,26	29,98	33,03
Total Brasil	93.139.037	119.002.706	146.825.475	157.079.573	2,48	1,93	1,36	25.863.669	27.822.769	10.254.098

Notas: (*) Referem-se às regiões metropolitanas de Natal, Vitória, Santos, Brasília, (Campinas) e Goiânia.

(**) São elas: Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre.

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos de 1970, 1980 e 1991 e Contagem da População de 1996. A população segundo classes de tamanho de municípios foram extraídas de Pacheco (1997).

Os municípios metropolitanos em seu conjunto tenderam a diminuir sua contribuição no incremento absoluto da população nacional. Nos anos 70, mais da metade do incremento populacional do País (51,0%) deveu-se aos municípios metropolitanos[14] e, portanto, aos municípios não-metropolitanos correspondia 49,0% desse crescimento absoluto, dos quais 23,3% eram representados pelo incremento dos municípios intermediários (de 20 mil a 100 mil habitantes). Já no período 1980-1991, foram os não-metropolitanos que responderam por 61,0% do incremento populacional total, com aumento nessa participação de todas as categorias de municípios.

No período 1991-1996, houve uma retração no crescimento absoluto dos pequenos municípios não-metropolitanos e nos de porte intermediário, diminuindo suas participações no incremento total brasileiro. Isso resultou num decréscimo da participação relativa dos municípios não-metropolitanos nesse acréscimo populacional, passando a corresponder a 56,0%. Porém, manteve-se bastante superior à participação do incremento das regiões metropolitanas antigas no incremento total (33,0%) e do conjunto dos municípios metropolitanos (44,0%).

Essas tendências "reforçam o caráter relativamente desconcentrado do sistema urbano brasileiro" (PACHECO, 1997, p. 39), bem como indicam outras áreas de recepção, absorção e retenção populacional que passaram, a partir dos anos 80, a dividir com as antigas regiões metropolitanas os destinos migratórios.

Esse decréscimo no ritmo de crescimento populacional metropolitano nacional teve maior força dos anos 70 para os 80 em todas as Grandes Regiões. Não só com a diminuição em seus ritmos de crescimento, mas também com a menor participação relativa no incremento populacional das regiões (Tabela 6); à exceção das antigas regiões metropolitanas do Nordeste, que mantiveram a mesma proporção no crescimento absoluto da Região nos dois períodos.

Para o período 1991-1996, o incremento da população dos municípios metropolitanos registrou para o Nordeste, para as antigas áreas metropolitanas do Sudeste e para o Centro-Oeste aumento na participação do crescimento absoluto da população de cada região. Para o caso do Sudeste, deve-se destacar que esse incremento era de 43,0% nos anos 80 e passou para 44,2%, no período 1991-1996, portanto, não voltando aos patamares dos anos 70, quando respondia por 71,3%, e nem se tratando de uma remetropolização da população.

Para as regiões metropolitanas do Nordeste, houve um aumento, em relação aos anos 70, de 25,7% do incremento regional e passou a 33,1%, em 1996, bem como para o Centro-Oeste, especificamente para o Distrito Federal e seu entorno e o Aglomerado Urbano de Goiânia, que respondiam por 49,4% do incremento total da Região, no período 1970-1980, elevando-se para 57,5%, em 1991-1996.

No caso da Região Norte, os municípios não-metropolitanos foram os maiores responsáveis pelo crescimento regional (87,9% do incremento total, entre 1991-996). Moura e Moreira (1998)

14 Totalizando as antigas e novas regiões metropolitanas.

chamam a atenção para o surgimento, no sistema urbano da Região, de municípios pequenos não-metropolitanos, que vêm sendo denominados de "nova ruralidade"; tais localidades começam a ter acesso a serviços básicos e a tornarem-se centros de prestação de serviços ao nível local e mesmo sub-regional. Contudo, a configuração urbana[15] da Região é marcada pela centralidade dos principais núcleos urbanos de Belém e Manaus (NUCLEO, 1998a; MOURA; MOREIRA, 1998), embora as demais capitais estaduais venham também se destacando como pólos urbanos; somam-se, então, a esses centros regionais as espacialidades da "nova ruralidade". As taxas de crescimento dos municípios não-metropolitanos do Norte já se aproximaram (2,2% a.a.) daquela verificada para o conjunto dos municípios metropolitanos (2,4% a.a.), no período 1991-1996.

Tabela 6

Taxas de Crescimento e Participação no Incremento da População Regional
Municípios Metropolitanos e Não-Metropolitanos
Grandes Regiões
1970 a 1996

Regiões	Taxas de Crescimento (%a.a.)			% Incremento da População no Total Incremento Regional		
	1970-1980	1980-1991	1991-1996	1970-1980	1980-1991	1991-1996
Norte	4,85	3,85	2,40	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	4,30	3,43	2,23	86,26	90,22	87,88
Municípios Metropolitanos	4,96	4,05	2,43	13,74	9,78	12,12
Nordeste	2,16	1,83	1,05	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	1,86	1,60	0,88	71,61	70,57	66,90
Municípios Metropolitanos	3,67	2,83	1,70	28,39	25,43	33,10
RM's Novas(1)	4,02	3,70	2,21	2,69	3,54	4,20
RM's Antigas	3,63	2,75	1,65	25,70	25,89	28,91
Sudeste	2,65	1,77	1,32	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	1,49	1,71	1,28	28,68	46,32	46,05
Municípios Metropolitanos	3,87	1,82	1,37	71,32	53,68	53,95
RM's Novas(2)	5,55	3,15	1,97	10,12	10,69	9,76
RM's Antigas	3,69	1,65	1,27	61,20	42,99	44,19
Sul	1,44	1,38	1,22	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	0,82	1,01	0,92	47,24	57,41	57,25
Municípios Metropolitanos	4,45	2,75	2,22	52,76	42,59	42,75
Centro-Oeste	4,14	2,98	2,18	100,00	100,00	100,00
Municípios Não-Metropolitanos	2,98	2,73	1,46	50,58	59,88	42,50
Municípios Metropolitanos	6,95	3,46	3,45	49,42	40,12	57,50

Notas: (1) Região Metropolitana de Natal.

(2) Regiões Metropolitanas de Santos, Campinas, Vitória.

(3) Aglomerado de Goiânia e Região Metropolitana de Brasília.

Fonte: FIBGE, Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991 e Contagem da População de 1996.

15 As análises referentes a rede urbana de cada uma das regiões beneficiam-se dos resultados do projeto "Caracterização e Tendências da Rede Urbana no Brasil" realizada no NESUR – IE/UNICAMP/IPEA, entre dezembro de 1997 e novembro de 1998.

Na Região Nordeste, as regiões metropolitanas têm registrado taxas de crescimento bastante superiores (1,7% a.a., em 1991-1996) aos municípios não-metropolitanos (0,9% a.a., no mesmo período), principalmente a recém-instalada Região Metropolitana de Natal (2,2% a.a.). Embora os municípios não-metropolitanos respondessem por 67,0% do incremento populacional da Região em 1996, essa participação tem sido diminuída, já que o incremento metropolitano passou de 28,3%, entre 1970-1980, para 33,1%, entre 1991-1996.

Essa concentração metropolitana no Nordeste, defasada em relação ao processo vivenciado em outras regiões, que se acentuou no período 1991-1996, reflete o próprio processo de urbanização regional. Os anos 80 marcaram o início do processo de esvaziamento do rural nordestino, quando, pela primeira vez nos últimos cinqüenta anos, sua população rural diminuiu em números absolutos (de 17.245.514 de habitantes, em 1980, para 16.721.621, em 1991, chegando a 15.575.505, em 1996). Parte dessa população que saiu do rural nordestino, no período 1980-1996, foi absorvida no urbano da própria região e, provavelmente grande parte, nas áreas metropolitanas; a taxa de crescimento da população urbana do Nordeste foi de 2,5% a.a., entre 1991-1996, ligeiramente superior à média nacional (2,1% a.a.).

Apesar da crescente metropolização da população no Nordeste, o interior e as demais capitais da Região, em seu conjunto, vêm registrando taxas positivas de crescimento populacional, embora decrescentes (1,9% a.a., entre 1970-1980; 1,6% a.a., entre 1980-1991; e 0,88% a.a., de 1991-1996).

O recente dinamismo econômico em determinadas localidades do Nordeste, especialmente voltado para o complexo petroquímico de Camaçari, o pólo têxtil de Fortaleza, o complexo mineral-metalúrgico de Carajás, o pólo agroindustrial de Petrolina/Juazeiro, as áreas de agricultura moderna de grãos, as atividades turísticas e a produção de frutas para exportação, ampliaram e diversificaram a estrutura econômica nordestina (ARAÚJO, 1995; PACHECO, 1998), contribuindo inclusive para a expansão de atividades terciárias e propiciando a retenção e o retorno da população.

Segundo Martine e Wong (1994), recentemente, houve um dinamismo populacional em áreas de expansão agrícola no Nordeste que contribuiu para a interiorização da urbanização em direção ao oeste maranhense, aos cerrados baianos e ao vale do médio São Francisco.

Esse processo de urbanização no Nordeste também vem marcando a configuração de aglomerações urbanas não-metropolitanas[16] (num total de 14), das quais cinco delas conformadas por municípios no entorno das capitais de São Luís, João Pessoa, Teresina, Maceió e Aracaju, sendo as demais situadas no interior nordestino[17]. Nessa dinâmica, "os

16 Veja-se o Relatório 6 do Projeto "Caracterização e Tendências da Rede Urbana no Brasil – Estudo Regional: Nordeste", (IPEA/NESUR-IE/UNICAMP/IBGE, 1998b).

17 Segundo o estudo IPEA/NESUR-IE/UNICAMP/IBGE, são eles: Aglomerado Urbano de Feira de Santana (BA); de Campina Grande (PB); de Ilhéus/Itabema (BA); de Caruaru (PE); de Juazeiro do Norte/Crato (CE); de Teixeira de Freitas/Eunápolis/Porto Seguro (BA); de Santo Antonio de Jesus (BA); de Sousa/Cajuzeiros (PB); Mossoró/Açú; de Petrolina/Juazeiro (BA); apud IPEA/NESUR-IE/UNICAMP/IBGE (1998b).

aglomerados não-metropolitanos adquirem maior significado e, conseqüentemente, uma menor distância entre estes e os aglomerados metropolitanos" (NUCLEO, 1998b, p. 39).

Assiste-se, desse modo, a uma desconcentração relativa da população nordestina, na qual o redesenho da rede urbana imprime características intrínsecas ao processo de urbanização no Brasil: a formação de aglomerações regionais, quer sejam de caráter metropolitano ou não, cuja dinâmica econômica e populacional contribui para alterações no processo de redistribuição espacial da população em nível regional e estadual, mas sobretudo no âmbito interno do aglomerado. Como analisa Santos (1994:150): "(no caso geral do Nordeste) a rede urbana é cada vez mais diferenciada, cada vez mais complexificada; cada cidade e seu campo respondem por relações específicas, próprias às condições novas de realização da vida econômica e social. (...) Quanto mais intensa a divisão do trabalho numa área, tanto mais cidades surgem e tanto mais diferentes são umas das outras".

De fato, a multiplicação no número de cidades do Nordeste foi expressiva, quando saltou de 903 localidades, em 1960, para 1.555, em 1996, passando de 6,5 milhões de habitantes, no início do período, para 29,2 milhões, em 1996. As cidades pequenas do Nordeste cresceram, no período 1980-1991, a uma taxa média de 3,2% a.a., valor superior à das metrópoles nordestinas, que havia sido de 2,7% a.a. (CAMARANO, 1998).

Assim, em substituição à visão do Nordeste tradicional, com cidades pontuais de maior expressão juntamente com suas áreas metropolitanas e o restante das cidades se esvaziando populacionalmente, o Nordeste urbano hoje já reproduz, em outra escala, processos semelhantes de aglomeração da população aos que se configuram em outros espaços urbanos do País.

Na Região Sudeste, o fenômeno de menor crescimento metropolitano vem sendo mais intenso. Em contrapartida, vem registrando o fortalecimento de seus municípios não-metropolitanos, que respondiam por apenas 28,7% do incremento absoluto da região, no período 1970-1980, alcançando 46,1%, em 1991-1996; esse crescimento é caracterizado pelo surgimento de novas aglomerações urbanas, as quais expressam a própria expansão e ocupação das áreas.

Nos anos 70, a distância entre os ritmos de crescimento da população metropolitana (3,9% a.a.) e da não-metropolitana (1,5% a.a.) exibia o intenso fenômeno da metropolização no Sudeste. No período 1980-1991, a taxa média de crescimento das antigas regiões metropolitanas (Região Metropolitana de São Paulo, Região Metropolitana do Rio de Janeiro e Região Metropolitana de Belo Horizonte) reduziu-se a ponto de se situar ligeiramente abaixo da verificada para os municípios não-metropolitanos (1,6% a.a. e 1,7% a.a., respectivamente); já as novas regiões metropolitanas (Campinas, Santos e Vitória), embora tendo registrado

decréscimo dos anos 70 (5,6% a.a.) para os anos 80 (3,2% a.a.), seguiram com níveis mais elevados de crescimento que os municípios não-metropolitanos (2,0% a.a. e 1,3% a.a., respectivamente, no período 1991-1996).

Essa inflexão no ritmo de crescimento populacional metropolitano no Sudeste resultou na convergência das taxas de crescimento no período 1991-1996, quando os municípios não-metropolitanos e as antigas regiões metropolitanas obtiveram a mesma taxa de crescimento: 1,3% a.a. Se, para as antigas regiões metropolitanas, o período que marcou a reversão na tendência da concentração de seu crescimento foi a década de 80, para as novas regiões metropolitanas esse processo pode ser visto já na década seguinte, com a diminuição na participação relativa de seu incremento populacional no total da região (de 10,7%, no período 1980-1991, para 9,8%, no período de 1991-1996); mesmo assim, sua taxa de crescimento manteve-se superior em relação aos municípios não-metropolitanos e às regiões metropolitanas antigas.

Esse aspecto parece indicar que o impulso metropolizador das novas regiões metropolitanas, com a manutenção de altas taxas de crescimento, não se sustenta por períodos tão longos, como o foi em décadas passadas, para as antigas regiões metropolitanas; no prazo de uma década, essas áreas já começaram a dividir com as demais aglomerações (metropolitanas ou não) a distribuição e crescimento da população.

A histórica concentração das atividades econômicas no Sudeste, com a localização de grande parte dos segmentos mais dinâmicos e complexos em São Paulo, Rio de Janeiro e parte de Minas Gerais, tornou esta região a mais urbanizada do País (90% de sua população vivia em áreas urbanas em 2000), alocando as três mais importantes metrópoles nacionais e o maior volume de população urbana: 59.825.958 habitantes em 1996.

O Estado de São Paulo, abrigando os setores mais modernos da economia nacional e constituindo a maior concentração industrial do país, vivenciou, a partir dos anos 70, o processo de desconcentração de suas atividades econômicas[18] em direção a outros estados, mas especialmente para seu interior. Nesse processo já emergiam, nesse período, as duas primeiras metrópoles no interior do País (Santos e Campinas), bem como o início do processo de formação de aglomerações urbanas que se consolidariam no decorrer dos anos 80 e 90. O crescimento dos municípios não-metropolitanos paulistas reflete o dinâmico sistema urbano do interior, com a presença das aglomerações urbanas de São José dos Campos, Ribeirão

18 Veja-se Cano (1988); Negri (1996).

Preto, Sorocaba, Jundiaí, São José do Rio Preto, Araraquara-São Carlos, Araçatuba, Limeira-Rio Claro e Guaratinguetá, além dos importantes centros urbanos de Franca, Presidente Prudente, Marília, Piracicaba, Bragança Paulista e Itapetininga[19].

No Rio de Janeiro, apesar da maior concentração econômica e populacional na região metropolitana, a descentralização do desenvolvimento regional, a partir dos anos 70, contribuiu para a formação das aglomerações urbanas de Barra Mansa/Volta Redonda, Cabo Frio e dos centros urbanos de Macaé, Campos de Goytacazes, Nova Friburgo, Petrópolis e Teresópolis.

O maior crescimento dos municípios não-metropolitanos do Sudeste se deveu ainda às aglomerações urbanas que vêm se consolidando no interior de Minas Gerais. Nesse estado, "apesar da heterogeneidade espacial do desenvolvimento econômico mineiro, com áreas de dinamismo e outras de estagnação" (PACHECO, 1998; NUCLEO, 1998c), podem-se observar as aglomerações urbanas de Uberlândia, Vale do Aço, Itajubá/Pouso Alegre, Itabira/João Monlevade, Varginha/Três Corações e os centros urbanos de Juiz de Fora, Teófilo Otoni, Governador Valadares, Montes Claros, Barbacena, Poços de Caldas, Sete Lagoas, Divinópolis e Patos de Minas.

Já no Estado do Espírito Santo, além da recém-criada metrópole de Vitória, em sua rede urbana no interior do estado destacam-se os centros de Linhares, Colatina e Cachoeira do Itapemirim.

No caso da Região Sul, apesar do maior ritmo de crescimento dos municípios metropolitanos (2,2% a.a., no período 1991-1996) em comparação com os não-metropolitanos (0,94% a.a., no mesmo período), foram estes últimos que responderam pela maior parte do incremento da população regional (57,3%, entre 1991-1996). Nessa região, o recente dinamismo econômico teve reflexos no processo de urbanização regional, com a formação de pólos de desenvolvimento nos três estados: o calçadista no Vale dos Sinos; a indústria mecânica na Grande Porto Alegre e no nordeste de Santa Catarina; o petroquímico de Triunfo, no Rio Grande do Sul; a refinaria de Araucária; e o distrito industrial de Curitiba, no Paraná (PACHECO, 1998).

A recuperação demográfica da região, em especial do Paraná, e a nova dinâmica econômica tiveram rebatimentos espaciais diversificados que se expressaram no sistema urbano sulino. De acordo com os resultados da pesquisa do Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional (1998e, p. 107), "a principal característica da rede urbana sulina é a

19 Essa classificação para os estados do Sudeste está baseada no Relatório 6 da pesquisa "Caracterização e Tendências da Rede Urbana no Brasil" (IPEA/NESURÌE?UNICAMP/IBGE, 1998c e 1998d).

conjugação de um número cada vez maior de municípios populosos em aglomerações urbanas – espaços qualificados como áreas de concentração tanto populacional quanto da atividade econômica", que, na verdade, serviram para frear os crescentes deslocamentos populacionais para as áreas metropolitanas da região.

No Sul, o estudo identificou a aglomeração urbana de caráter metropolitano de Florianópolis e as aglomerações urbanas não-metropolitanas, situadas no interior dos estados, de Londrina/Maringá! Joinville! Blumenau! Caxias do Sul! Cascavel! Foz do Iguaçu! Criciúma! Itajaí! Pelotas! Ponta Grossa! Ijuí! Passo Fundo! Pato Branco-Francisco Beltrão! Caçador! Chapecó! São Bento do Sul! Gramado/Canela. Além das aglomerações urbanas nos espaços fronteiriços de Santana do Livramento (RS), Rivera (Uruguai) e de Uruguaiana (RS), Paso de Los Libres (Argentina).

A maior expressão da nova dinâmica socioespacial do processo de urbanização em curso pode ser ainda observada na Região Centro-Oeste, com a formação do recente Entorno de Brasília[20] , e a configuração da metropolização regional. A partir dos anos 90, o incremento populacional desse conjunto de municípios passou a responder por 53,5% do total regional, proporção que era de 40,1%, no período 1981-1991; as taxas de crescimento da Região Metropolitana de Brasília situaram-se em patamares (em torno de 3,5% a.a. nos dois últimos períodos) muito mais elevados que os dos municípios não-metropolitanos (2,7% a.a., nos 80, e 1,5% a.a., no período de 1991-1996) do Centro-Oeste.

Essa região vem ocupando, no decorrer do período 1970-1996, a segunda posição em termos de crescimento populacional. Marcada pela expansão, modernização e urbanização da fronteira agrícola, o Centro-Oeste experimentou um processo de desruralização de sua população já nos anos 70, quando, em contrapartida, sua população urbana alcançou a taxa de 7,6% a.a., superior até à da Região Norte no mesmo período (6,6% a.a.). No período 1980-1991, o ritmo de crescimento da população urbana diminuiu, embora sua taxa de crescimento urbano tenha-se situado acima da média nacional (4,3% a.a. contra 3,0% a.a., respectivamente). Essa tendência prosseguiu nos primeiros anos da década de 90, quando o Centro-Oeste apresentou uma taxa de crescimento da população urbana em torno de 3,0% a.a. e o Brasil, de 2,1% a.a..

O acelerado processo de urbanização na região traduziu-se na duplicação da população urbana nos anos 70 (de 2.309.436, em 1970, para 4.819.318, em 1980), num incremento relativo de mais de 60% nos anos 80 (alcançando 7.663.122 habitantes no urbano, em 1991) e na incorporação de mais de um milhão de habitantes urbanos entre 1991-1996, totalizando

20 Trata-se da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE); o Decreto no 2710 de 04/08/1998 regulamentou a Lei Complementar no 94 e autorizou o Poder Executivo a criar a Região (CODEPLAN/GDF).

8.865.836 a população urbana no Centro-Oeste, em 1996. De fato, a mudança no perfil econômico do Centro-Oeste, a partir dos anos 70, suscitou alterações significativas na dinâmica demográfica da região, com o incremento dos fluxos migratórios interestaduais e mesmo intra-regionais, particularmente aqueles rural-urbano (GUIMARÃES; LEME, 1997). Assim, a população rural centro-oestina já havia registrado decréscimos absolutos em seu contingente durante os anos 70, passando de 2.245.717, em 1970, para 1.635.644 a população residente no rural da região, em 1996.

"Esse generalizado movimento em direção às cidades é característico da dinâmica econômica da região: a prevalência de uma agricultura produtora de *commodities*, altamente capitalizada e tecnificada. Além de não necessitar de trabalho vivo em grande escala, conforma a propriedade e o uso da terra segundo sua lógica de valoração, esvaziando o campo e provocando um afluxo migratório em direção aos centros urbanos de maior porte" (NUCLEO, 1998f, p. 59).

A nova dinamização das atividades agropecuárias, voltadas para o complexo grãos/carne, vincula o setor terciário e a atividade industrial a esse dinamismo, com reflexos importantes na configuração urbana regional, chegando o Centro-Oeste a registrar 84% de sua população em localidades urbanas, em 1996; perdendo apenas para a Região Sudeste (89%) em termos de grau de urbanização.

A rede urbana do Centro-Oeste é marcada pela centralidade de Goiânia e Brasília e resulta de processos ocorridos em períodos anteriores à implantação das frentes de agropecuária intensiva (GUIMARÃES; LEME, 1997). Apesar disso, além da aglomeração urbana de caráter metropolitano de Goiânia e da Região Metropolitana de Brasília, configura-se na região também o aglomerado urbano de Cuiabá/Várzea Grande e o de Anápolis; o centro urbano de Campo Grande, além dos centros urbanos surgidos nas áreas de fronteira (Alta Floresta, Sinop, Sorriso, Colider, Juína); e outros centros urbanos locais[21].

4. AS MIGRAÇÕES INTERESTADUAIS PARA OS MUNICÍPIOS METROPOLITANOS[22] E NÃO-METROPOLITANOS

Na dinâmica rede urbana brasileira, os movimentos migratórios têm-se tornado elemento chave do crescimento populacional[23], mesmo que a intensidade de entradas e saídas de pessoas nem sempre se concretize na resultante numérica expressa pelas taxas

21 Catalão; Ponta-Porã; Aquidauana; Cáceres, Ceres, Naviraí; Dourados; Rondonópolis; Itumbiara; Rio Verde; Barra do Garças; Três Lagoas; Tangará da Serra; Jataí; Goianésia; Goiatuba; Uruaçu; Nova Andradina; Corumbá; Porangatu; Iporá; Mineiros; Coxim; Inhumas; São Luís de Montes Belos; Morrinhos; Caldas Novas

22 Considera-se apenas os municípios pertencentes às nove regiões metropolitanas.

23 Com o declínio da fecundidade e o contínuo descenso da mortalidade, para muitas localidades a migração vem respondendo por significativa parcela do incremento populacional.

de crescimento. A acentuada mobilidade espacial da população pode ser apreendida em localidades de diferentes tamanhos, indicando que o atual processo de urbanização no País continua marcado por expressivos deslocamentos populacionais, em especial os de áreas urbanas, independente de seu porte, para outras áreas urbanas.

A direção das migrações segundo municípios metropolitanos e não-metropolitanos aponta que para esses últimos se dirigiram os maiores volumes de imigrantes interestaduais[24] (Tabela 7), mesmo com a diminuição dos contingentes populacionais envolvidos nesses movimentos migratórios do período 1986-1991 para 1991-1996: 3.052.994 pessoas e 2.436.964, respectivamente; os municípios não-metropolitanos concentraram, nos dois períodos, cerca de 60% da imigração ocorrida entre os estados brasileiros. Assim, tais municípios do sistema urbano brasileiro demonstraram capacidade para "atrair"[25] populações, mesmo que possam não ter potencial para absorvê-la.

Na imigração oriunda de outros estados, nos dois períodos, o destino não-metropolitano foi preponderante para as regiões Norte (93,0% do total de entradas), Nordeste (79,0%), Sul (em torno de 77%) e Centro-Oeste (mais da metade). Já para o Sudeste, o forte peso que as metrópoles industrializadas exercem no direcionamento dos fluxos migratórios interestaduais fez com que aos municípios metropolitanos se destina-se a maior parte dos imigrantes que entraram na região; mesmo assim, é interessante destacar que os municípios não-metropolitanos concentravam 38,7% da entrada de migrantes vindos de outros estados, no período 1986-1991, elevando-se suavemente para 39,6%, em 1991-1996, o que revela a crescente importância do interior dos estados do Sudeste na imigração interestadual regional.

Na imigração interestadual para os estados do Nordeste, aos municípios não-metropolitanos couberam 44,5% de imigrantes de retorno e, para as metrópoles, 40,9%, no período 1981-1991. No período 1990-1995, a imigração interestadual para o conjunto dos municípios do Nordeste (metropolitanos e não-metropolitanos) teve em torno de 33,0% de retorno, manifestando ainda a importância desse fenômeno na imigração da Região[26].

Para a Região Sul, a imigração de retorno interestadual também desempenhou papel de destaque nos movimentos migratórios; para suas metrópoles, essa proporção foi mais elevada (35,9%, em 1981-1991, e 34,2%, em 1990-1995) e para seus municípios não-metropolitanos representou em torno de 30%, nos dois períodos.

24 População com menos de 10 anos na UF atual.

25 Ressalte-se que essa atração não representa necessariamente a transferência de população de áreas menos desenvolvidas para mais desenvolvidas, como na formulação clássica dos "fatores de atração e de expulsão" dentro dessa capacidade de "atrair" embute-se elementos da própria divisão espacial do trabalho, onde aos municípios (metropolitanos ou não) podem ser atribuídos espaços de moradia, de insumos agrícolas, localização industrial etc.

26 Informação advindas do Censo Demográfico de 1991 e da PNAD de 1995; tabulações especiais NEPO/UNICAMP.

Tabela 7

Volumes de Imigração Interestadual(*) segundo Municípios Metropolitanos(**) e Não-Metropolitanos
Grandes Regiões - Brasil
1986-1991 e 1991-1996

Áreas	Brasil	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Municípios Não-Metropolitanos						
1986-1991	3.052.994	517.128	740.956	833.585	433.824	527.501
1991-1996	2.436.964	414.130	556.116	701.443	364.729	400.546
Regiões Metropolitanas						
1986-1991	1.959.427	36.195	196.736	1.319.906	119.850	286.740
1991-1996	1.655.065	30.105	147.818	1.070.797	113.599	292.746
Distribuição Relativa de Imigrantes (%) Municípios Não Metropolitanos						
1986-1991	60,91	93,46	79,02	38,71	78,35	64,78
1991-1996	59,55	93,22	79,00	39,58	76,25	57,77
Regiões Metropolitanas						
1986-1991	39,09	6,54	20,98	61,29	21,65	35,22
1991-1996	40,45	6,78	21,00	60,42	23,75	42,23
Total de Imigrantes						
1986-1991	5.012.421	553.323	937.692	2.153.491	553.674	814.241
1991-1996	4.092.029	444.235	703.934	1.772.240	478.328	693.292

Nota: (*) Pessoas residentes de 5 anos na UF atual. Inclui não-natural e retorno, bem como os movimentos inter e intra_regional.
(**) Consideram-se as antigas e novas regiões metropolitanas.
Fonte: FIBGE, Censo Demográfico de 1991 e Contagem da População de 1996; Tabulações Especiais – NEPO/ÚNICA

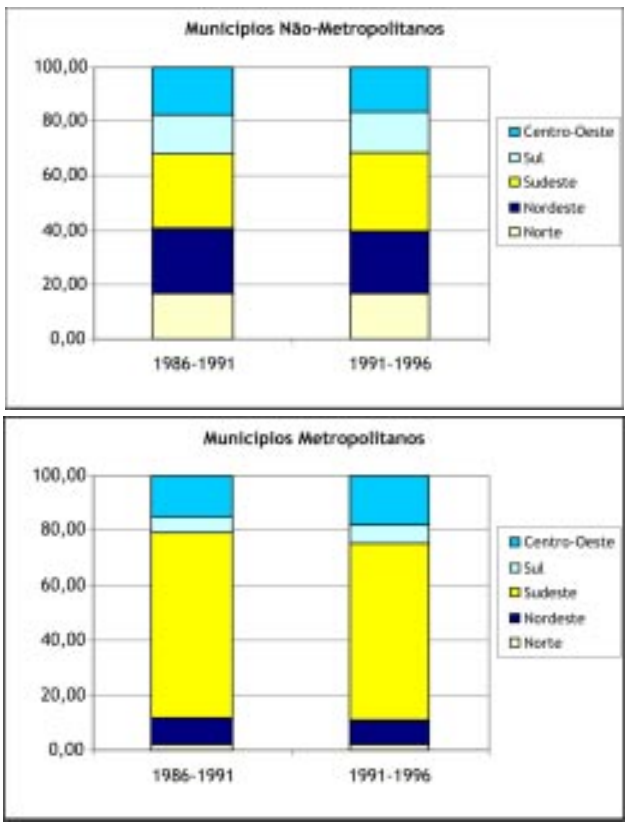
A estrutura da distribuição da imigração não-metropolitana regional apresentou algumas alterações do final dos anos 80 para o início dos 90 (Gráfico 2), com o aumento da participação da imigração no Sudeste não-metropolitano (de 27,3% para 28,8% do total), compensando o decréscimo da entrada de pessoas de outros estados nos municípios não-metropolitanos do Nordeste (que representava 24,3% dos imigrantes não-metropolitanos

do País, baixando para 22,8%); refletindo, como já apontado, a menor emigração do Sudeste para o interior do Nordeste. A distribuição da imigração interestadual para as metrópoles, segundo regiões, mostra a diminuição relativa do Sudeste (que respondia por 67,4% das entradas de migrantes interestaduais, no período 1986-1991, e passou para 64,7%, no seguinte), ao passo que se fortaleceu o processo de metropolização dos municípios no Centro-Oeste (de 14,6% para 17,7%).

A outra face dos municípios não-metropolitanos, no entanto, é revelada pela baixa capacidade de absorção populacional: dessas localidades partiram mais de 70% da emigração interestadual no período 1986-1991, ou seja, 3.679.996 pessoas contra 1.332.425 das regiões metropolitanas (Tabela 8).

Gráfico 2

Distribuição Relativa da Imigração Interestadual por Grande Região
Municípios Metropolitanos e Não-Metropolitanos
Brasil
1986-1991 e 1991-1996



Fonte: FIBGE, Censo Demográfico de 1991; Contagem da População de 1996; Tabulações Especiais, NEPO/UNICAMP.

Nas regiões Norte, Nordeste e Sul, esse fenômeno foi mais acentuado, com os municípios não-metropolitanos chegando a responder por quase toda a emigração interestadual das regiões, nesse qüinqüênio. No caso da Região Norte, o esgotamento da fronteira agrícola se faz sentir diretamente em seus municípios não-metropolitanos, tanto que mais de 35% das pessoas que saíram para outros estados, nos anos 80[27], voltaram às suas UF's de nascimento. Nas regiões Nordeste e Sul, o baixo dinamismo ou a inexistência de atividades econômicas que pudessem reter e absorver população contribuíram ainda, no final dos anos 80, para os expressivos volumes de emigrantes dessas áreas.

A Região Sudeste espelhou, no período 1986-1991, uma situação totalmente inversa das demais regiões brasileiras: foi de suas metrópoles que partiu a maior parcela de sua emigração em direção a outros estados (53,0% do total), ou seja, 802.183 contra 711.170 dos municípios não-metropolitanos.

Para a Região Centro-Oeste, embora cerca de 70% de seus emigrantes tenham saído de seu interior, a Região Metropolitana de Brasília chegou a responder por 30% da emigração regional, no período 1986-1991.

Os intensos deslocamentos populacionais verificados entre os estados brasileiros, no período 1986-1991, resultaram em um saldo negativo para os municípios não-metropolitanos: cerca de 627 mil pessoas, em favor dos municípios metropolitanos. Entretanto, essa situação não correspondeu à realidade de todas as regiões; no período 1986-1991, os municípios não-metropolitanos do Norte tiveram um ganho líquido populacional de 140.206 pessoas, que superou o apresentado pelos municípios não-metropolitanos do Sudeste (122.415 pessoas).

27 Informação proveniente do Censo Demográfico de 1991; tabulações especiais NEPO/UNICAMP.

Tabela 8

Volumes de Emigrantes Interestaduais(*) segundo Municípios Metropolitanos e Não-Metropolitanos

Grandes Regiões - Brasil

1986-1991 e 1991-1996

Grandes Regiões	Emigração Total		Emigração de Municípios 1986-1991 (*)		Proporção no Total da Emigração	
	1986-1991	1991-1996	Metropolitanos	Não-Metropolitanos	Metropolitanos	Não-Metropolitanos
Norte	421.925	383.391	45.003	376.922	10,67	89,33
Nordeste	1.814.223	1.556.668	233.588	1.580.635	12,88	87,12
Sudeste	1.513.353	1.174.350	802.183	711.170	53,01	46,99
Sul	739.065	508.838	93.032	646.033	12,59	87,41
Centro-Oeste	523.672	468.784	158.619	365.236	30,29	69,75
Brasil	5.012.238	4.092.031	1.332.425	3.679.996	26,58	73,42

Grandes Regiões	Trocas Migratórias 1986-1991		Índices 1986-1991			
			Eficácia		Reposição	
	Metropolitanos	Não-Metropolitanos	Metropolitanos	Não-Metropolitanos	Metropolitanos	Não-Metropolitanos
Norte	-8.808	140.206	-0,11	0,16	0,80	1,37
Nordeste	-36.852	-839.679	-0,09	-0,36	0,84	0,47
Sudeste	517.723	122.415	0,24	0,08	1,65	1,17
Sul	26.818	-212.209	0,13	-0,19	1,29	0,69
Centro-Oeste	128.121	162.265	0,29	0,18	1,81	1,44
Brasil	627.002	-627.002	0,19	-0,09	1,47	0,83

Notas: (*) Inclui a emigração inter e intra-regional.

(**) Com a Contagem da População de 1996 não é possível identificar a emigração ao nível municipal.

Fonte: FIBGE, Censo Demográfico de 1991 e Contagem da População de 1996; Tabulações Especiais, NEPO/UNICAMP.

Além dessas duas regiões, os municípios não-metropolitanos do Centro-Oeste também registraram saldo positivo, superior ao das duas regiões acima mencionadas: 162.265 pessoas. Foram, portanto, os municípios não-metropolitanos do Nordeste e do Sul que apresentaram as maiores perdas populacionais: 839.679 pessoas e 212.209, respectivamente.

Nos casos das regiões Norte e Nordeste, torna-se interessante observar que seus municípios metropolitanos, no período 1986-1991, demonstraram perdas populacionais nos movimentos migratórios interestaduais: 8.808 pessoas e 36.852, respectivamente; porém, no caso do Nordeste, essa perda foi muito inferior à de seus municípios não-metropolitanos. Nas demais regiões, as áreas metropolitanas registraram saldos positivos, destacando-se o do Sudeste (517.723 pessoas) e o do Centro-Oeste (128.121), áreas de forte absorção de migrantes nordestinos.

Destaca-se que, mesmo cabendo aos municípios metropolitanos maior capacidade de absorção migratória, os municípios não-metropolitanos encontram-se na rota das migrações internas no País, contribuindo para diminuir a expressiva concentração da população nos grandes centros urbanos.

NOVAS ESPACIALIDADES NO PROCESSO DE URBANIZAÇÃO BRASILEIRA: AGLOMERADOS METROPOLITANOS RECENTES E AGLOMERADOS URBANOS NÃO-METROPOLITANOS

As tendências recentes do processo de urbanização e de distribuição espacial da população, iniciadas nos anos 80, reforçam o processo de reorganização populacional, com a importância crescente de formação de novas territorialidades e dos processos internos de realocação espacial da população.

Considerando as novas formas de organização do território, com a possibilidade de criação de novas áreas metropolitanas a partir das Constituições Estaduais, verifica-se o crescente número de regiões metropolitanas no Brasil (Tabela 9); estas chegaram a concentrar mais de 67 milhões de brasileiros no ano 2000, correspondendo a 48,9% da população urbana nacional[28].

Essas configurações urbano-metropolitanas recentes distinguem-se das antigas metrópoles tanto por seu papel no contexto do desenvolvimento econômico do país quanto pelo menor poder de sua área de influência, abrangendo espaços regionais bastante restritos. Na verdade, poucas são as áreas que podem ser consideradas como "nova metrópole"; o estudo do IPEA/NESUR–IE/UNICAMP/IBGE identificou 13 metrópoles nacionais, ou seja, as nove regiões antigas e as regiões metropolitanas de Vitória, Florianópolis, Entorno de Brasília e Natal[29]. Desse modo, a maior parte dessas novas aglomerações urbanas, já institucionalizadas como metrópoles, pode ser denominada "aglomerados metropolitanos recentes" (ao invés de novas regiões metropolitanas), para que se distingam dos espaços de caráter eminentemente metropolitano. Essa distinção faz-se necessária, uma vez que a definição sociológica de área metropolitana inclui, dentre outros elementos, a complexidade da interação entre os espaços que compõem essa região, com intensa circulação de capital e de população[30]; situação nem sempre presente nesses aglomerados.

28 As regiões metropolitans consideradas neste item são as adotadas pelo IBGE e as informações foram extraídas do site do DATASUS.

29 Outras áreas metropolitanas foram incluídas em categorias como metrópoles regionais, como é o caso de Campinas. Veja-se IPEA/NESUR-IE-UNICAMP/IBGE (2000).

30 Veja-se, dentre outros, Villaça (2001).

Tabela 9

População Total, Taxas de Crescimento e Incremento Absoluto

Regiões Metropolitanas Antigas e Aglomerados Metropolitanos Recentes

1980, 1991 e 2000

	População Total			Taxas de Crescimento		Incremento Absoluto	
Áreas Metropolitanas	1980	1991	2000	1980-1991	1991-2000	1980-1991	1991-2000
RMs Antigas	**34.411.656**	**42.798.162**	**51.088.169**	**2,00**	**1,99**	**8.386.506**	**8.290.007**
Belém	1.021.483	1.401.305	1.795.536	2,92	2,79	379.822	394.231
Fortaleza	1.580.074	2.307.017	2.923.417	3,50	2,67	726.943	616.400
Salvador	1.766.614	2.496.521	3.090.196	3,19	2,40	729.907	593.675
Recife	2.347.146	2.858.147	3.512.208	1,81	2,32	511.001	654.061
São Paulo	12.588.725	15.444.941	17.970.634	1,88	1,70	2.856.216	2.525.693
Rio de Janeiro	8.772.265	9.814.574	11.257.944	1,03	1,54	1.042.309	1.443.370
Belo Horizonte	2.609.583	3.436.060	4.277.157	2,53	2,46	826.477	841.097
Curitiba	1.440.626	2.000.805	2.716.288	3,03	3,46	560.179	715.483
Porto Alegre	2.285.140	3.038.792	3.544.789	2,63	1,73	753.652	505.997
Aglomerados Metropolitanos Recentes	**9.141.654**	**13.083.551**	**16.759.231**	**3,31**	**2,79**	**3.941.897**	**3.675.680**
Natal	554.223	826.208	1.043.321	3,70	2,63	271.985	217.113
Baixada Santista	961.243	1.220.249	1.476.820	2,19	2,14	259.006	256.571
Vale do Aço	276.620	325.806	399.580	1,50	2,29	49.186	73.774
Vitoria	753.959	1.136.842	1.438.596	3,80	2,65	382.883	301.754
Florianópolis	364.334	530.621	709.407	3,48	3,28	166.287	178.786
Norte/Nordeste Catarinense	245.477	363.149	453.249	3,62	2,49	117.672	90.100
São Luís	498.958	820.137	1.070.688	4,62	3,01	321.179	250.551
Tubarão	83.326	103.334	117.830	1,98	1,47	20.008	14.496
Foz do Rio Itajaí	145.841	222.515	319.389	3,92	4,10	76.674	96.874
Entorno de Brasília	1.520.026	2.161.709	2.952.276	3,25	3,52	641.683	790.567
Campinas	1.276.801	1.866.025	2.338.148	3,51	2,54	589.224	472.123

Goiânia	827.446	1.230.445	1.639.516	3,67	3,24	402.999	409.071
Londrina	434.177	553.314	647.854	2,23	1,77	119.137	94.540
Maceió	522.173	786.643	989.182	3,80	2,58	264.470	202.539
Maringá	267.587	381.569	474.202	3,28	2,44	113.982	92.633
Regiao Carbonífera	165.715	234.611	289.272	3,21	2,35	68.896	54.661
Vale do Itajaí	243.748	320.374	399.901	2,52	2,49	76.626	79.527
TOTAL RMs	43.553.310	55.881.713	67.847.400	2,29	2,18	12.328.403	11.965.687
BRASIL	119.011.052	146.825.475	169.799.170	1,93	1,63	27.814.423	22.973.695
BRASIL URBANO	80.437.327	110.990.990	137.953.959	2,97	2,45	30.553.663	26.962.969

Fonte: Fundação IBGE, Censos Demograficos. DATASUS/MS

As taxas de crescimento da população dos aglomerados metropolitanos, no entanto, assemelham-se à dinâmica de crescimento das antigas metrópoles em décadas passadas. No período 1980-1991, a taxa média de crescimento dos aglomerados metropolitanos recentes chegou a 3,3% a.a. e, mesmo diminuindo esse ritmo na década seguinte, situou-se em 2,79% a.a. Essas taxas ficaram bem acima da taxa média de crescimento nacional nas duas décadas, bem como de crescimento urbano, indicando o impulso do processo de concentração de população nessas localidades no período. De fato, esses aglormerados concentravam 9.141.654 habitantes, em 1980, passando para 16.759.231, em 2000. Esse acréscimo populacional contribuiu para que aumentasse a participação relativa da população dessas áreas no total da população urbana brasileira: de 11,4%, em 1980, para 12,1%, em 2000; no caso das antigas regiões metropolitanas, essa participação vem decrescendo, como já apontado.

Nos anos 90, várias foram os aglomerados metropolitanos recentes que registraram elevadas taxas de crescimento, dentre eles aqueles que são sediados por capitais estaduais – Entorno de Brasília (3,5% a.a.), Goiânia (3,0% a.a.), Florianópolis (3,3% a.a.) e São Luis (3,0% a.a.) – bem como outras no interior, tais como Foz do Rio Itajaí (4,1% a.a.), Maringá (2,4% a.a.), Campinas (2,5% a.a.), Norte/Nordeste Catarinense (2,5% a.a.) e Região Carbonífera (3,2% a.a.).

Considerando o total da população residindo em regiões metropolitanas e em aglomerados metropolitanos, chega-se a 67.847.400 brasileiros, ou seja, cerca de 49,2% da população urbana do país. Assiste-se, desse modo, à intensificação do processo de

desconcentração polarizada da urbanização, cuja rede urbana vai-se redefinindo a partir de novos recortes espaciais regionais, ao mesmo tempo em que ocorre o espraiamento da população dentre essas configurações urbanas.

De fato, ao se somarem aos espaços metropolitanos (antigos e recentes) as populações das novas configurações dos aglomerados urbanos não-metropolitanos, totalizam-se 86.165.594 pessoas; correspondendo a 62% da população urbana nacional no ano 2000.

Esses aglomerados urbanos não-metropolitanos, segundo o IBGE, correspondem a 11 aglomerações sediadas por capitais estaduais e outras 24 aglomerações localizadas em áreas interioranas (Tabela 10). No caso dos aglomerados urbanos de capitais, notam-se taxas de crescimento superiores (4,7% a.a, nos anos 80, e 2,9% a.a., nos anos 90) às verificadas para as aglomerações urbanas do interior (2,5% a.a. e 2,0% a.a., respectivamente).

Os aglomerados urbanos de capitais, por sua vez, arrefeceram consideravelmente seu ritmo de crescimento da população, de uma para outra década, se comparados aos aglomerados do interior, os quais quase que mantiveram a mesma taxa de crescimento nos últimos vinte anos. Essas tendências indicam o fortalecimento dessas espacialidades no interior, passando de uma população de 7,5 milhões, em 1980, para 11,9 milhões, em 2000.

Tabela 10

População Total , Taxas de Crescimento e Incremento Absoluto

Aglomerados Urbanos Não-Metropolitanos

1980, 1991 e 2000

Aglomerados Urbanos Não-Metropolitanos	População			Taxas de Crescimento (% aa)		Incremento Absoluto	
	1980	1991	2000	80-1991	91-2000	1980-1991	1991-2000
Capitais Estaduais	2.962.057	4.904.732	6.380.955	4,69	2,97	1.942.675	1.476.223
Aracaju	363.551	563.827	714.681	4,07	2,67	200.276	150.854
Campo Grande	291.777	526.126	663.621	5,51	2,61	234.349	137.495
Cuiabá	289.658	564.771	698.644	6,26	2,39	275.113	133.873
João Pessoa	476.066	698.556	844.171	3,55	2,13	222.490	145.615
Macapá	137.452	179.777	283.308	2,47	5,18	42.325	103.531
Manaus	633.383	1.011.501	1.405.835	4,35	3,73	378.118	394.334

Palmas		24.334	137.355		21,20	24.334	113.021
Porto Velho	133.882	287.534	334.661	7,20	1,70	153.652	47.127
Rio Branco	117.101	197.376	253.059	4,86	2,80	80.275	55.683
Teresina	452.170	706.711	845.052	4,14	2,01	254.541	138.341
Boa Vista	67.017	144.219	200.568	7,22	3,73	77.202	56.349
Interior	7.553.946	9.977.801	11.937.239	2,56	2,01	2.423.855	1.959.438
Araraquara/São Carlos	247.657	324.952	375.469	2,50	1,62	77.295	50.517
Araçatuba	180.200	234.682	263.554	2,43	1,30	54.482	28.872
Blumenau	342.818	451.713	558.165	2,54	2,38	108.895	106.452
Cabo Frio	158.296	214.279	330.028	2,79	4,92	55.983	115.749
Caruaru	181.148	228.604	275.434	2,14	2,09	47.456	46.830
Cascavel	244.757	287.869	343.569	1,49	1,98	43.112	55.700
Caxias do Sul	372.477	492.505	605.749	2,57	2,33	120.028	113.244
Criciúma	199.298	286.157	348.888	3,34	2,23	86.859	62.731
Guaratinguetá/Aparecida	206.498	246.426	263.132	1,62	0,73	39.928	16.706
Ilhéus/Itabuna	284.795	409.027	418.802	3,35	0,26	124.232	9.775
Ipatinga	289.250	342.524	400.941	1,55	1,77	53.274	58.417
Itabira	129.227	154.540	174.858	1,64	1,38	25.313	20.318
Joinville	520.784	728.499	906.982	3,10	2,46	207.715	178.483
Juazeiro do Norte/Crato	247.250	302.515	363.810	1,85	2,07	55.265	61.295
Jundiaí	335.029	437.978	529.990	2,47	2,14	102.949	92.012
Limeira	389.688	526.777	635.363	2,78	2,10	137.089	108.586
Moji-Guaçu/Moji-Mirim	172.126	228.793	277.928	2,62	2,19	56.667	49.135
Pelotas/Rio Grande	406.108	463.522	509.702	1,21	1,06	57.414	46.180
Petrolina/Juazeiro	222.472	304.173	393.105	2,88	2,89	81.701	88.932
Ribeirão Preto	425.103	594.941	710.398	3,10	1,99	169.838	115.457
Sorocaba	541.298	782.405	993.238	3,41	2,69	241.107	210.833
São José do Rio Preto	219.742	328.764	418.400	3,73	2,72	109.022	89.636

São José dos Campos	711.529	1.008.897	1.211.748	3,23	2,06	297.368	202.851
Volta Redonda/Barra Mansa	526.396	597.259	627.986	1,15	0,56	70.863	30.727
TOTAL AGLOMERADOS	10.516.003	14.882.533	18.318.194	3,21	2,33	4.366.530	3.435.661
BRASIL	119.011.052	146.825.475	169.799.170	1,93	1,63	27.814.423	22.973.695
BRASIL URBANO	80.437.327	110.990.990	137.953.959	2,97	2,45	30.553.663	26.962.969

Fonte:FIBGE, Censos Demográficos. DATASUS/MS

O sistema urbano brasileiro tende, portanto, a se redesenhar em configurações metropolitanas e aglomerados urbanos. Essas espacialidades, por sua vez, ao mesmo tempo em que concentram a população no conjunto da urbanização, apresentam especificidades intrametropolitanas e intra-aglomerações, sobretudo no que se refere ao processo de redistribuição interna de suas populações, gerando espaços formados por sedes e entornos regionais, centros e periferias. São nessas novas configurações urbanas, portanto, que as populações se movimentam, deslocam se e se circulam diariamente, trazendo novas demandas às políticas sociais, quer seja em termos de transporte e moradia, como de saúde e educação.

CONSRDERAÇÕES FINAIS

Está-se diante de um processo de reestruturação espacial urbana, cuja especificidade é dada pelo processo de espraimento da população, tanto em direção a novas configurações urbanas quanto no interior de cada uma delas. A concomitância desse processo de desconcentração populacional tem contribuído para "expandir as fronteiras da dispersão populacional" (GOTTDIENER, 1993, p. 14).

Nesse contexto, vai-se redefinindo a organização social do espaço, com mudanças na diferenciação interna da metrópole e com a realocação de população em aglomerados urbanos de diferentes tamanhos.

A atual forma de crescimento socioespacial assiste à rápida expansão de outras áreas que não o município-sede das metrópoles ou dos aglomerados, contribuindo para a menor pressão demográfica em determinadas áreas. Se, de um lado, a desconcentração polarizada do processo de urbanização contribuiu para frear o caos urbano das antigas metrópoles nacionais, por outro lado, essas novas espacialidades anunciam fortes demandas sociais que têm de ser supridas, para que essas localidades não venham a repetir os problemas que as grandes concentrações metropolitanas experimentam há várias décadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, T. M. B. "Nordeste, Nordeste: que Nordeste?" In: AFFONSO, R.; BARROS SILVA, P. L. (orgs). "Desigualdades regionais e desenvolvimento: federalismo no Brasil". São Paulo: FUNDAP/ ED. UNESP, 1995. p. 125-156.

BACELAR, T. "Evolução e perspectivas das desigualdades regionais: região nordeste: relatório de pesquisa". Recife: [S.l.], 1993.

BAENINGER, R. "Região, metrópole e interior: espaços ganhadores e espaços perdedores nas migrações recentes no Brasil: 1980/1996". 1999. Tese (Doutorado) – IFCH/UNICAMP, Campinas, 1999.

BAENINGER, R. "Urbanisation process and spatial redistribution of population in Brazil: recente changes and trends". In: GEYER, M. "International handbook of urban systems: studies of urbanization and migration in advanced and developing countries". Africa do Sul: University of Potchefstroom, 2002.

BANDEIRA, P. S. "A evolução recente da economia na região sul: relatório de pesquisa". [S.l.:S.n.], 1993.

CAMARANO, A. A. "Movimentos migratórios recentes na região nordeste". In: ENCONTRO NACIONAL SOBRE MIGRAÇÃO, 1988, Curitiba. Anais... Curitiba: ABEP/IPARDES, 1998. p. 189-208.

CANO, W. (coord). "A interiorização do desenvolvimento econômico no estado de São Paulo: 1920-1980". São Paulo: Fundação SEADE, 1988. (Coleção Economia Paulista, v. 1, 2, 3).

CENTRO LATINO-AMERICANO DE DEMOGRAFIA Dinâmica de la población de las grandes ciudades en América Latina y el Caribe. In: "Grandes Ciudades de América Latina: Dos Capítulos". Documentos Docentes, Serie B, n. 98, Santiago de Chile, 1994

CUNHA, J. M. "Aspectos demográficos da estruturação das regiões metropolitanas brasileiras". In: HOGAN et al. "Migração e ambiente nas aglomerações urbanas". [S.l.]: NEPO/ PRONEX-UNICAMP, 2001.

CUNHA, J. M. "A mobilidade intra-regional no contexto das mudanças no padrão migratório nacional: o caso da região metropolitana de São Paulo". In: ENCONTRO NACIONAL DA ANPUR, 7, 1997, Recife. Anais... Recife: ANPUR, 1997.

DEDDECA, C. S.; BRANDÃO, S. M. C. "Crise, transformações estruturais e mercado de trabalho". [S.l.]: CEDE/UNICAMP, 1992. (mimeo).

EBANKS, E. G. "Determinantes socioeconómicos de la migración interna". Santiago de Chile: CELADE, 1993.

FARIA, V. "Desenvolvimento, urbanização e mudanças na estrutura do emprego: a experiência brasileira dos últimos 30 anos". In: SOCIEDADE e política no Brasil pós-64. São Paulo: Editora Brasiliense, 1983.

FARIA,V. "Mudanças na composição do emprego e na estrutura de ocupação". A Transição Incompleta: Brasil desde 1945.Paz e Terra,v.1, Rio de Janeiro, 1986.

GOTTDIENER, M. "A produção social do espaço". São Paulo: Edusp, 1993.

GUIMARÃES, E.; LEME, H. "Caracterização histórica e configuração espacial da estrutura produtiva do Centro-Oeste". Campinas: NEPO/UNICAMP, 1997. (Textos NEPO, 33)

HOGAN, D. et al. "Migração e ambiente nas aglomerações urbanas". [S.l.]: NEPO/PRONEX-UNICAMP, 2001.

LAMPARELLI, C. "A metropolização como um das formas de urbanização". In: "Seminário Metropolização e Rede Urbana: perspectivas dos anos 90". Coletânea de Textos. Edição IPPUR/UFRJ, 1990.

MARTINE, G. "A redistribuição espacial da população brasileira durante a década de 80". Brasília: IPEA, 1994. (Texto para Discussão, n. 329)

MARTINE, G. "Migração e metropolização". São Paulo em Perspectiva, São Paulo, v. 1, n. 2, jul 1987.

MATOS, R.; BAENINGER, R. "Migração e Urbanização no Brasil: Processos de Concentração e Desconcentração Espacial e o Debate Recente". Anais do XXIII Conferência Nacional da IUSSP, Salvador, Brasil, 2001. NEGRI, B. (1996). "Concentração e desconcentração industrial em São Paulo (1880-1990)". Campinas: Ed. UNICAMP.

MOURA, H. M.; MOREIRA, M.M. "As migrações na região norte em período recente: uma abordagem preliminar". In: ENCONTRO NACIONAL SOBRE MIGRAÇÃO, 1998, Curitiba. Anais... Curitiba: ABEP/IPARDES, 1998, p. 138-188.

NEGRI, B. "Concentração e desconcentração industrial em São Paulo (1880-1990)". Campinas: Ed. UNICAMP, 1996.

NEGRI, B.; PACHECO, C. A. "Mudança tecnológica e desenvolvimento regional nos anos 90: da interiorização do desenvolvimento à nova dimensão espacial da indústria paulista: relatório final do projeto: desenvolvimento tecnológico e competitividade da indústria brasileira". Campinas: SCTDE/FECAMP/IE-UNICAMP, 1993. (mimeo)

NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL. Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Norte: Relatório 6. Campinas, 1998 a. (mimeo).

NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Nordeste. Relatório 6. Campinas, 1998b. (mimeo).

NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Sudeste. Relatório 6. Campinas, 1998c. (mimeo).

NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: São Paulo. Relatório 6. Campinas, 1998d. (mimeo).

NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Sul. Relatório 6. Campinas, 1998e. (mimeo).

NÚCLEO DE ECONOMIA SOCIAL, URBANA E REGIONAL Caracterização e tendências da rede urbana no Brasil: Estudo Regional: Centro Oeste. Relatório 6. Campinas, 1998f (mimeo).

PACHECO, C. A. "Tendências da urbanização e do Crescimento Populacional Brasileiro: população em idade escolar : 1991-2000". Campinas: NESUR/IE-UNICAMP/MEC/FNDE, 1997. (Projeto de pesquisa)

PACHECO, C. A. "Fragmentação da Nação". Campinas: IE/UNICAMP, 1998.

PATARRA, N. L. et al. "Demografia". In: POLÍTICAS sociais no Brasil: avaliação e propostas para os anos 90. São Paulo: FUNDAP, 1991.

RIGOTTI, J. I. R. "Fluxos migratórios e distribuição espacial da população na Região Metropolitana de Belo Horizonte: década de 70". 1994. Dissertação (Mestrado) – CEDEPLAR/FACE/UFMG, Belo Horizonte, 1994.

SANTOS, M. et al. "Território, globalização e fragmentação". Hucitec: São Paulo, 1994.

SANTOS, M. "Técnica, espaço e tempo: globalização e meio técnico-científico-informacional". 3 ed. Hucitec: São Paulo, 1997.

SANTOS, M. et al. "Território, globalização e fragmentação". Hucitec: São Paulo, 1994

VILLA, M. "Urbanización y Transición Demográfica en América Latina: una reseña del período 1930-1990". In: EL POBLAMIENTO de las Américas, Anais, IUSSP, vol 2, 1992.

VILLA, M.; RODRIGUEZ, J. "Dinâmica sociodemográfica de las metropolis Latinoamericanas". In: GRANDES ciudades de América Latina: dos capítulos. Santiago de Chile: CELADE, 1994. (Documentos Docentes, Serie B, n.98)

VILLAÇA, F. "Brasil intra-urbano". [S.l.]: Nobel, 2001.

ZUICHES, J. J. "Residential preferences in migration theory". In: NEW direction in urban rural migration: the population turnaround in America. New York: Academic Press, 1980.

PARTE III

Instrumentos metodológicos e proposição de políticas públicas

ANÁLISE ESPACIAL NA DEFINIÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM AGLOMERADOS URBANOS

Gilberto Câmara
Professor Dr. OBT/INPE
Marilia Sá Carvalho
Professora Dra. ENSP/Fiocruz

RESUMO

Diversas propostas metodológicas podem ser utilizadas para subsidiar a definição de políticas públicas em áreas urbanas densamente povoadas, desde a construção de indicadores compostos ao desenho de redes assistenciais. Neste capítulo abordamos duas questões fundamentais: a identificação de grupos mais vulneráveis e o acesso aos recursos e equipamentos urbanos. Os tópicos abordados incluem: representações computacionais de dados espaciais; a questão do georreferenciamento e da unidade de análise; os métodos de identificação de áreas prioritárias, baseados na idéia de carência absoluta e relativa; e diferentes formas de análise de acesso aos serviços de saúde do ponto de vista geográfico.

DESCRITORES: Sistemas de Informação geográfica; estatística.

INTRODUÇÃO

Dezenas de propostas metodológicas podem ser utilizadas para subsidiar a definição de políticas públicas em áreas urbanas densamente povoadas, da construção de indicadores compostos que permitem a síntese de vários aspectos das condições de vida, atualmente muito popular, ao desenho de redes assistenciais. Procuraremos abordar neste capítulo algumas idéias com grande aplicabilidade, que abordam duas questões fundamentais: a identificação de grupos mais vulneráveis e o acesso aos recursos e equipamentos urbanos. Essa opção baseia-se na constatação de que nos aglomerados urbanos, mais do que a carência absoluta, que certamente existe, um grande problema é a desigualdade, a falta de acesso e a iniqüidade.

Particularmente na área da saúde senso estrito, o acesso a recursos voltados para a prevenção primária tem programas, atividades e mecanismos bem estabelecidos. O Programa de Saúde da Família, por exemplo, vem-se destacando como estratégia de atenção básica explicitamente voltada para vigilância à saúde e promoção da qualidade

de vida, ou as campanhas de imunização hoje usadas como exemplo de estratégia bem-sucedida. O próprio Sistema Único de Saúde (SUS), com vasta rede hospitalar própria, conveniada e contratada, em recente trabalho analisando o suplemento saúde da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), aponta relativa eqüidade no uso de serviços hospitalares (MONTEIRO-DE-CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2002). Assim, o grande desafio metodológico é contribuir para identificar onde aplicar os recursos, não apenas do ponto de vista fixo, da capacidade instalada, mas principalmente considerando o acesso econômico, geográfico e cultural.

Diversos outros problemas mereceriam destaque em um capítulo dedicado a métodos que subsidiem políticas urbanas. Entre outros, cabe destacar a poluição ambiental, cada vez mais presente na agenda de gestão municipal, mas a respeito da qual ainda contamos com pouca informação de boa qualidade. Dentro, entretanto, dos limites de espaço deste capítulo, procuraremos apresentar o que existe de mais recente no uso dos dados disponíveis, de forma a gerar informação qualificada, aprofundando o diagnóstico das cidades, identificando onde se concentra a população com maior necessidade e/ou menor acesso aos recursos de saúde. A abordagem do tema se inicia pelos métodos de georreferenciamento e escala, discutindo adequação e viabilidade; segue-se a apresentação dos modelos estatísticos mais usuais; no item seguinte, as técnicas voltadas para a análise do uso dos serviços de saúde, com ênfase no acesso geográfico. Dada a variedade de métodos abordados neste capítulo, não temos a pretensão de guiar o leitor na implementação prática destes, mas apenas situá-lo quanto ao "estado da arte" e sistematizar as referências de mais fácil acesso para os que desejarem maior profundidade e detalhe.

1. O PROBLEMA DO ACESSO AOS SERVIÇOS COMO DEFINIDOR DE POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE

Um dos grandes problemas na produção de indicadores para políticas públicas em saúde reporta-se ao problema da desigualdade. Diferentes abordagens conceituais sobre o enfrentamento da desigualdade irão condicionar diferentes formas de tratamento dos dados. Dois conceitos serão brevemente explicitados, visando à construção das abordagens metodológicas aqui propostas. O primeiro destes baseia-se na abordagem proposta pelo Prêmio Nobel Amartya Sen, cujos estudos são referência no tema do desenvolvimento e do atendimento às carências da população (SEN, 1981, 1992, 2001). Um conceito central aos escritos de Sen é a noção de "entitlement", conceito que indica a "capacidade de ter acesso aos bens que uma pessoa humana necessita"s e que traduziremos por 'intitulamento', adotando precendente do tradutor brasileiro de "Desenvolvimento como liberdade" (SEN, 2001). A idéia básica, demonstrada pelo autor no estudo Poverty and Famines (SEN, 1981), é que muitas situações de fome coletiva ocorrem num contexto de disponibilidade de alimentos, faltando acesso à comida

que existia na região. Caracteriza o problema a inexistência de uma política compensatória dessas diferenças de capacidades entre segmentos da população, afetados também pela alteração brusca em seus intitulamentos em função de mudanças nas relações de troca. O segundo conceito, complementar à idéia anterior, é o de eqüidade, definida aqui como igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais (PORTO, 2002).

Alguns trabalhadores manuais (como os barbeiros) foram duramente atingidos pela mudança temporária e repentina dos padrões de troca entre preços de alimentos e preços de serviços ocorrida no período.

Traduzir esses conceitos em uma abordagem metodológica no contexto de saúde coletiva em aglomerados urbanos parte do reconhecimento de que uma boa parte das estatísticas de saúde se refere a valores médios dos indicadores usados nos diagnósticos de saúde, freqüentemente agregados por município. Por outro lado, também a oferta e o uso de serviços de saúde é analisado globalmente, na mesma escala pouco apropriada para discriminar os vários perfis que compartilham o espaço urbano. Tendo em vista as enormes diferenças de condição social nas cidades, essa diferenciação é fundamental. Nossa proposta, portanto, é contribuir para que as ferramentas capazes de analisar os diferentes componentes da população, com suas capacidades distintas de acesso a esses serviços, sejam disseminadas entre gestores. Dados como oferta média de leitos e disponibilidade média de médicos, indicadores de morbi-mortalidade, principalmente se compilados em grandes agregações de escala, são ineficientes para orientar decisões de política pública em saúde.

Para buscar compreender as diferenças de intitulamento com respeito à saúde, um dos instrumentos úteis é o uso das tecnologias de sistemas de geoinformação geográfica (SIG), que permitem explicitar a localização espacial dos eventos de saúde e dos serviços públicos e privados. Representar a ocorrência espacial dos dados de saúde num ambiente computacional é o primeiro passo para que possamos diferenciar a população segundo necessidades e acesso aos serviços de saúde. Dados, como o perfil socioeconômico da população, a ocorrências de eventos de saúde e a densidade de atendimento da rede pública permitem detectar as manifestações espacialmente explícitas de diferentes intitulamentos – diferentes capacidades de exercer o direito constitucional de acesso aos serviços de saúde – e de ineqüidade – recursos desiguais para necessidades equivalentes.

Note-se que produzir mapas de localização espacial dos eventos de saúde e das condições socioeconômicas da população por si só não é suficiente para estabelecer os intitulamentos da população em estudo aos serviços de saúde coletiva. Será preciso ainda estabelecer: (a) se o fenômeno em estudo apresenta propriedades variantes no espaço, isto é, se os aglomerados eventualmente distinguíveis não são apenas flutuação aleatória; (b) se é possível estabelecer

relações causais entre a oferta de serviços, a ocorrência de eventos e as condições socioeconômicas da população; (c) se tais relações variam no espaço de forma estatisticamente significativa; (d) se tais relações, mesmo que constatadas, representam fatores condicionantes do intitulamento da população e portanto podem ser utilizadas como indicadores de política pública. Determinar em que casos essas hipóteses são válidas requer o uso de técnicas de estatística espacial, das quais daremos alguns exemplos neste capítulo.

2. REPRESENTAÇÕES COMPUTACIONAIS DE DADOS ESPACIAIS

Para que o leitor não-familiarizado com a tecnologia de geoinformação possa compreender a essência deste capítulo, apresentamos a seguir um breve resumo das principais representações computacionais utilizadas nos Sistemas de Informação Geográfica – SIG (CÂMARA et al., 2003).

Em primeiro lugar, vale lembrar que a maior parte das representações computacionais utilizadas nos SIG são estruturas de dados bidimensionais. Dessas estruturas, três são definidas por suas coordenadas cartesianas, como mostrado na Figura 1: o ponto, a linha e o polígono. Um ponto é um par ordenado (x, y) de coordenadas espaciais. O ponto pode ser utilizado para identificar localizações ou ocorrências no espaço. São exemplos: localização de unidades de saúde, residências de casos de doenças e focos de contaminação ambiental. Uma linha é um conjunto de pontos conectados. Um polígono é a região do plano limitada por uma ou mais linhas poligonais conectadas de tal forma que o último ponto de uma linha seja idêntico ao primeiro da próxima. Observe-se também que a fronteira do polígono delimita uma área, dividindo o plano em duas regiões: o interior e o exterior.

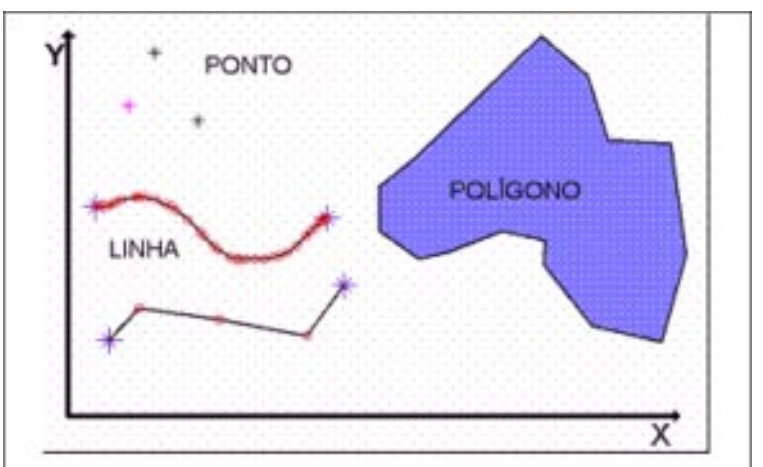


Figura 1 - Representações computacionais do espaço baseadas em coordenadas

Os polígonos são usados para representar unidades espaciais individuais – setores censitários, distritos, zonas de endereçamento postal, municípios. Para cada unidade espacial são associados dados oriundos de levantamentos como censos e estatísticas de saúde. Note-se que apesar, desses levantamentos serem coletados em entrevistas individuais, por razões de confidencialidade os dados são agregados em áreas delimitadas por polígonos. Os dados de saúde – mortalidade, doenças de notificação compulsória, internações – podem ser representados graficamente como um ponto, quando utiliza-se o endereço individual, ou como agregados por áreas, que, relacionados à população em risco, permitem a estimativa dos indicadores usuais.

Os valores das taxas, contagens e indicadores associados às áreas são armazenados em tabelas, cuja primeira linha contém um descritor mnemônico, e as demais contêm valores numéricos ou textuais. Essas tabelas podem utilizadas em ferramentas computacionais como planilhas e bancos de dados relacionais.

Para o caso de *fenômenos contínuos,* resultantes de levantamento de recursos naturais, a forma de representação mais usual é por meio de matrizes. Essa representação pressupõe que o espaço pode ser tratado como uma superfície plana dividida em células de igual área. Cada elemento da matriz está associado a uma porção do terreno de mesmo tamanho e seu valor corresponde à estimativa do fenômeno considerado naquela porção de terreno.

Como um exemplo das estruturas computacionais utilizadas para apresentar dados espaciais, na Figura 2 são apresentados de forma gráfica dois tipos de estruturas computacionais associadas aos dados do Censo de 1991 para os distritos da cidade de São Paulo. Acima, apresenta-se um mapa com polígonos, no qual cada polígono fechado aproxima os limites de cada distrito da cidade. Abaixo, mostra-se uma tabela com dados provenientes do Censo de 1991, numa tabela cujas colunas têm os nomes de IBGE (código do distrito utilizado pelo IBGE), NOME (nome oficial do distrito), POPULAC (população total do distrito), POP70 (população acima de 70 anos de idade), TOTCH (número total de chefes de família), CHMULH (chefes de família mulheres), S_REND (chefes de família sem rendimento).

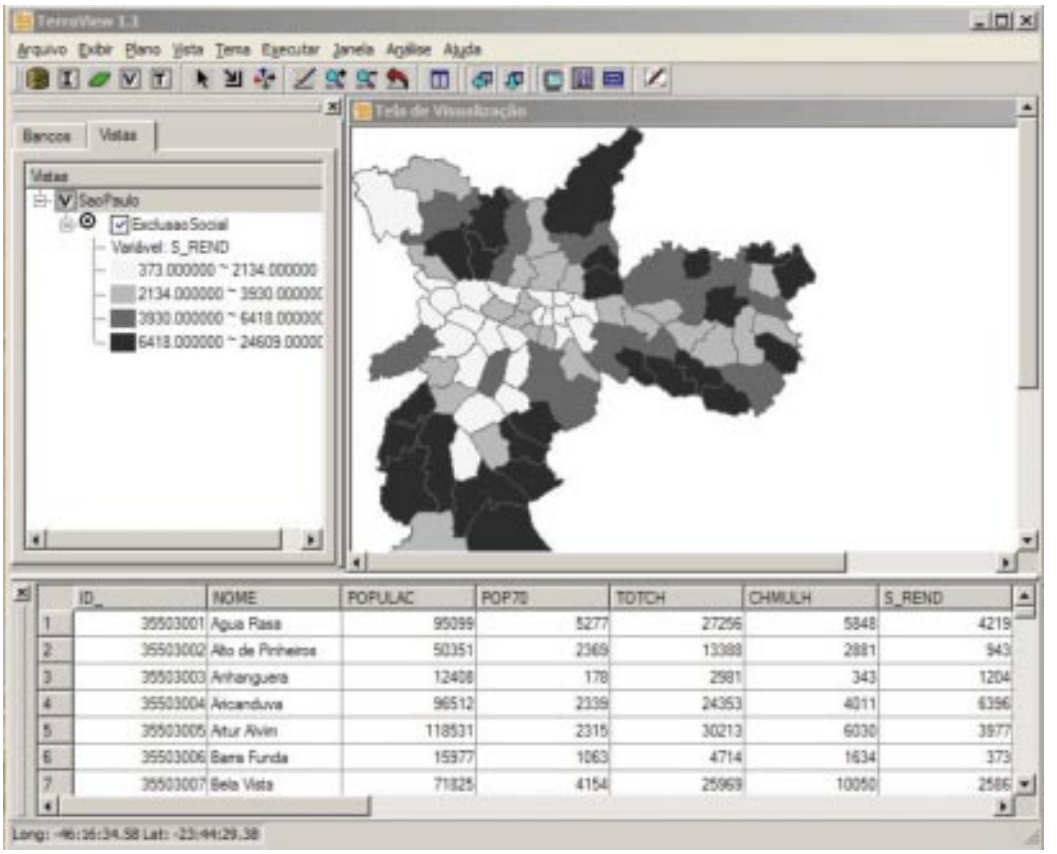


Figura 2 – Exemplo de visualização de estruturas computacionais para dados socioeconômicos no espaço: acima (à esquerda), polígonos representando distritos de São Paulo; abaixo, tabela com dados censitários referentes a esses distritos (Fonte dos Dados: IBGE, Censo 1991).

Polígonos, pontos e matrizes são estruturas de dados bidimensionais, baseadas nos paradigmas conceituais da cartografia. No entanto, seria errôneo pensar nesses dados como "mapas digitais". À cada área correspondem múltiplos atributos, que podem ser combinados, analisados estatisticamente e apresentados de diferentes formas. Novas formas de visualização e representação podem ser geradas por combinação de dados de fontes distintas, gerando informação não disponível anteriormente. Em um SIG, o mapa é um produto efêmero e transitório do banco de dados geográfico, construído apenas para efeitos de visualização. O relevante é a organização e o conteúdo do banco de dados e as infinitas possibilidades de análise (SCHUURMAN, 2002).

3. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE: GEORREFERENCIAMENTO[1] E ESCALA

As grandes fontes de informação sobre condições de vida e saúde das populações são as pesquisas do IBGE – censo demográfico, contagens, assistência médica (AMS) e PNAD –, os dados dos sistemas de informações de mortalidade (SIM), de nascimento (SINASC), de internações hospitalares pagas pelo SUS, de notificações de doenças (SINAN), de atenção básica (SIAB) entre outros e os sistemas de cadastro de unidades assistenciais. Exceto as informações completas do censo, que podem ser estimadas para regiões muito pequenas, os setores censitários, todas as demais em geral têm como unidade territorial de referência o município ou a unidade de saúde de atendimento, sem qualquer referência geográfica. Mesmo o SIAB, que define como alvo a atenção à família, entendida a partir do ambiente e espaço geográfico em que vive, não possibilita a análise a partir do território e do domicílio, mas somente consolidados por agente de saúde (PORTUGAL, 2003).

Nesse sentido, a primeira questão metodológica importante é o recorte territorial intramunicipal a ser adotado e, conseqüentemente, a forma de georreferenciamento. A questão a avaliar é que tipo de investimento no desenvolvimento de um Sistema de Informações Geográficas o município adotará: se disponível carta detalhada com arruamento e edificações, pode-se optar por localizar cada evento de saúde a partir do endereço de residência, como um ponto com coordenadas. Dessa forma está organizado o georreferenciamento, por exemplo, de Porto Alegre/RS. Outra opção é discretizar o território em áreas. Essa é a forma utilizada pelo IBGE no censo demográfico, cuja delimitação territorial pode ser adquirida, juntamente com as informações do censo 2000[2]. O setor censitário, entretanto, ainda que proposto pelo Comitê Temático Interdisciplinar sobre Geoprocessamento e Dados Espaciais em Saúde (CTI-Geo) da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA)[3] como área mínima para georreferenciamento das informações de saúde, é apenas uma definição operacional do censo. Assim, a unidade territorial adotada pode ser bairro, distrito ou outra definida pela administração local. A construção de SIGs ao nível de municípios deve ser planejada cuidadosamente, considerando custos, recursos materiais e humanos, com as vantagens de cada possível modelo (CARVALHO; PINA; SANTOS, 2000).

1 Localização de informações não-geográficas, por exemlo: eventos em saúde, em base cartográfica.

2 Maiores informações em ibge@ibge.gov.br

3 Ver relatórios e discussões em http://www.datasus.gov.br/catalogo/ctigeo/principal.htm

A principal característica do desenho de áreas na análise de dados em saúde é permitir cruzar informações socioeconômicas, demográficas e de saúde. Ressalta-se, portanto, a importância de fazer coincidir os limites dessas áreas com uma agregação de setores censitários, que permita a utilização das informações geradas no censo. Além disso, sempre que trabalhando com áreas, a informação é proveniente de contagens: de óbitos, de nascimentos, de chefes de família analfabetos. Os indicadores estimados serão médias, taxas ou proporções, tão mais úteis quanto menor a dispersão ou a mistura de elementos. Resumindo, é fundamental que as áreas utilizadas como unidade de análise sejam razoavelmente homogêneas quanto ao perfil da população residente. Por razoável entende-se aqui que no mesmo bairro utilizado como unidade de análise não estejam incluídas nos indicadores áreas de residência de classes médias e favelas, por exemplo, o que dificulta a identificação da população prioritária para as políticas de saúde (BARCELLOS; SANTOS, 1997).

Entretanto, quanto maior a homogeneidade interna da área, menor ela será, e conseqüentemente os indicadores sofrerão o efeito de pequenos números, flutuando bastante É comum que a área com os piores e com os melhores indicadores, por exemplo de mortalidade, sejam áreas onde a população é tão pequena que um óbito a mais dobra a taxa estimada, ou a ausência em determinado ano de qualquer evento gere indicador igual a zero. Alguns métodos para contornar essa questão serão apresentados no item 5.

4. IDENTIFICANDO ÁREAS PRIORITÁRIAS: CARÊNCIA ABSOLUTA E RELATIVA

A identificação de áreas mais vulneráveis pode ser feita a partir dos indicadores sociais ou dos indicadores de saúde. No primeiro caso, são utilizadas as mais diversas variáveis socioeconômicas, havendo extensa literatura sobre critérios de seleção e métodos de construção de indicadores, indicadores compostos, qualidade de indicadores e de coleta (GALLOPIN, 1997; SOUZA et al., 2000; LILLEY, 2001; NEUMAYER, 2001). Quanto aos indicadores específicos da área da saúde também é vasta a literatura: dos mais tradicionais, como a mortalidade infantil, até os baseados em outros aspectos da vida nas grandes cidades, como por exemplo os vários indicadores de violência. Não abordaremos esses aspectos neste item, pois já é grande a literatura sobre o tema. Daremos prioridade ao tratamento estatístico que deve ser dado ao indicador no contexto da análise espacial.

Um conceito-chave na compreensão e análise dos fenômenos espaciais é a dependência espacial. Essa noção parte da um postulado bastante intuitivo: "todas as coisas são parecidas, mas coisas mais próximas se parecem mais que coisas mais distantes" (TOBLER, 1979). Generalizando, pode-se afirmar que a maior parte das ocorrências, sejam estas naturais ou sociais, apresentam entre si uma relação que depende da distância. Essa questão tem impacto importante na modelagem estatística, em duas direções principais: (i) qualquer

modelo estatístico que não leve em conta a existência dessa dependência espacial será equivocado, tanto mais quanto mais forte for a dependência; e (ii) essa propriedade pode ser utilizada para melhorar as estimativa dos indicadores.

Essa dependência espacial pode ser quantificada por meio de algumas medidas estatísticas. A idéia básica é medir o quanto a distribuição espacial do processo em estudo se afasta da completa aleatoriedade espacial. Baseiam-se nesse conceito as estatísticas de detecção de aglomerados (cluster) espaciais, que seriam afastamentos dessa distribuição espacial completamente ao acaso. Um bom exemplo, apresentado na Figura 3, é o tratamento do índice de exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo[4] , baseado em variáveis do censo de 1991. À esquerda (Figura 3A), está o mapa da cidade de São Paulo, onde cerca de 2/3 dos 96 distritos estavam abaixo dos índices mínimos de inclusão social em 1991. Uma forte polarização centro-periferia é claramente perceptível no mapa, que apresenta duas grandes regiões de exclusão social, as zonas Sul e Leste da cidade. Na zona Leste, nota-se um gradiente do índice de exclusão/inclusão social, que piora à medida que nos afastamos do centro. Na zona Sul, a descontinuidade do índice é mais abrupta, e verificamos a existência de distritos com altos índices de exclusão/inclusão social próximos a áreas excluídas. À direita (Figura 3B), a significância estatística do índice local de Moran, indicando as regiões que apresentam correlação local significativamente diferente do resto do dados. Essas regiões podem ser vistas como "bolsões", áreas com dinâmica espacial própria e que merecem análise detalhada (SPOSATI, 2000; CÂMARA et al., 2002).

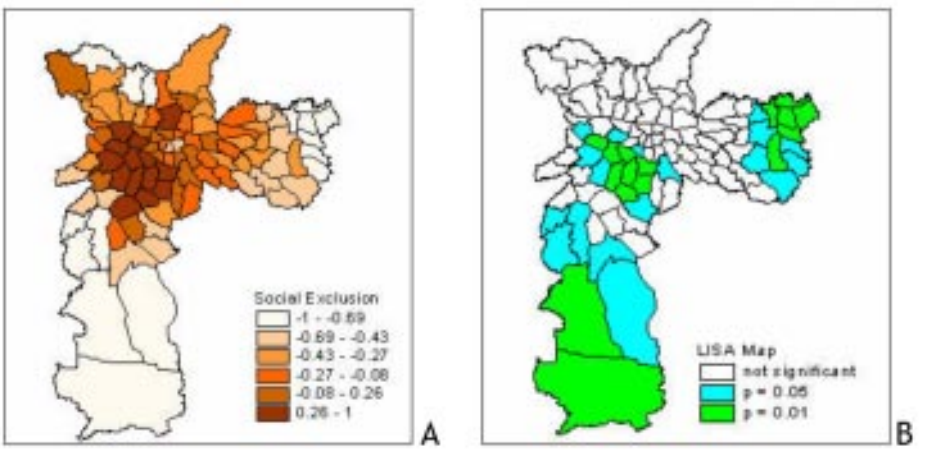


Figura 3 - Índice de Exclusão/Inclusão Social dos 96 distritos da Cidade de São Paulo, com agrupados por sextis (A) e mapa (B) de significância estatística do indicador de autocorrelação local (LISA)

4 O índice de exclusão/inclusão social é uma medida agregada das disparidades socioeconômicas, que varia de –1 a +1, em que o valor 0 (zero) indica o nível básico de inclusão social.

Uma questão fundamental no estudo das áreas é a flutuação aleatória dos indicadores, devido às pequenas populações das áreas. A contradição é: áreas pequenas permitem identificar melhor o risco, mas os valores estimados dos indicadores são pouco confiáveis; áreas maiores estabilizam os indicadores, mas são médias pouco esclarecedoras do que se deseja estudar. Esse problema já está bem resolvido tecnicamente, com o uso dos modelos bayesianos, cuja implementação ainda é bastante penosa (ASSUNÇÃO et al., 1998; ASSUNÇÃO, 2001; SOUZA et al., 2001).

Existem dezenas de métodos estatísticos voltados para a análise espacial, com grande potencial na identificação de áreas e dinâmicas espaciais, com características diferenciadas e úteis na identificação de carência social, e diversos livros-texto bastante atualizados. A proposta aqui, dadas as limitações de espaço, é apenas chamar a atenção para os aspectos conceituais mais importantes, remetendo o leitor para leitura mais técnica (ASSUNÇÃO, 2001; DRUCK et al., 2003).

5. ESTUDANDO O ACESSO

Abordaremos neste item três formas de analisar o acesso/uso de serviços de saúde, restritos a aspectos geográficos, como forma de buscar a ineqüidade e a ausência de intitulamento: o diagrama de fluxos origem-destino, a construção de redes e a identificação de mercados.

A simples identificação das rotas de origem-destino dos pacientes que chegam a usar os serviços de saúde auxilia na compreensão dos mecanismos envolvidos. É uma técnica simples que permite construir setas proporcionais ao volume da população que se desloca. Na Figura 4, pode-se visualizar o fluxo entre local de residência e local do óbito para cada componente da mortalidade infantil – neo e pós-neonatal (CAMPOS; CARVALHO; BARCELLOS, 2000). As diferenças são evidentes: enquanto que na mortalidade até os 7 dias de vida os trajetos são mais curtos, indicando alguma regionalização da assistência ao parto, as crianças mais velhas têm como padrão as longas distâncias percorridas em direção ao centro do Rio. O sombreamento de fundo da imagem é uma classificação socioeconômica dos bairros do Rio de Janeiro baseada em indicadores do censo demográfico de 1991. As áreas mais escuras têm, na classificação realizada, pior qualidade de vida e são as áreas "exportadoras" de crianças doentes.

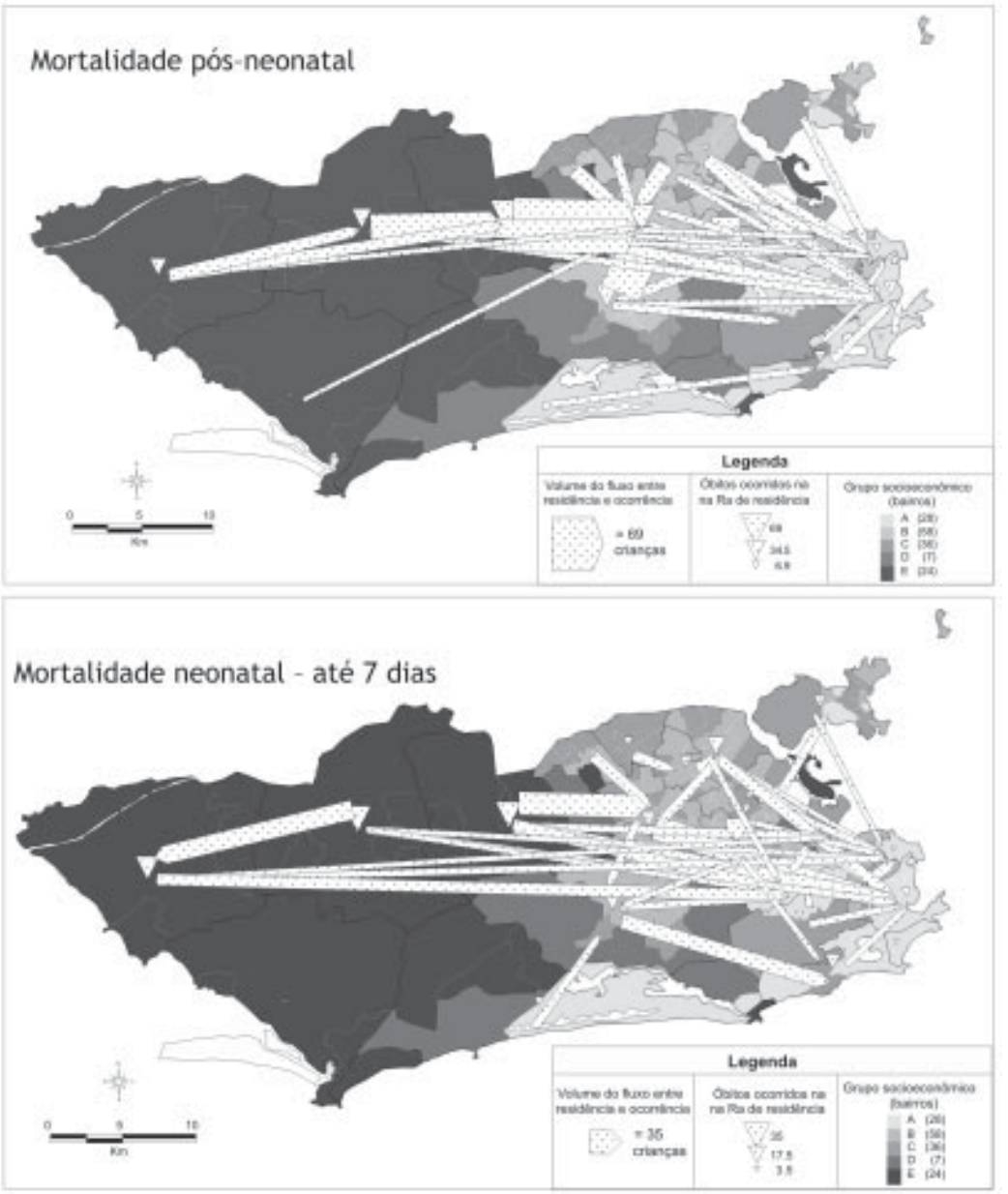


Figura 4 – Diagrama origem-destino de entre residência da mãe e hospital do óbito infantil, Rio de Janeiro, 1994.

A mesma idéia, embora em nível maior de sofisticação, está presente na construção de redes hierarquizadas. A diferença é que não se desenha o fluxo dos indivíduos, mas considera-se cada unidade de área como um nó que recebe e/ou envia pacientes para outros nós (RABINO; OCCELLI, 1997). O fluxo dominante, definido como sendo o de maior volume entre áreas, permite desenhar uma hierarquia de centros (Figura 5). Esse tipo de modelagem é particularmente útil em regiões metropolitanas, onde subnúcleos (ou centros) assistenciais são freqüentes. Cada tipo de assistência – por especialidade, por recurso empregado – pode ser analisado visando à detecção de áreas com assistência insuficiente e a identificação dos reais processos de referência e contra-referência (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2003).

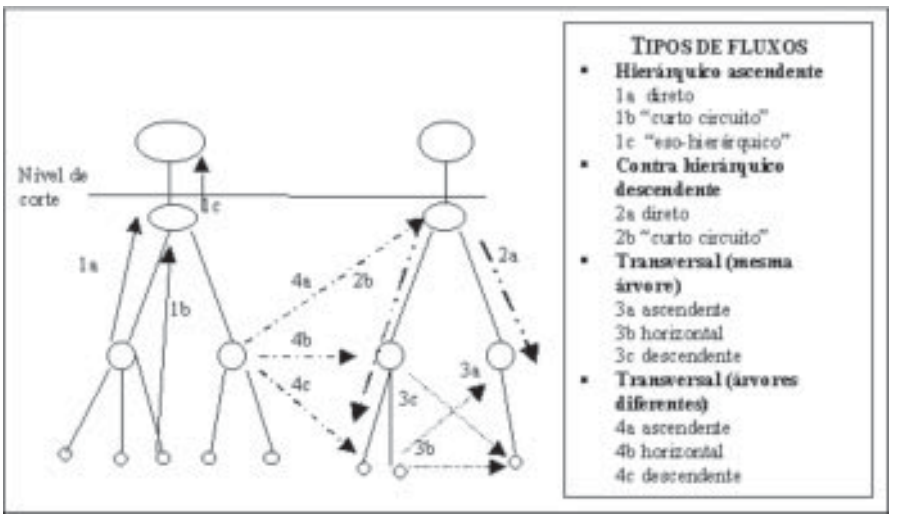


Figura 5. Tipos de fluxos

Por fim, a utilização do conceito de mercado: área cujos moradores, na sua maioria, recebem assistência daquele determinado serviço, ou rede articulada de serviços, que é pouco utilizada por moradores de outras regiões. A utilização desse tipo de recorte territorial permite avaliar diferenças na qualidade de serviços de saúde prestado à população, não somente a partir dos usuários, mas incluindo também os desassistidos em cada região assim definida (PINHEIRO et al., 2001).

Na Figura 6, são apresentados alguns aspectos da malha viária – principais rotas de transportes coletivos – do município de Olinda, bem como a localização dos centros de saúde responsáveis pelo atendimento à hanseníase (LAPA, 2003). Observe que duas unidades são localizadas fora dos limites do município, o que, dada a grande densidade demográfica e perfeita continuidade em toda a Região Metropolitana do Recife, não é impeditivo para o deslocamento da população. Nos demais quadros, pode-se observar a

evolução temporal dos "mercados" dessas unidades. Nessa figura foram trabalhados somente os mercados "dominantes", ou seja, as áreas onde mais de 50% do atendimento são feitos por uma determinada unidade. Pode-se observar a evolução ao longo da década, com a maior participação das unidades locais (Peixinhos e São Benedito) nos períodos mais recentes. A importância desse tipo de análise é grande, permitindo qualificar o atendimento realizado pelos serviços, avaliar os resultados dos investimentos em treinamento, expansão de rede com o programa de saúde da família, entre outras.

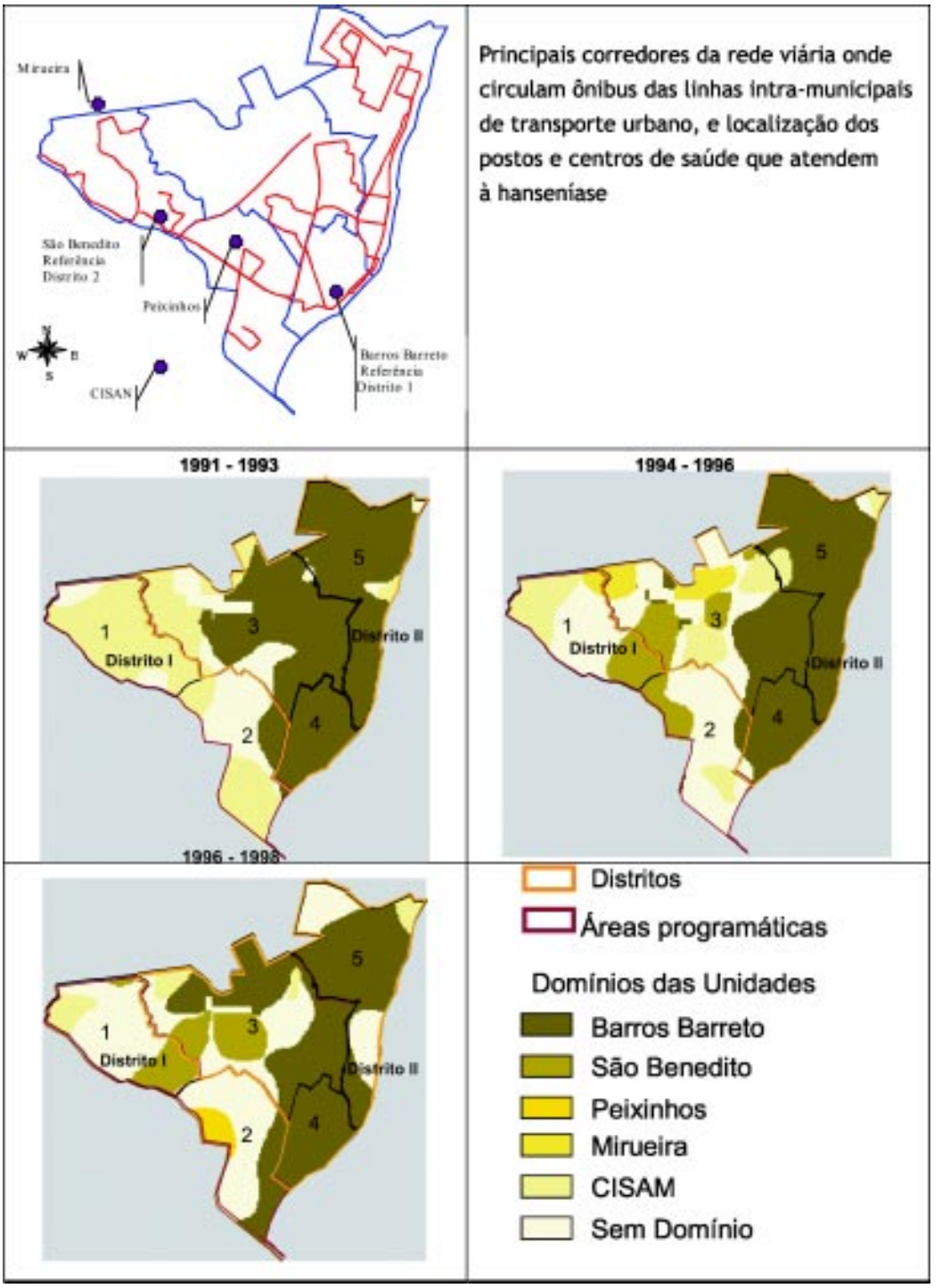


Figura 6 – Evolução de áreas de domínio de atendimento segundo Unidades de Saúde. Olinda, 1991 – 1998

6. PERSPECTIVAS METODOLÓGICAS

Os métodos aqui descritos brevemente são bastante flexíveis e capazes de trazer um novo olhar para a cidade. Eles permitem analisar as diferenças existentes no perfil da população, identificando a desigualdade, a falta de intitulamento e a iniqüidade.

Entretanto sua, usabilidade ainda é baixa: os SIGs, ainda que poderosos instrumentos de gestão urbana, dependem de grande volume de investimento durante um longo tempo para viabilizar as propostas mais avançadas; os modelos estatísticos no contexto espacial não são de fácil execução; a integração entre SIG e métodos estatísticos, mesmo os mais simples, ainda não está ao alcance imediato do gestor. Ainda assim os avanços foram imensos na última década. Um grupo de instituições brasileiras vem buscando atender a essa carência no acesso à tecnologia de SIG e de estatística espacial no contexto de dados de saúde. Com a participação do Instituto Nacional de Pesquisa Espaciais (INPE – São José dos Campos/SP), da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ – Rio de Janeiro e Recife), Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC–RIO), Laboratório de Estatística Espacial da Universidade Federal de Minas Gerais (LESTE–UFMG), da Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte (PRODABEL) e do Departamento de Estatística da Universidade Federal do Paraná (DEST–UFPR), este grupo vem desenvolvendo soluções de geoinformação que incluem técnicas de estatística espacial. A mais recente geração dessas tecnologias está disponível na forma de uma biblioteca aberta de software e de aplicativos de visualização de dados espaciais, disponíveis no sitio http://www.terralib.org.

Cabe ressaltar que no centro de qualquer proposta inovadora metodologicamente está a capacitação de recursos humanos capazes de implementar as soluções desenhadas nos diversos projetos. Dispomos hoje no Brasil de instituições com grande experiência e capacidade formadora, cabendo aproximar gestores de desenvolvedores, integrando experiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSUNÇÃO, R. "Estatística espacial com aplicações em epidemiologia, economia e sociologia". São Carlos: UFScar, 2001.

2. ASSUNÇÃO, R. M. et al. "Mapas de taxas epidemiológicas: uma abordagem Bayesiana". Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 713-723, 1998.

3. BARCELLOS, C.; SANTOS, S. M. "Colocando dados no mapa: a escolha da unidade de agregação e integração de bases de dados em saúde e ambiente através do geoprocessamento". Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, v. 6, n. 1, p. 21-29, 1997.

4. CÂMARA, G. et al. "Mapping social exclusion/inclusion in developing countries: social dynamics of São Paulo in the 90's". In: GOODCHILD, M.; JANELLE, D. "Spatially integrated social science: examples in best practice". Santa Barbara: Center for Spatially Integrated Social Science, 2002.

5. CÂMARA, G. et al. "Introdução À Ciência Da Geoinformação". [S.l.: S.n], 2003. Disponível em: http://www.dpi.inpe.br/gilberto/livro/introd/index.html Acesso em: 08 mai 2003, 14:50:00.

6. CAMPOS, T. P.; CARVALHO, M. S.; BARCELLOS, C. "Áreas de risco e trajetória dos pacientes aos serviços: uma discussão da mortalidade infantil no município do Rio de Janeiro". Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 8, n. 3, p. 164-171, mar 2000.

7. CARVALHO, M. S.; PINA, M. F.; SANTOS, S. M. "Conceitos básicos de sistemas de informação geográfica e cartografia aplicados à saúde". Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2000.

8. DRUCK, S. et al. "Análise espacial de dados geográficos". Brasília: EMPRAPA, 2003.

9. GALLOPIN, G. C. "Indicators and their use: information for decision-making". In: MOLDAN, B.; BILLHARZ, S. CHICHESTER. "Sustainability Indicators". [S.l.]: John Wiley & Sons, 1997. p. 13-27.

10. LAPA, T. M. "Análise da demanda aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial: hanseníase: Olinda". 2003. Tese (Doutorado em preparação - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

11. LILLEY, S. "An annotated bibliography on indicators for the determinants of health". [S.l.]: Canada Health, 2001. Disponível em http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/regions/atlantic/pdf/annotated_bibliography_e.pdf Acesso em: 08 mai 2003, 15:37:00.

12. MONTEIRO-DE-CASTRO, M. S.; TRAVASSOS, C.; CARVALHO, M. S. "Fatores associados às internações hospitalares e aos grandes usuários de serviços hospitalares no Brasil". Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2002.

13. NEUMAYER, E. "The human development index and sustainability: a constructive proposal". Ecological Economics, [S.l.], v. 39, p. 101-114, 2001.

14. OLIVEIRA, E. X. G. D.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. "Fluxos de pacientes na assistência à saúde". [S.l: S.n.], 2003. (Artigo em elaboração).

15. PINHEIRO, R. S. et al. "Mercados Hospitalares em áreas urbanas: uma abordagem metodológica". Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 5, p. 111-1121, 2001.

16. PORTO, S. M. "Equidad y distribución geográfica de recursos financieros en los sistemas de salud". Cadernos de Saúde Pública, v. 18, n. 4, p. 939-957, 2002.

17. PORTUGAL, J. L. "Integração Siab e Sig: uma proposta para o funcionamento do programa de saúde da família". Tese (Doutorado em preparação) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

18. RABINO, G. A.; OCCELLI, S. "Understanding spatial structure from network data: theoretical considerations and applications". CYBERGEO, v. 29, 1997.

19. SCHUURMAN, N. "Reconciling social constructivism and realism in gis". ACME: An International E-Journal for Critical Geographies, v. 1, n. 1, p. 73-90, 2002.

20. SEN, A. "Poverty and famines: an essay on entitlement and deprivation". Oxford: Claredon Press, 1981.

21. _____. "Inequality reexamined". Cambridge: Harvard University Press,1992.

22. _____. "Desenvolvimento como liberdade". São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

23. SOUZA, W. V. et al. "Aplicação de modelo bayesiano empírico na análise espacial da ocorrência de hanseníase". Revista de Saúde Pública, v. 35, n. 5, p. 474-480, 2001

24. SOUZA, W. V. et al. "The use of socioeconomic factors in mapping tuberculosis risk areas in a city of northeastern Brazil". Revista Panamericana de Salud Publica, v. 8, n. 6, p. 403-410, 2000.

25. SPOSATI, A. "Mapa de exclusão/inclusão social de São Paulo 2000: dinâmica social dos anos 1990". São Paulo: PUC/SP, 2000.

TOBLER, W. "Cellular geography. Philosophy in Geography". Reidel: Gale, S and G., O. Dordrecht, 1979. p. 379-386.

SEGREGAÇÃO RESIDENCIAL E POLÍTICAS PÚBLICAS: ANÁLISE DO ESPAÇO SOCIAL DA CIDADE NA GESTÃO DO TERRITÓRIO

Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro

Professor-Titular do IPPUR/UFRJ

Coordenador do Observatório de Políticas Urbanas e Gestão Municipal – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional e Federação de Órgãos para Assistência Social e Educacional – IPPUR/FASE; Coordenador do PRONEX Metrópoles: desigualdades socioespaciais e governança urbana

RESUMO

O objetivo do capítulo é apresentar aos atores envolvidos nos processos de elaboração, gestão e avaliação de políticas sociais as virtudes da análise social do espaço urbano como ferramenta capaz de identificar o possível papel dos efeitos da segmentação e da segregação residencial no processo de reprodução das desigualdades e da pobreza. O capítulo analisa as questões conceituais, metodológicas e técnicas relacionadas com o uso dessa ferramenta, além de descrever a história da sua constituição e de apresentar de maneira sintética a metodologia aplicada no interior da rede de pesquisa "Metrópoles: desigualdades socioespaciais e governança urbana".

DESCRITORES:

planejamento urbano.

INTRODUÇÃO

A literatura internacional acerca dos impactos da globalização sobre as grandes cidades tem insistentemente destacado o aumento da segregação residencial. Três têm sido os mecanismos apontados como causas desse fenômeno. Em primeiro lugar, a globalização; ao difundir ideais liberais pelo mundo, gerou mudanças dos modelos e paradigmas regulatórios que até então fundamentavam as políticas urbanas. Ocorreram em vários países, como conseqüência, reformas institucionais na direção da liberalização do mercado de terras e da moradia. Os preços imobiliários tornaram-se o mecanismo central de distribuição da população no território da cidade, o que tem significado o reforço das desigualdades de renda sociais na organização do espaço urbano. A privatização dos serviços urbanos, ao mesmo tempo, tem aumentado a desigualdade de acesso aos serviços

e equipamentos que distribuem o bem-estar urbano, especialmente no que concerne à qualidade. As áreas mais ricas, onde estão concentradas as camadas com maior poder aquisitivo, passam a dispor de uma oferta abundante – muitas vezes redundante (por exemplo, a oferta de novos terminais de telefonia fixa) – enquanto onde moram as camadas pobres a universalização dos serviços se realiza por meio da oferta de qualidade inferior. A globalização tem ainda ocasionado mudanças estruturais originadas nas transformações da base produtiva das cidades, surgindo tendências à dualização social. A estrutura social das grandes metrópoles deixa de ser representada pela figura da pirâmide e passa a se expressar na imagem da ampulheta, na qual as posições médias encurtam, enquanto aumentam as duas pontas opostas. Simultaneamente vem ocorrendo o aumento da distância entre a renda média dos estratos superiores e a dos inferiores.

Esses fenômenos provocam conjuntamente o aumento da segregação residencial na medida em que surgem bairros exclusivos das camadas superiores, ao mesmo tempo em que as camadas médias e, eventualmente, as inferiores, em processo de mobilidade social descendente, são deslocadas para outros bairros, diminuindo, assim, o grau de mistura social das cidades. Essa tendência estaria sendo reforçada pelo surgimento de novos grupos sociais, com alta renda e portadores de novos modelos culturais, o que se traduz na busca de localização exclusivista na cidade como forma de construção do seu reconhecimento social. Reforça ainda mais a tendência à segregação residencial o crescimento da percepção de insegurança nas cidades, levando os grupos sociais a buscar a proteção no isolamento territorial, especialmente aqueles que possuem maiores recursos. Por último, a descentralização para o plano local da função de investimentos em equipamentos urbanos e de prestação dos correspondentes serviços urbanos, fazendo com que os municípios onde a renda per capita é maior passem a desfrutar de condições melhores de vida, enquanto, ao contrário, nos mais pobres se perpetuem as piores condições de vida, ou, em outros termos, a segregação tende a aumentar em razão dos efeitos regressivos gerados pela maior correlação nível socioeconômico e capacidade de investimento dos municípios.

Todos esses processos de transformação têm provocado impactos nas representações coletivas das sociedades desenvolvidas, na medida em que o aumento da segregação residencial é contraditório com o ideário igualitário e democrático presente na ideologia republicana que fundamenta a dinâmica política dessas sociedades desde a segunda guerra mundial[1] . Por outro lado, o tema da segregação residencial assume importância também em razão de outros estudos sobre a pobreza urbana destacarem os seus mecanismos de reprodução no contexto urbano. Tais estudos têm indicado a crescente correlação entre os fenômenos da destituição social e a concentração dos grupos em situação de

1 É bem verdade que o tema da segregação residencial aparece nas sociedades européias como questão e problema a ser enfrentado por meio das políticas urbanas já nos 60 e 70, momento em que o crescimento industrial parecia não realizar todos os ideais igualitários e integrativos destas sociedades. No Estados Unidos, por sua vez, o tema da segregação sempre esteve presente na agenda intelectual e política em razão da importância da problemática da assimilação e da discriminação racial como questão da construção da sociedade americana.

vulnerabilidade em territórios crescentemente homogêneos, na medida em que neles cria-se uma dinâmica de causação circular da pobreza. O "efeito vizinhança[2]" reproduz o "des-empoderamento" dos segmentos sociais submetidos a relações de precarização no mercado de trabalho e a trajetórias de mobilidade social descendente (WILSON, 1987; WACQUANT, 2000; KATZMAN, 2001).

Outros trabalhos têm indicado a transformação dos padrões de segregação residencial, que passa da grande escala para a microescala (RIBEIRO, 2000; SABATINI, 1999). Deixamos o momento em que as segmentações sociais das cidades poderiam ser representadas inteiramente no modelo centro/periferia para outro em que o espaço da cidade deve ser representado como fractal.

Essas constatações têm colocado na pauta da pesquisa urbana o tema da segregação, por duas razões. De um lado, pela percepção amplamente compartilhada no mundo acadêmico de que a globalização tem gerado importantes mudanças na dinâmica socioterritorial que historicamente organizava o espaço das cidades. Nos países da América Latina, encontramos, com freqüência, análises e reflexões que apontam que a organização social das cidades da fase desenvolvimentista traduzia, em sua forma e conteúdo, os mecanismos de integração marginal à sociedade em vias de modernização dos amplos segmentos transferidos do campo. Tal dinâmica estaria sendo substituída pela exclusão socioterritorial das camadas populares que se tornaram excedente em relação às necessidades econômicas, com a transformação ocasionada pela globalização. Entretanto, a evidência empírica da hipótese de que a globalização esteja realizando a ruptura do modelo de cidade que tínhamos até então tem esbarrado na utilização de métodos e técnicas de análise que permitem apenas análises parciais e fragmentadas das mudanças em curso. Grande parte dos trabalhos de pesquisa peca por utilizar o recurso de estudos de casos aprofundados, geralmente focalizados nos segmentos extremos da estrutura socioespacial – por exemplo, em favelas ou bairros periféricos e em "condomínios-fechados"– de cujos resultados são extraídas generalizações sobre as tendência do conjunto da cidade.

No campo das políticas públicas, por outro lado, vem formando-se o consenso de que a política social dirigida àqueles que mais sofrem os impactos das transformações econômicas devem buscar focalizar os territórios onde vem ocorrendo a concentração das desvantagens sociais, onde, portanto, os "efeitos de vizinhança" impedem o acesso da população aos recursos necessários à integração social e ao bem-estar social. Constatamos uma certa difusão da noção de "mapas sociais da cidade" como instrumentos de orientação das políticas públicas e de racionalização e otimização dos gastos sociais. Tais representações cartográficas são

2 O "efeito de vizinhança" reproduz ou não "modelos, activos y estructuras de oportunidades disponibles para cada segmento sócio-econômico (Kaztman, 1999), isto é, promove de maneira simultânea a reprodução intergeracional da riqueza e da pobreza." (Segregación residencial socioeconómica: ¿qué es?,¿cómo se mide?, ¿qué está pasando?, ¿importa? Jorge Rodríguez Vignoli, PNUD)

construídas com bases em informações obtidas dos censos e pretendem estimar e localizar da forma a mais desagregada possível as carências sociais dos domicílios e a sua relação com certas características sociodemográficas da população moradora em cada unidade geográfica.

Vários autores, como por exemplo Katzman (1996), têm assinalado a importância dos mapas sociais como instrumentos de política social em razão da sua capacidade de:

(i) quantificar e focalizar os beneficiários das políticas sociais;

(ii) analisar de maneira sistemática e diferenciada a importância de variáveis sociodemográficas na compreensão das diversas causalidades dos problemas sociais;

(iii) permitir comparações no tempo e no espaço dos problemas sociais e dos resultados nas políticas públicas;

(iv) organizar uma base de informações geopreferenciadas.

A avaliação dos resultados do uso desses mapas pelos organismos públicos em vários países da América Latina tem evidenciado o seu potencial como instrumento de orientação das políticas sociais. Assim, Katzman (1996) destaca que, onde eles têm sido utilizados, pôde-se observar os seguintes resultados positivos:

(i) elevou a sensibilidade pública sobre o tema da pobreza e estimulou o debate nacional sobre a adequação dos indicadores de pobreza;

(ii) estimulou a uniformização das definições e usos de indicadores entre os organismos responsáveis pela ação social;

(iii) reduziu a duplicidade de esforços e criou condições, para integrar a informação e coordenar melhor ação dirigida aos pobres.

Segundo ainda Katzman (1996), o uso de mapas sociais tem gerado a aproximação dos vários especialistas envolvidos nas tarefas de quantificação, análise da pobreza e na conceituação, desenho e gestão das políticas sociais. A sua elaboração e utilização, com efeito, tem incentivado a cooperação entre as atividades de diagnóstico e de ação. Os mapas sociais, ao criarem uma forma simples, atrativa e de fácil de compreensão e representação dos problemas sociais, favorecem a colaboração entre estatísticos, acadêmicos, especialistas em informática, gestores públicos, além de facilitarem o entendimento entre os responsáveis pelas políticas sociais e os representantes da sociedade envolvidos nas tarefas de monitoramento da ação pública. O resultado tende a ser a racionalização e a otimização dos gastos sociais, em razão de maior eficácia na focalização e desenho das políticas sociais, além das grandes possibilidades de elas poderem ser submetidas a um eficiente processo de accountability.

Encontramos em muitas cidades brasileiras experiências de territorialização de políticas públicas, caracterizadas, porém, pela ausência de uma análise social sistemática e adequada do conjunto da cidade. Inexistem em nossos organismos de planejamento

informações sociais especializadas e organizadas de maneira a oferecer aos formuladores e gestores adequados instrumentos de elaboração e de monitoramento dos objetivos e dos efeitos territoriais das intervenções públicas.

1. REFERÊNCIAS HISTÓRICAS DA ANÁLISE SOCIAL DO ESPAÇO URBANO

A primeira experiência de análise social do espaço urbano para fins de política pública pode ser atribuída ao estudo sobre a condição social e as ocupações em Londres, realizado por Charles Booth no final do século XIX. Rico negociante e armador, Booth inventa o conceito de "linha de pobreza" e torna-se importante personagem da política social durante o período de 1892 a 1905. Sob sua iniciativa e financiamento, realizou durante cerca de 17 anos a coleta sistemática de informações sobre as famílias moradoras dos bairros pobres de Londres. Os seus 900 mil habitantes são classificados e hierarquizados em categorias e cada rua é identificada e nomeada socialmente segundo esse esquema classificatório. Segundo Topalov (1994), um dos mais importantes historiadores da política social, "Booth realizou uma revolução nas representações eruditas da sociedade: pela primeira vez, as classes sociais do senso comum ou da economia política tornam-se classes estatísticas" (p.217). Até então, a pobreza era estudada pelos organismos públicos de política social por meio da utilização do método da "histórias de casos". As informações eram levantadas por intermédio de entrevistas realizadas pelos agentes públicos encarregados de supervisionar as famílias pobres. Tais levantamentos são considerados por Booth e seus ajudantes como "pitorescos" e subjetivos, além de não propiciarem a construção de um quadro amplo e exaustivo da situação social a partir do qual a pobreza deveria ser compreendida em suas causas e particularidades. Menos ainda, os estudos de caso não permitiam gerar instrumentos eficazes de monitoramento da evolução da pobreza e dos efeitos das intervenções públicas dirigidas ao seu combate. Charles Booth busca, então, apoio nos métodos das ciências naturais para conceber o seu sistema de análise e monitoramento baseado na classificação dos territórios onde residia a população considerada em estado de pobreza: cada indivíduo é identificado em uma categoria socioespacial, todos os indivíduos são classificados e os critérios de classificação utilizados pretendem ser objetivos.

O conjunto de bairros do Leste de Londres é desagregado e hierarquizado em 8 categorias, segundo o seu grau relativo de pobreza. Os critérios utilizados foram a renda semanal da família, combinada com o status social da moradia (natureza e localização do habitat) e a forma de emprego (casual, irregular, regular, assalariado, independente). O objetivo de Booth era distinguir a população e os territórios segundo suas diferenças em termos de condições e causas da pobreza e, com base nesses resultados, desenhar ações sociais diferenciadas. A seguir reproduzimos a cópia do mapa original elaborado por Charles Booth e seus assistentes.

The Streets are coloured according to the general condition of the inabitants, as unders.

- Lowest class, vicius, semi-criminal.
- Very poor, casual. Chronic want.
- Poor. 18s. To 21s. A week for a moderate family
- Mixed. Some comfortable, others poor.
- Fairly comfortable. Good ordinary earnings.
- Middle-class. Well-to-do.
- Upper-middle and Upper classes, Wealthy.

A combination of colours- as dark blue and black, or pink and red- indicates that the street contains a fair proportions of each of the classes represented by the respective colours.

A análise social do espaço foi também desenvolvida pelos integrantes da chamada "Escola de Chicago". Sob a liderança intelectual de Robert Park, Ernest Burgess e outros, e utilizando as hipóteses ecológicas na explicação da distribuição da população no território, vários pesquisadores buscaram desenvolver e aplicar técnicas que evidenciassem a influência do território – entendido como meio social – na compreensão de um vasto rol de "problemas sociais", tais como a delinqüência juvenil, doenças mentais etc. Todas as técnicas utilizavam o conceito de "áreas naturais", nucleares da concepção ecológica da sociedade, a partir do qual eram identificadas as comunidades que constituíam a organização social da cidade. As "áreas naturais"[3] eram definidas por dois elementos: de um lado, uma unidade espacial delimitada por fronteiras naturais no interior das quais vive uma população socialmente homogênea, provida de um sistema de valores específicos, e, de outro lado, uma unidade espacial habitada por uma população organizada por relações simbólicas internas.

A categoria de "áreas naturais" teve, posteriormente, enorme importância nos estudos urbanos realizados para subsidiar a intervenção pública sobre a cidade. No urbanismo, por exemplo, ela veio a ser traduzida na noção prática de "unidade de vizinhança", utilizada nas ações de zoneamento da cidade. Também os conjuntos habitacionais foram idealizados a partir dessa mesma noção, na medida em que pressupunha a restauração do sentido de vida comunitária, pela reconstrução do habitat. Ainda hoje, a presença na linguagem técnica utilizada no planejamento urbano do vocábulo habitat denota a influência contemporânea da concepção da cidade constituída como uma reunião de "áreas naturais". Na sociologia, essa categoria influenciou a busca da construção de tipologias de comunidades territoriais, diferenciadas pela relação que cada tipo estabelece entre quadro espacial e práticas sociais. Na obra de R. Ledrut (1968), por exemplo, a organização social é representada por um continuum hierárquico de unidades socioespaciais em função da composição, das relações e das práticas sociais. A aldeia seria a unidade mais homogênea, apresentando fraca diferenciação interna e onde as relações espaciais essenciais são de circulação em torno dos centros de atividades. A unidade de vizinhança é constituída por conjunto de moradias onde prevalecem redes de ajuda mútua e contatos pessoais. A vila corresponde à escala da comunidade, onde encontramos, por exemplo, equipamentos coletivos comuns e onde o espaço está na escala do pedestre. O bairro é definido por uma dupla delimitação: também está provido de equipamentos coletivos e acessíveis ao pedestre, mas, além disso, ele se constitui em torno de uma subcultura e representa um corte significativo na estrutura social, podendo chegar até mesmo a uma certa institucionalização em termos de autonomia local. A cidade, entendida pela reunião, num nível superior, dos indivíduos ou dos grupos,

3 Segundo Robert Park, as cidades de certo porte tendem a reproduzir em seu interior as "áreas naturais" encontradas em todas as cidades.

"...toda cidade americana de certo tamanho tende a reproduzir todas as áreas típicas de".

todas as cidades, e os moradores dessas áreas demonstram, de cidade em cidade, os mesmo característicos culturais, os mesmos tipos de instituições, os mesmos tipos sociais, com as mesmas opiniões, interesses e modos de encarar a vida". (D. P. P. 344)

enquanto que a megalópole supõe uma exposição de unidades primárias, anunciando, talvez, uma reestruturação da vida local em outras bases.

No Brasil, podemos identificar como pioneiros da análise social do território para fins de planejamento urbano os estudos da SGMACS[4] sobre o Rio de Janeiro, São Paulo e Belo Horizonte, realizados sob orientação das idéia do Padre Lebret e seus seguidores. A cidade era analisada segundo dois planos, um regional, no qual as necessidades e potencialidades de desenvolvimento eram levantadas, e outro intra-urbano, dedicado aos estudos dos bairros populares. Para tanto, o espaço da cidade era desagregado em unidades territoriais sobre as quais buscava-se acumular um vasto conjunto de informações obtidas pela aplicação de diversas técnicas: observação e contagens diretas realizadas diretamente no campo, aplicação de questionários e realização de entrevistas. Segundo Lamparelli (1981), integrante da equipe da SAGMACS, para cada unidade era constituído o que modernamente podemos identificar como um banco de dados que identificava e quantificava "as condições locais dos equipamentos e dos serviços e seus âmbitos de atendimento; os níveis de vida pelo grau de satisfação de suas necessidades; a opinião das suas autoridades e lideranças sobre as principais carências; a posição relativa de cada unidade dentro da aglomeração e quanto aos escalões de equipamentos e serviços; e outros dados particulares" (p.95). Essas informações eram posteriormente utilizadas para classificar hierarquicamente os bairros em áreas típicas que retratassem a diferenciação da estrutura e das dinâmicas urbanas, das quais se extraía uma amostra para a realização de uma pesquisa urbanística de campo. O objetivo da técnica desenvolvida pelo Padre Lebret era o de identificar as "anomalias" do processo de urbanização, a partir das quais deveriam ser elaboradas as leis de uso e ocupação do solo urbano.

A importância do conceito de "áreas naturais" nos estudos urbanos pode ser atribuída ao fato de ele dar sentido empírico à dualidade teórica fundadora entre comunidade e sociedade e o seu desdobramento no plano analítico, que ensejou a difusão da concepção da organização da sociedade em escalas espaciais em um contínuo, partindo de relações primárias e suas instituições até as relações secundárias. É certo que muitos estudos empíricos e outras vertentes teóricas colocaram em dúvida essa concepção da sociedade. O próprio Ledrut, em seus estudos empíricos sobre Toulouse, concluiu no sentido da negação dessa hierarquia, ao constatar que na sociedade existe uma "polarização da vida social em torno de dois extremos, a cidade e a moradia, sem que haja mais possibilidades de sobrevivência para os grupos intermediários na sociedade moderna" (Castells, p. 162). A influência dessa concepção permanece, porém, presente nos estudos contemporâneos sobre a divisão social da cidade e a segregação residencial, assim como, de maneira implícita, não teorizada, nos atuais modelos de políticas urbanas.

4 Sociedade da Análise Gráfica e Mecanográfica Aplicada aos Complexos Sociais. Sobre a concepção teórica da SAGMACS e a sua importância na formação intelectual dos modernos planejadores urbanos o leitor interessado poderá encontrar na rica crônica de experiência escrita por Lamparelli (1981).

2. DIFERENCIAÇÃO, SEGMENTAÇÃO E SEGREGAÇÃO: PRECISÕES CONCEITUAIS

Este breve retrospecto histórico nos indica que a análise social do espaço constitui-se na classificação do território da cidade e de sua população, de maneira a encontrar unidades de análise que permitam construir uma representação sintética das suas diferenças. De maneira mais específica, levando em consideração o exposto na introdução deste texto, trata-se de aplicar procedimentos metodológicos e técnicos para avaliar a existência de processos segregativos e seus efeitos sobre a despossessão de determinados grupos dos recursos e das capacidades que lhes permitam aumentar o seu nível de bem-estar social.

O termo segregação residencial denota a idéia de separação e de exclusão de determinados grupos sociais do conjunto da sociedade, situações nas quais ocorre a ausência de relações que vinculem esses grupos com o conjunto social. Trata-se de noção que parece auto-evidente, não necessitando de qualquer esforço de definição, na medida em que todas as cidades manifestam claros sinais de divisão social do seu território. Entretanto, nem toda divisão social do espaço caracteriza uma situação de segregação. Quando podemos falar em segregação de uma maneira teoricamente controlada, para além das supostas auto-evidências? A utilização do termo segregação como conceito depende da visão teórica que adotamos para explicar as relações sociais e da compreensão da distinção entre diferenciação, segmentação e segregação.

A diferenciação social tem a ver com a crescente especialização de tarefas decorrente do aumento da divisão social do trabalho. Ela gera diferenças de atributos, de recursos, de poder e de status que se constituem nas bases materiais da formação de categorias sociais. Observamos tendências a que essas categorias sociais busquem localizações específicas na cidade, criando a divisão social do território. Se utilizarmos a visão clássica de Durkheim sobre a solidariedade, a espacialização da diferenciação social não significa necessariamente segregação, podendo mesmo ser uma forma de integração societária, na medida em que a separação espacial dos grupos sociais esteja associada à existência de vínculos que insiram os indivíduos na sociedade. Na concepção da ecologia humana, a segregação é a condição do processo de assimilação e integração dos grupos sociais à sociedade. Pelos processos de competição, a população é segregada segundo as "áreas naturais", formando agrupamentos naturais, entendida como uma unidade da estrutura física da cidade, tipificada não só por sua individualidade física, como também pelas atitudes e sentimentos característicos de seus habitantes, de uma área administrativa arbitrariamente modelada para fins de conveniência administrativa. Mesmo na perspectiva marxista, a diferenciação social e a sua espacialização não implicam necessariamente a situação de segregação, em razão de ela estar fundada em relações conflituosas que realizam a integração societária dos grupos antagônicos.

A divisão social da cidade pode, contudo, expressar não apenas a espacialização da diferenciação social, mas também a segmentação da sociedade. Esta ocorre quando existem barreiras que impedem a mobilidade social dos indivíduos entre as categorias. Nesse caso, a segmentação social implicará na existência da segmentação espacial, na medida em que essas barreiras bloqueiem a mobilidade territorial. Estamos próximos da divisão social da cidade transformada em segregação residencial. Devemos, porém, reservar a utilização desse termo para designar a situação na qual a segmentação da sociedade estiver fundada na crença compartilhada coletivamente sobre a necessidade da manutenção – ou mesmo do aumento – das barreiras que bloqueiam a livre circulação dos indivíduos entre as categorias e, conseqüentemente, entre as localizações espaciais.

Em sociedades em que a separação social e física entre as categorias que a compõem constitui-se no próprio fundamento da ordem social – por exemplo, sociedades de castas – o termo segregação deixa de ter pertinência teórico-conceitual. Já nas sociedades capitalistas, em que o mercado é o mecanismo central da ordem social e os valores igualitários são a base da cultura compartilhada pelos seus integrantes, o termo segregação é pertinente como instrumento capaz de enunciar problemas da ordem social. Nesse caso, a segregação residencial tem sentido para designar certas formas de segmentação socioespacial fundadas no controle institucional de recursos que desfrutam certas categorias para a manutenção ou ampliação de barreiras ao contato físico e social e, ao mesmo tempo, na imposição legítima ou não de uma ordem simbólica fundada na crença compartilhada do que as pessoas não são naturalmente iguais.

O termo segregação residencial é, portanto, uma categoria de análise que contém sempre duas dimensões: (i) conceitual, relacionada com os princípios teóricos adotados para explicar a organização socioterritorial; (ii) prática, relacionada com as concepções normativas da sociedade fundadas em princípios de igualdade.

Podemos identificar duas concepções do conceito de segregação residencial. A primeira concebe a segregação como diferença de localização de um grupo em relação aos outros grupos. Essa é a concepção clássica, cujo fundamento é a explicação ecológica da sociedade. O conceito-chave é o de distância social, que se contrapõe à idéia de mistura, considerada como a forma de organização ideal. Nessa concepção, a distância espacial expressa a existência de distâncias sociais entre os grupos existentes na sociedade[5]. Tal fato resultaria da busca dos indivíduos por se agruparem por afinidades raciais, étnicas

5 "É porque as relações sociais são freqüentemente ligadas a relações espaciais, na medida em que as distâncias físicas são ou parecem ser indicadores de distâncias sociais, que estatísticas têm alguma importância para a sociologia. E isto é verdadeiro, definitivamente, porque é somente na medida em que podemos reduzir ou relacionar fenômenos sociais ou físicos aos fenômenos espaciais que podemos medir de uma maneira ou de outra. " (Robert Park, "A Comunidade urbana: um modelo espacial de ordem moral",)

e por posição social como forma de se resguardarem dos efeitos fragmentadores da personalidade gerados pela aglomeração e da vida na cidade. Nesse sentido, a segregação residencial é produto de lógicas individuais, isto é, efeito de suas escolhas.

Na segunda concepção, a segregação designa as desigualdades sociais expressas como organização do território da cidade. O espaço urbano contém um conjunto de recursos importantes à reprodução das categorias sociais, na forma de bens materiais e simbólicos, mas a sua distribuição reflete as chances desiguais de acesso. Encontramos, aqui, duas abordagens teóricas que fundamentam essa concepção: (i) a primeira, de inspiração marxista, explica a segregação como decorrência das desigualdades de classes da sociedade; (ii) já a segunda, de inspiração weberiana, explica a segregação como resultado das desigualdades da distribuição desigual do prestígio, da honra social e do poder. Nas duas vertentes, a segregação é a espacialização da estratificação da sociedade e, como conseqüência, ela é compreendida como decorrência de lógicas coletivas cujo fundamento são as relações sociais.

O princípio normativo que organiza essa concepção é o da justiça distributiva, já que a disposição dos grupos sociais no território e a distribuição dos equipamentos e serviços na cidade geram uma desigualdade de bem-estar social, em razão das lutas entre as categorias pela apropriação dos recursos materializados na cidade.

A aplicação da concepção de espaço social de P. Bourdieu (2001) à análise da estrutura urbana permite unificar essas duas concepções da segregação. Com efeito, a ocupação do espaço da cidade resulta dos princípios de estruturação do espaço social. Cada princípio representa uma forma de hierarquia do poder: econômico, social e simbólico. A noção de distância social coagulada das distâncias físicas é entendida como manifestação dos poderes das classes sociais de se apropriarem da cidade como recurso.

3. TIPOLOGIAS SOCIOESPACIAIS: INSTRUMENTOS DE ANÁLISE

É possível quantificar a segregação? Podemos dizer que existe uma tradição na sociologia e na geografia de trabalhos empíricos que procuram objetivar e quantificar a segregação residencial. Identificamos duas famílias de metodologia de quantificação: (i) as que traduzem em índices sintéticos (dissimilaridade, segregação etc.); e (ii) as que procuram construir tipologias. As medidas sintéticas procuram traduzir a segregação em índices construídos com a utilização de duas variáveis, úteis na avaliação comparativa, entre cidades e em momentos históricos diferentes de uma mesma cidade. Tal metodologia, porém, não nos permite conhecer de maneira aprofundada e tecnicamente controlada as dinâmicas geradoras da segregação. Já a utilização da técnica da tipologia nos permite, ao mesmo tempo,

construir uma descrição global e compreensiva da segregação e formular hipóteses explicativas sobre suas dinâmicas geradoras. Trataremos neste trabalho desta segunda família de metodologia[6].

O que é uma tipologia? A tipologia é um instrumento de classificação e descrição. Ela atende aos objetivos de ordenamento e de categorização dos fenômenos sociológicos, permitindo a realização de comparações. Podemos identificar dois procedimentos teórico-metodológicos envolvendo o uso de tipologias. O primeiro concerne à utilização do método tipo-ideal[7] desenvolvido por Max Weber, que, aplicado ao nosso objeto, permite construir tipologias qualitativas da divisão social do espaço. Os tipos socioespaciais, neste caso, resultam de uma construção intelectual, fundada na escolha de alguns poucos atributos ou variáveis observáveis na realidade, justificada teoricamente em razão de algumas hipóteses assumidas pelo pesquisador[8]. Com eles, podemos realizar estudos de caso, por exemplo, de "bairros populares" ou "bairros nobres". O método da tipologia qualitativa tem grande utilidade na compreensão detalhada dos processos de segregação residencial e dos seus efeitos, mas não nos permite obter a compreensão sintética da segregação residencial. A tipologia quantitativa, por sua vez, é uma construção empírica sobre o conjunto da cidade, na qual podemos utilizar um grande número de variáveis supostamente correlacionadas com a distribuição espacial da população. Ela propicia, simultaneamente, a construção de uma representação sintética da divisão social da população e de espaços residenciais e indícios empíricos sobre a sua relação com alguns processos de diferenciação social, segmentação e de segregação existentes da sociedade. Essa representação sintética é expressa na identificação de áreas-tipos que podemos considerar como aquelas socialmente homogêneas segundo as variáveis escolhidas. Trata-se do emprego de procedimentos metodológicos e técnicos para classificar de maneira hierárquica os territórios e a população de uma cidade de acordo com as variáveis consideradas como centrais na descrição e na interpretação dos princípios de divisão do espaço. Cada tipo reúne as unidades geográficas nas quais as variáveis escolhidas apresentam valores idênticos ou vizinhos. Por essa razão, a tipologia quantitativa pode se constituir em poderosa ferramenta de avaliação das

6 Para o conhecimento extenso dos índices sintéticos de segregação utilizados tradicionalmente nos estudos de sociologia e geografia o leitor poderá consultar o documento elabora pelo bureau do censo americano através do endereço http://mumford1.dyndns.org/cen2000/report.html.

7 O tipo-ideal se diferencia do tipo médio. Este é a construção de um tipo à partir de várias realidades que se diferenciam em graus, mas são fatos quantitativamente iguais. O tipo-ideal é construído à partir de realidades qualitativamente heterogêneas. Ou seja, para analisar a complexidade e pluralidade presentes na realidade social, Weber propõe a construção de um tipo-ideal. O tipo-ideal não é uma representação exata do mundo social, mas que, para as necessidades da pesquisa, acentuam deliberadamente certos traços. O tipo-ideal não reflete o real, mas facilita a análise dos seus componentes. Esta imagem mental é um meio de elaborar hipóteses, de clarificar a linguagem. É um instrumento de pesquisa puramente lógico. Como se usa o conceito tipo –ideal? Comparando a realidade do fenômeno e a lógica de seu tipo ideal que o pesquisador aponta e valida a coerência do fenômeno, que ele o relaciona a causas externas que agem sobre ele.

8 O leitor encontrará um no texto de Katzman (1999) um bom exemplo da utilização deste procedimento.

desigualdades socioespaciais e da incidência dos "efeitos de vizinhança" na explicação dos processos de reprodução da pobreza. Também nos permite construir um sistema de indicadores socioespaciais para a orientação das políticas públicas na cidade, em suas fases de elaboração e implementação.

4. TIPOLOGIAS SOCIOESPACIAIS: PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Há três aspectos fundamentais a serem observados: a) escolha da unidade social de análise; b) escolha das variáveis pelas quais a distribuição das pessoas no espaço será descrita; e c) escolha da unidade espacial de análise a partir da qual essa descrição será efetuada. A definição desses três aspectos é fundamental para a validação das hipóteses.

Há duas possibilidades de escolha da unidade de análise: família ou pessoas. Cada uma delas apresenta conveniências e inconveniências. As pessoas, na grande maioria, vivem em famílias e as escolhas de localização residencial expressam os recursos mobilizados e alocados no interior desse universo familiar. Porém, ao se escolher a família como unidade de análise, perde-se a oportunidade de relacionar a segregação com certos atributos, tais como; posição social (por ocupação, renda ou escolaridade), gênero, cor/etnia etc., em razão da diferenciação social no interior da família. Alguns estudiosos da estratificação social defendem a escolha dos atributos do chefe da família como unidade de análise, na suposição de que a diferenciação social verificada não implica posições diferentes dos seus integrantes[9]. Muitas vezes, por outro lado, a escolha do chefe da família decorre da inexistência de informações para o conjunto da população, como é o caso da França, onde o censo pesquisa a ocupação e a renda apenas daquele considerado como responsável pelo domicílio. No caso do Brasil, ao se estudar a segregação com dados censitários, é possível adotar uma outra unidade de análise, já que o FIBGE levanta informações demográficas e socioeconômicas para o conjunto da população.

Qualquer pesquisa social, tanto as quantitativas quanto as qualitativas, necessita escolher um certo número limitado de variáveis a partir das quais de podem descrever os indivíduos[10] em suas diferenças e semelhanças. Com efeito, essa operação é fundamental para que o pesquisador não mergulhe de forma confusa no mundo de informações que ele não consegue ordenar. Essa escolha torna-se ainda mais crucial quando se trata de pesquisas sobre um grande contingente de indivíduos, como são os estudos sobre a segregação residencial. Trata-se, portanto, de escolher as variáveis que melhor permitam

9 Os estudos sobre mobilidade social utilizam classicamente a família como unidade de análise. Ver Boudon,

10 No restante do texto utilizamos o termos indivíduos no sentido estatístico, ou seja, de unidade de análise.

a identificação e a classificação dos indivíduos. Segundo Grafmeyer (1995), essa operação implica a escolha de uma das seguintes lógicas.

A primeira consiste em considerar isoladamente, para depois comparar, diversos critérios de identificação dos indivíduos. Ou seja, a partir de alguns supostos sobre as lógicas que presidem a distribuição espacial dos indivíduos, escolhe-se um certo número de dimensões da estruturação do espaço (cada variável representa uma dimensão) para a quais se calculam alguns índices ou se elaboram mapas de localização específicos. Consideram-se usualmente como as dimensões mais fortemente associadas à organização social da cidade aquelas relacionadas com o status social dos indivíduos (profissão, renda e escolaridade), a diferenciação racial/étnica e a diferenciação familiar (tamanho, composição e ciclo familiar). Os resultados são posteriormente comparados na busca da identificação das variáveis que melhor explicam as diferenças da distribuição dos indivíduos no espaço.

Um exemplo de utilização dessa lógica é o célebre estudo de Ducan e Ducan (1955) para a cidade de Chicago, realizado em 1930, no qual constataram que a profissão do pai era a variável que mais discriminava as diferenças de localização dos indivíduos no espaço. A conclusão desse estudo é que a escolha da localização residencial expressa os efeitos duradouros da socialização familiar. Os estudos de ecologia fatorial são outros exemplos dessa lógica, na medida em que a utilização dessa técnica implica a análise separadamente de um grande número de variáveis, para em seguida, comparando os resultados, identificar os esquemas de localização associados a cada uma das variáveis.

A segunda lógica consiste em escolher uma das dimensões da estrutura urbana como central na explicação da localização dos indivíduos. Essa escolha é prévia à análise e fundamenta-se em algumas suposições teóricas. Na prática, os estudos realizados com esse tipo de lógica têm utilizado as variáveis relacionadas com a posição dos indivíduos nas relações de produção, organizadas em um sistema de classificação socioprofissional ou sócio-ocupacional. As justificativas metodológicas dessa escolha podem ser sintetizadas em duas proposições teóricas amplamente admitidas na sociologia em razão de resultados empíricos de pesquisas, a saber: que nas sociedades capitalistas, especialmente nas que alcançaram um certo de grau de industrialização, o lugar dos indivíduos é determinado pela sua inserção na estratificação social definida pelas relações sociais de produção, contrariamente às sociedades tradicionais, nas quais a origem social (familiar, étnica etc.) define a posição social; por outro lado, cada posição social está associada a um feixe de propriedades mais ou menos convergentes, o que a torna (profissão ou ocupação) um indicador importante de identidade social (Desroisières, Goy et Thevenot, 1983) e de posse diferenciada de recursos em termos de quantidade e qualidade (magnitude e natureza

de capitais: econômico, social, cultural e simbólico). Portanto, a utilização desse indicador permite discriminar a localização dos indivíduos no espaço como resultante da posse de recursos, de orientações ou de preferências e de restrições. Esse critério tem um papel unificador das várias dimensões implicadas na distribuição das pessoas no espaço urbano.

A utilização desse procedimento permite operar de forma menos metafórica com a noção de espaço social nas análises da segregação espacial. Com efeito, segregação passa a ser pensada como tradução territorial da estrutura social.

A terceira lógica consiste em utilizar as categorias sócio-ocupacionais associadas a outras variáveis, indicando outras dimensões da diferenciação social que também podem ter importância na descrição e na explicação da estruturação do espaço social da cidade. Por exemplo, podemos utilizar as categorias sócio-ocupacionais associadas aos indicadores da diferenciação familiar da população (tamanho, tipo e ciclo familiar). Esse procedimento nos permite avaliar a existência de padrões diferentes de localização residencial no interior de uma mesma categoria sócio-ocupacional em razão da diferenciação dos universos familiares. Como assinalamos anteriormente, sabemos que as decisões de localização no espaço são tomadas pelos indivíduos no interior de estruturas familiares em função de recursos, constrangimentos e preferências diferentes quando se trata de uma família extensa ou nuclear, famílias em fases iniciais de formação ou de consolidação etc. Podem aplicar o mesmo procedimento com indicadores da diferenciação etária, étnica/racial, de origem social, de gênero etc. Ele nos permite operar com uma concepção multidimensional do espaço social da cidade, pois é constituído por múltiplas dimensões e não apenas pelas posições sociais representadas pelas categorias sócio-ocupacionais. Por esse procedimento, deixamos de operar metodologicamente com a noção de estratos e passamos a entender a divisão social da cidade pela distribuição territorial de meios sociais. Cada meio social é o resultado da combinação singular de um conjunto de posições e de disposições (orientações ou preferências) decorrentes da divisão social do trabalho e da diferenciação social, de cujo jogo decorre a possível coerência entre atitudes e práticas sociais.

A aplicação desse procedimento nos permite identificar nuances nos padrões de localização residencial das categorias sociais. Exemplo interessante é citado por Grafmeyer (1994) sobre a localização das famílias operárias na aglomeração parisiense. Como é conhecido, nessa metrópole formaram-se historicamente bairros operários ("cinturão vermelho") localizados em áreas limítrofes da cidade de Paris em razão da forte concentração industrial. Ao mesmo tempo, observa-se a fraca presença no interior da cidade de Paris de famílias com crianças, localizadas mais fortemente em suas periferias metropolitanas. Os operários estrangeiros, meios sociais onde prevalece o padrão de famílias ampliadas, portanto numerosas, apresentam um

padrão de distribuição espacial bastante singular, pois estão repartidos entre a cidade de Paris e as suas periferias próximas e distantes. Esse exemplo indica o valor da aplicação do procedimento multidimensional, pois permite capturar o sentido particular das combinações singulares da variável posição social e as que indicam diferenciação social. O padrão de localização residencial das famílias de operários estrangeiros não segue o dos operários e tampouco o relativo às famílias. Certamente em razão do fato de que nesse meio social verifica-se uma combinação singular entre recursos, constrangimentos e preferências.

A escolha da unidade espacial de análise é também uma operação de fundamental importância na análise da segregação. Temos aqui duas questões: os critérios utilizados para definir as unidades espaciais e o seu tamanho demográfico. Previamente à análise, é necessário recortar o território da cidade em unidades a partir das quais estudamos a variação da distribuição da população, segundo a ou as variáveis escolhidas. Quanto maior o número de unidades definirmos, mais fina será a nossa análise, na medida em que podemos capturar maior diferenciação social do espaço. Que critérios utilizar nessa tarefa de maneira que o resultado da análise não seja influenciado? É necessário que a desagregação seja suficientemente fina para que ela não imponha sua própria lógica, mas, ao contrário, deixe transparecer "todas as continuidades, as rupturas e as linhas de forças segundo as quais se organiza o espaço social da cidade" (GRAFMEYER; 1999, p. 100). A dificuldade está no fato de os dados disponíveis serem organizados geograficamente com base em recortes territoriais instituídos, como os utilizados pela FIBGE. Esses recortes são influenciados pelos saberes e pelas representações sobre a divisão social da cidade que orientaram a organização do sistema espacial de coleta e agregação. Na experiência brasileira, o FIBGE utiliza as escalas setor censitário, distritos e subdistritos. O setor é definido como a unidade de coleta na qual moram cerca de 1.000 pessoas e cuja extensão permite ser percorrida a pé pelo recenseador. Entretanto, o desenho dessa unidade não é absolutamente neutro, especialmente em aglomerados urbanos densamente ocupados. O setor censitário, não obstante ser definido por esses critérios demográfico e geográfico, exprime em seu desenho alguma pré-concepção sobre a diferenciação socioespacial. Já os bairros, subdistritos e distritos são categorias de classificação do espaço que contêm as representações administrativamente institucionalizadas da divisão do espaço. Por outro lado, essas escalas de organização das informações são bastante heterogêneas em termos demográfico e geográfico. Tais considerações implicam a necessidade de uma análise crítica dos recortes espaciais utilizados nos sistemas de organização das informações que serão utilizadas na análise da segregação.

Outro problema é o tamanho demográfico das unidades geográficas. Sabemos que o resultado da utilização das medidas sintéticas – tais como os índices de dissimilaridade

e de segregação – é fortemente influenciado pelas diferenças demográficas entre as áreas. O tamanho demográfico também favorece mais ou menos o resultado da análise em termos de maior ou menor diferenciação social dos espaços. Por último, o tamanho demográfico também tem implicações na confiabilidade estatística dos dados.

Em suma, a definição das unidades geográficas é uma etapa importante e sensível no estudo da segregação residencial. Com efeito, a escolha da escala e do tamanho demográfico não se constitui apenas na realização de uma operação técnica, mas ela implica buscar uma definição mais neutra possível em relação aos pressupostos teóricos assumidos.

5. ANÁLISE SOCIAL DO ESPAÇO METROPOLITANO: ESTUDO DA METRÓPOLE DO RIO DE JANEIRO

A seguir, apresentamos de maneira sintética a aplicação do método da tipologia quantitativa[11] na análise da divisão social da metrópole do Rio de Janeiro, na qual usamos os dados censitários de 1981. Utilizamos a categoria sócio-ocupacional[12] como variável central, constituída pelo agrupamento hierárquico das cerca de 400 ocupações utilizadas pelo FIBGE, mas associada a outras relativas à diferenciação social, utilizando o terceiro procedimento descrito no item anterior. Como pretendemos aqui apenas apresentar uma ilustração, nos limitar-nos-emos a apresentar os resultados da análise da divisão social do espaço metropolitano usando a variável categoria sócio-ocupacional. Construímos 219 áreas geográficas como unidade espacial de análise, pelo agrupamento dos setores censitários. O ponto de partida foi, então, uma tabela que indicava perfil sócio-ocupacional de cada uma das áreas, com o qual realizamos uma análise fatorial por correspondência, seguida da classificação hierárquica[13] segundo a posição de cada uma no espaço obtido com os dois primeiros fatores. Pudemos, assim, identificar os princípios segundo os quais o espaço social da metrópole do Rio de Janeiro se divide, sintetizado em 8 áreas-tipo que retratam a hierarquia socioespacial da metrópole fluminense, ilustrada no mapa social mostrado mais adiante.

Os espaços superiores são caracterizados por concentrarem fortemente a categoria de empregadores e dirigentes: 60,8% dos empresários, 67,5% dos dirigentes do setor

11 A tipologia aqui descrita foi elaborada em colaboração com Edmond Preteceille do CSU- Centre National de la Recherche Scientifique e Luciana Corrêa do Lago do Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da UFRJ.

12 Em anexo apresentamos a lista das categorias construídas, bem como a sua definição. Utilizamos como referência inicial o sistema de classificação das profissões na França (CSP), criado no início dos 50 e aperfeiçoado desde então pelo Institut National d'Économie et Statistíque – INSEE, e que tem sido utilizado como instrumento de análise de temas diversos, entre eles, a mobilidade social, a estrutura e as práticas de consumo, as mudanças demográfica e, mais recentemente, a estrutura socioespacial (Tabard & Chenu, 1993; Tabard, 1993). Embora não tenhamos no Brasil uma proposta tão sistemática e testada de classificação, utilizamos ainda como referência trabalhos anteriores que também propuseram sistemas de classificação, com base nas variáveis ocupacionais14, utilizadas pela FIBGE nos censos demográficos e nas pesquisas por amostra (JORGE et al, s/d; JORGE et al, 1985; VALLE SILVA, s/d; VALLE SILVA, 1973; VALLE SILVA, 1985).

13 Para a descrição das técnicas de análise fatorial por correspondência múltipla e classificação ascendente, ver SANDERS (1989) e FENELON (1981).

privado, 80,3% dos dirigentes do setor público e 76,1% dos profissionais liberais, muito embora o conjunto da elite dirigente represente apenas 5,8% dos ocupados que moram nesses espaços. O peso da elite dirigente está expresso pela densidade relativa alcançada; 5 a 7 vezes superior ao que tem no conjunto da estrutura social da região metropolitana. A elite intelectual tem também importante presença nos espaços superiores, pois 43,7% dos profissionais de nível superior autônomos e 38,6% dos profissionais de nível superior empregados estão neles concentrados, o que representa uma densidade relativa 4,1 a 3,6 superior ao peso dessas categorias na estrutura social da metrópole. Ao lado das elites dirigente e intelectual, os espaços superiores também são caracterizados pela importante presença dos pequenos empregadores, dos empregados de supervisão e dos técnicos e artistas. As elites, os pequenos empregadores e as frações superiores da classe média, conjuntamente, representam 55,3% dos ocupados que moram nos espaços superiores. Observa-se, contudo, traços de um espaço polarizado, pois as categorias populares representam 28,9% dos ocupados que moram nos espaços superiores, dos quais 10,3% são empregados domésticos cuja presença decorre essencialmente de relações de trabalho e não de vizinhança, e 13,4% compõem o proletariado terciário (empregado do comércio e prestadores de serviços). Por outras palavras, podemos estimar que cerca de 18% dos ocupados moradores dos espaços superiores são integrados por aqueles que atendem à demanda de serviços pessoais das elites e de parte da classe média.

Os espaços médios-superiores têm composição social próxima à dos espaços superiores, porém com maior grau de mistura. Diminui o peso das elites dirigente e intelectual e dos pequenos empregadores, que representam 37% dos ocupados. A classe média, por sua vez, representa 39% dos ocupados, sendo que aumenta a presença das frações menos qualificadas dos empregados de escritório e dos empregados da segurança, da justiça e dos correios e dos empregados da saúde e da educação. Aumenta a presença das categorias populares (36,6%) em razão do maior peso das frações operárias e dos empregados do comércio.

Nos espaços médios, cai muito fortemente a presença das elites dirigente e intelectual, permanece inalterado o peso da classe média e aumenta o grau de mistura social pelo aumento do proletariado terciário e do operariado. Os espaços médios-inferiores constituem a fronteira entre as duas pontas da estrutura socioespacial da metrópole fluminense. Neles, o conjunto das categorias operárias e subproletárias atinge densidades relativas superiores a 100, o que significa dizer que passam estar sobre-representados, com destaque para os operários da indústria moderna e os dos serviços auxiliares da economia. Há diminuição da classe média em relação ao tipo médio, mas que continua representando cerca de 1/3 dos ocupados que moram nesses espaços.

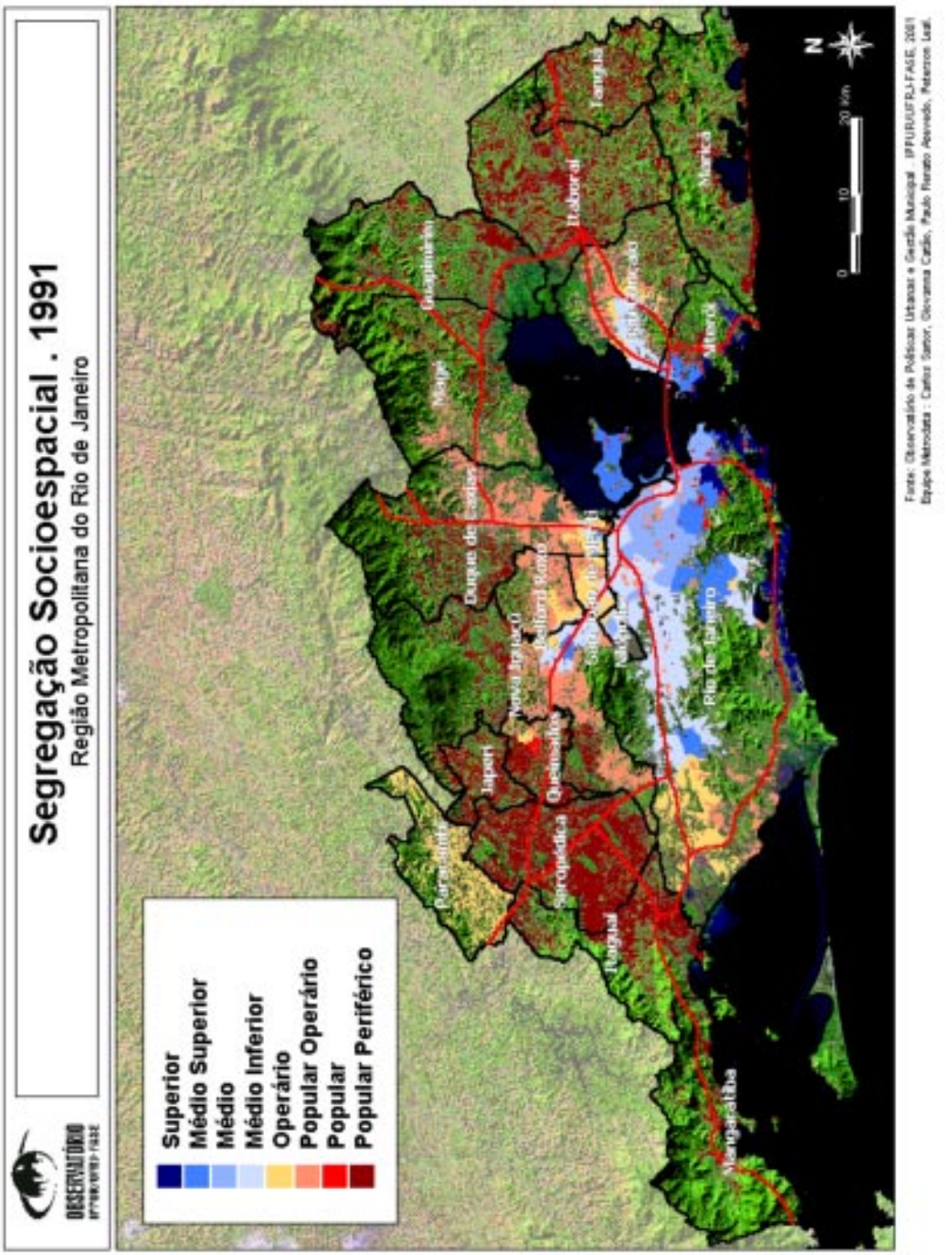
Nos espaços operários cai significativamente a densidade relativa da classe média, que passa a estar sub-representada, com exceção dos empregados da segurança, da

justiça e dos correios. O operariado representa um pouco menos que 1/3 dos ocupados, sendo que o proletariado propriamente industrial (indústria moderna, indústria tradicional e serviços econômicos auxiliares) representa 17,5%. Os espaços populares-operários apresentam composição semelhante aos do tipo operário, mas com menor presença da classe média e aumento da presença dos operários da construção civil (12,5%) e dos empregados domésticos (12,2%).

Nos espaços populares, cai a presença do operariado industrial e aumenta ainda mais a presença dos empregados domésticos (16%) e dos prestadores de serviços não-especializados (8,8%). O subproletarido e o proletariado terciário representam 55% dos ocupados que moram nos espaços populares. Os espaços populares-periféricos diferenciam-se dos demais tipos populares principalmente pela elevada participação da categoria agrícola (6,2%), percentual 5,5 vezes superior ao peso da categoria na estrutura social da metrópole. Também estão sobre-representados os operários da construção civil, os biscateiros e os empregados domésticos. É o tipo com a menor participação das ocupações "médias".

O mapa construído com a tipologia socioespacial representa a geografia da divisão social do espaço metropolitano. Cada tipo reúne um conjunto de áreas que em termos relativos consideramos como socialmente homogêneas. Como dissemos anteriormente, a associação entre os tipos e outras variáveis indicam a diferenciação social, especialmente as relacionadas com (i) o tamanho, tipo e ciclo familiar, (ii) a faixa etária, (iii) a cor, (iv) condições de moradia, permitiu-nos identificar os meios sociais de que se compõe o espaço social da metrópole fluminense. Temos, dessa forma, condições de reconhecer e discriminar as diferenças da população e de seus territórios, superando assim as concepções abstratas e homogenizadoras da divisão social da cidade. Por exemplo, vias de regra no senso comum técnico das políticas habitacionais, as "favelas" são concebidas como espaços sociais homogêneos, o mesmo acontecendo com a "periferia". As propostas de integração do habitat popular à cidade, em conseqüência, não levam em consideração as diferenças internas das estrutura e da organização social desses espaços, o que, ao nosso juízo, é uma das razões que explicam o seu pouco êxito.

A tipologia socioespacial é uma valiosa ferramenta analítica para a investigação da possível associação entre a regularidade de certos fenômenos com as características singulares de cada meio social. Por exemplo, podemos nos perguntar se a incidência de dengue está associada a algum meio social existente na metrópole e, se a resposta for positiva, focalizar a intervenção pública preventiva. Da mesma maneira, podemos investigar se a situação de pobreza urbana está associada a algum dos indicadores da diferenciação social. O mapa mostrado a seguir ilustra o resultado da análise social da metrópole do Rio de Janeiro.


Segregação Socioespacial . 1991
Região Metropolitana do Rio de Janeiro
Superior
Médio Superior
Médio
Médio Inferior
Operário
Popular Operário
Popular
Popular Periférico
Rio de Janeiro
Nova Iguaçu
Duque de Caxias
Japeri
Queimados
Seropédica
Itaguaí
Mangaratiba
Tanguá
Itaboraí
Maricá
Mineiro
Guapimirim
Magé
N
0
10
20 Km

ANEXO

DESCRIÇÃO DAS CATEGORIAS SÓCIO-OCUPACIONAIS

1. Categoria dirigente

1.1 Empresários, que reúne os empregadores com dez ou mais empregados;

1.2. Dirigentes do setor público, formada pelas ocupações do alto escalão decisório no setor público, como ministros, magistrados e procuradores;

1.3 Dirigentes do setor privado, categoria formada pelas ocupações de administradores de empresas dos setores de extração mineral, indústria, construção civil e empresas financeiras;

1.4 Profissionais liberais, categoria formada pelas ocupações tradicionalmente definidas como de profissionais liberais (médicos, engenheiros, arquitetos, dentistas, advogados), empregadores e autônomos[14].

2. Categoria Intelectual

2.1 Profissionais autônomos de nível superior;

2.2 Profissionais empregados de nível superior;

3. Pequena Burguesia

3.1 Pequenos empregadores urbanos, que reúnem os empregadores com menos de dez empregados;

3.2 Comerciantes por conta própria que desenvolvem suas atividades em casa ou em empresas próprias.

4. Categoria Média

4.1 Trabalhadores em atividades de rotina, categoria formada pelas ocupações sem função decisória, tais como secretárias, auxiliares administrativos e auxiliares de escritório;

14 Colocar esta categoria no grupo da elite dirigente deveu-se a compreensão de que, no Brasil, (i) essas profissões foram historicamente exercidas pelos filhos da elite, (ii) são as profissões que melhor se organizaram enquanto corporação e (iii) são identificadas como de mais elevado status social. São portando as ocupações que se estruturam em torno do controle e da valorização de um capital social. Nesse sentido, pareceu-nos pouco relevante a separação empregadores e conta-própria.

4.2 Trabalhadores em atividades de supervisão, formada por ocupações com algum poder de decisão, tais como assistentes de administração, corretores de imóvel e administradores do comércio;

4.3 Técnicos e artistas, formada pelas ocupações que requerem um conhecimento específico, tais como desenhistas, técnicos em contabilidade, caixas, técnicos em energia elétrica, programadores de computação, músicos e fotógrafos;

4.4 Trabalhadores nas áreas de saúde e educação, como professores de 1º grau e enfermeiras não-diplomadas;

4.5 Trabalhadores nas áreas de segurança pública, justiça e correios, tais como investigadores de polícia, oficiais do corpo de bombeiros, praças das forças armadas e carteiros.

5. Proletariado do Secundário

5.1 Operários da indústria moderna, categoria formada pelos trabalhadores nas indústrias metalúrgica, mecânica, material elétrico, química, produção de petróleo e farmacêutica, entre outras, que envolvem trabalhadores com posição mais elevada entre o operariado, em razão de as ocupações exigirem maior qualificação, proporcionarem nível mais elevado de remuneração e de proteção social e os trabalhadores apresentarem maior grau de organização corporativa;

5.2 Operários da indústria tradicional, formada pelos trabalhadores das indústrias dos demais ramos, exceto a construção civil;

5.3 Operários dos serviços auxiliares, categoria formada pelos empregados nos setores de transportes, comunicação e serviços auxiliares;

5.4 Operários da construção civil, categoria formada pelos trabalhadores em ocupações ligadas à construção civil, tais como mestres, ladrilheiros, pedreiros, pintores, serventes de pedreiro;

5.5 Artesãos, categoria formada pelos trabalhadores autônomos nas ocupações de alfaiate, sapateiro, marceneiro, carpinteiro, estofador e ourives.

6. Proletariado Terciário

6.1 Trabalhadores do comércio, categoria formada pelas ocupações diretamente ligadas às atividades do comércio, tais como vendedores, operadores de caixa e pracistas;

6.2 Prestadores de serviço especializado, categoria formada pelos trabalhadores autônomos em ocupações manuais que requerem um saber específico, tais como mecânicos, cabeleireiros etc.e os empregados de ocupações manuais nos setores de prestação de serviços, atividades sociais e administração pública;

6.3 Prestadores de serviço não-especializado, categoria formada pelos empregados em ocupações de porteiro e vigia.

7. Sub-Proletariado

7.1 Trabalhadores Domésticos;

7.2 Ambulantes e Biscateiros, categoria formada pelos feirantes, doceiros, quitandeiros, carroceiros e outras ocupações ambulantes e pelos guardadores de automóvel, engraxates e trabalhadores braçais autônomos. Trata-se de uma categoria restrita aos autônomos sem qualquer saber específico, não correspondendo portanto à noção freqüentemente usada nos estudos sociológicos, em que trabalhadores autônomos no setor da construção, por exemplo, são definidos como biscateiros.

7.3 Trabalhadores Agrícolas, categoria formada por todas as ocupações agrícolas, exceto as ocupações criador bovino, proprietário agropecuário e avicultor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOUDON, R. "A desigualdade das oportunidades". Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1981.

BOOTH, C. (Ed.) "Life and labour in London: first series: poverty". Londres: Macmillan, 1902.

BOURDIEU, P. "Espaço social e espaço simbólico". In: "Razões práticas: sobre a teoria da ação". Campinas: Papirus Editora, 2001.

_____. "Efeitos do lugar". In: BOURDIEU, P. (coord). "A miséria do mundo". [S.l.]: Vozes, 1997.

BRUN, J. "Essai critique sur la notion de segrégation et sur son usage en géographie urbaine". In: BRUN ET RHEIN (org.) "La ségrégation dans la ville". [S.l.]: L'Harmattan, 1994. p. 21-57.

CASTELLS, M. "A questão urbana". Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

DESROISIÈRES, A.; GOY, A.; THEVENOT, L. "L'identité sociale dans lê travail statistique: La nouvelle nomenclature des profissions et catégories profissionnelles". Economie et Statisques, Paris, n. 152, fev 1983.

DUCAN, O. D.; DUCAN, B. "Residential distribution and occupational stratification". American Journal of Sociology, [S.l.], n. 60, p. 493-503, 1955.

FENELON, J. P. "Qu'est-ce que L'Analyse des Données". Paris: Lefonen, 1981.

LEBRET, J. L. et al. "Guide pratique de l'enquete social I: manuel de l'enqueteur". Paris: Presse Universitaire de France, 1951.

LEBRET, J. L. et al. "Guide pratique de l'enquete social II: manuel de l'enqueteur. Paris: Presse Universitaure de France, 1951.

LEBRET, J. L. et al. L'enquete urbaine: l'analyse du quartier et de la ville". Paris : Presse Universitaire de France, 1955.

KATZMAN, Rubén. "Virtudes y limitaciones de los mapas censales de carencias críticas". Revista da CEPAL, Santiago de Chile, n. 58, 1996.

KATZMAN, Rubén (coord.). "Activos y estructuras de oportunidades: estudios sobre las raíces de la vulnerabilidad social en el Uruguay". Montevideo: PNUD: CEPAL, 1999a. (LC/MVD/R.180)

_____. "Vulnerabilidad, activos y exclusión social en Argentina y Uruguay". Santiago de Chile: OIT/Equipo Técnico Multidisciplinario, 1999b. (Documento de trabajo, n. 107)

_____. "¿Por qué los hombres son tan irresponsables?". Revista de la CEPAL, Santiago de Chile, n. 46, abr 1992.

_____. "Seducidos y abandonados: el aislamento social de los pobres urbanos". Revista de la CEPAL, Santiago do de Chile, n. 75, dez/abr 2001.

LAMPARELLI, C. Louis. "Joseph Lebret e a pesquisa urbano-regional no Brasil: crônicas tardias ou história prematura". Espaço e Debates, Neru, n. 37, p. 90-99.

LEDRUT, R. "Sociologie urbaine". Paris: Presse Universitaire de France, 1968.

MASSEY, D. "Residential segregation of Spanish Americans in United States urbanized areas". Demography, [S.l.], n. 4, nov 1979.

MASSEY, D.; M. Eggers. "The ecology of inequality; minorities and the concentration of poverty, 1970-1980". American Journal of Sociology, [S.l.], n. 95, 1990.

RIBEIRO, L.C.Q.; LAGO, L. "O espaço social das grandes metrópoles brasileiras: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte". Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais, [S.l.], n. 3, nov 2000.

RIBEIRO, L.C.Q. "A Cidade, as Classes e a Política: uma nova questão urbana brasileira?" In: LIPPI., L.O. "Cidade e História". [S.l.]: Editora da FGV, 2002.

RIBEIRO, L.C.Q.; SANTOS JUNIOR, O. "Democracia e segregação urbana: reflexões sobre a relação entre cidade e cidadania na sociedade brasileira". Curitiba, 2001. (Seminário "Democracia: Teoria e Prática")

RIBEIRO, L.C.Q. "Cidade desigual ou cidade partida?: tendências da metrópole do Rio de Janeiro". In: RIBEIRO, L.C.Q. (org.) "O futuro das metrópoles: desigualdades e governabilidade". Rio de Janeiro: Revan/Observatório, 2000.

VALLE SILVA, N. "Posição social das ocupações". [S.l.]: Centro de Informática/IBGE, 1973. (Mimeo)

_____. "Atualização da escala socioeconômica de ocupações para 1980". [S.l.]: Laboratório Nacional de Computação Científica, 1985. (Mimeo)

RHEIN, C. "La Ségrégation et ses Mesures". In: BRUN, J.; RHEIN, C. "La ségrégation dans la ville. concepts et mesures". Paris: L'Harmattan, 1995.

SABATINI, F. "Tendencias de la segregacion residencial urbana en Latinoamerica: reflexiones a partir del caso de Santiago de Chile". Santiago do Chile: Instituto de Estudios Urbanos/Pontificia Universidad Catolica, 1999. (Série Azul, n. 29)

_____. "Reforma de los mercados de suelo en Santiago, Chile: efectos sobre os precios de la tierra y la segregacion espacial". Santiago do Chile: Instituto de Estudios Urbanos/Pontificia Universidad Catolica, 1998. (Série Azul, n. 24)

_____. "Reforma de los mercados de suelo en Santiago, Chile: efectos sobre los precios de la tierra y la segregación residencial". EURE, [S.l.], v. 26, n. 77, p. 49-80, 2000.

_____. "Tendencias de la segregación residencial urbana en Latinoamérica: reflexiones a partir del caso de Santiago de Chile". (ponencia presentada al seminario "Latin America: Democracy, markets and equity at the Thresfold of New Millenium", Universidad de Upsala, Suecia, 1 a l 3 de septiembre, 1999).

_____. "Transformación urbana: dialéctica entre integración y exclusión social". Santiago do Chile: Instituto de Estudios Urbanos/Pontificia Universidad Católica, 1998. (Serie Azul, n. 19)

TABARD, N. "Des Quartiers pauvres aux quartiers aisée: une representation sociale tu territoire". Economie et Statistique, Paris, n. 270, p. 5-22, 1993.

TOPALOV, C. "Naissance du chômeur. 1880-1910". Paris: Éditions Albin Michel, 1994.

VEIGA, D. & RIVOR, A . L. "Fragmentación socioeconômica y pobreza: desafios para la governabilidad urbana: el caso de Montivideo". (Articlo presentado a la International Association Conference "Social Ineguality, Redistributive Justice and the City", ISA-International Committee on Regional and Urban Development RC21", Amesterdan, June 2001).

WACQUANT, L. "Proscritos da cidade: estigma e divisão social no gueto americano e na periferia urbana francesa". Novos Estudos CEBRAP, [S.l.], n. 43, p. 64-83, nov.

WEBER, M. "Classes, estamentos e partidos". In: "Economia e Sociedade". Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1999. v. 2.

WILSON, W. J. "The truly disadvantaged: the inner city, the underclass and public policy". Chicago: University of Chicago, 1987.

PARTE IV

O sistema urbano brasileiro e as políticas de atenção à saúde

GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS CIDADES

Jairnilson Silva Paim

Professor Titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Pesquisador 1-A do CNPq

RESUMO

O artigo tem como objetivo discutir questões referentes à gestão da atenção básica de saúde nas cidades e algumas proposições preliminares para a sua consolidação no Sistema Único de Saúde. A abordagem desenvolvida insere-se no campo disciplinar da Política de Saúde, contemplando um eixo vertical (formulação de políticas públicas de caráter nacional) e um eixo horizontal (análise da situação de saúde das cidades e possíveis intervenções). Após uma breve revisão sobre as noções de atenção primária de saúde, administração estratégica e território, apresenta uma contextualização da gestão da atenção básica nas políticas de saúde. Na análise da situação atual, são discutidos três problemas centrais: o desprestígio da análise da situação de saúde, a segmentação do sistema de saúde e o viés do planejamento agregado e normativo. São formuladas algumas propostas que enfatizam a distritalização, os sistemas de informação geográfica, o planejamento e a programação local, a vigilância da saúde, as cidades saudáveis, a saúde da família e a regulação de modalidades assistenciais não-SUS. Reconhece que a gestão da atenção básica efetiva implica interagir com todo o sistema de saúde e com todos os setores que influenciam na qualidade de vida.

DESCRITORES: política de saúde; atenção primária à saúde; cidade saudável.

INTRODUÇÃO

O presente texto apresenta uma breve revisão sobre as noções de atenção primária de saúde (APS) e de atenção básica de saúde (ABS), tendo como referência as políticas de saúde implementadas no Brasil nas últimas décadas. Seu objetivo é discutir algumas questões referentes à gestão da atenção básica de saúde (ABS) nas cidades e certas proposições para a sua consolidação no Sistema Único de Saúde (SUS).

As reflexões elaboradas não derivam da experiência de um gestor nem de um estudo de caso de uma cidade cuja gestão da atenção básica fosse considerada exemplar ou problemática. Não se trata, portanto, da visão de um técnico municipal ou de um urbanista com um enfoque integral sobre o espaço urbano. A abordagem desenvolvida, a partir do campo disciplinar da Política de Saúde, busca contemplar o encontro de dois eixos: um vertical, que corresponde à formulação e implementação de políticas públicas de caráter nacional em que a condução do Sistema Único de Saúde (SUS) adquire proeminência para todo o país em função da Constituição de 1988 e da legislação federal (CONASEMS, 1990), ainda que mediada pelos pactos construídos com instrumentos normativos (BRASIL, 1993; 1996; 2001; 2002b); e um eixo horizontal, voltado para a análise da situação de saúde das cidades e possíveis intervenções, considerando a heterogeneidade do espaço urbano e a diversidade das condições de vida dos seus habitantes.

Nessa perspectiva, as intervenções referentes a promoção, proteção, recuperação e a reabilitação da saúde das populações que ocupam distintos territórios são pensadas na confluência desses dois eixos. Esse encontro pode ser representado por modelos de atenção compatíveis com a integração desses eixos (política nacional de saúde e análise da situação de saúde nas cidades) e disponíveis para a gestão da atenção básica, a exemplo das propostas de vigilância da saúde, saúde da família e cidades saudáveis. Procura-se, desse modo, "articular a dimensão política com as instâncias de decisão sobre a produção, distribuição e organização assistencial, no espaço onde tais políticas se concretizam: os serviços locais de saúde" (BODSTEIN, 1993, p. 9).

1. ASPECTOS CONCEITUAIS

A partir da difusão do corpo doutrinário da atenção primária à saúde (APS), três distintas concepções têm fundamentado as políticas e práticas de saúde no Brasil: a) APS enquanto programa de medicina simplificada ou "atenção primitiva de saúde" (TESTA, 1992); b) APS enquanto nível de atenção – primeiro nível, atendimento de primeira linha ou "atenção primeira e básica" (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996); c) APS enquanto componente estratégico da proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 (OPS, 1990).

AAPS tem sido, também, reconhecida como espaço tático-operacional de reorientação de sistemas de serviços de saúde mediante a implantação de distritos sanitários (distritalização) e como oportunidade de experimentação de modelos assistenciais alternativos congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população (MENDES, 1990). Para Tejada de Rivero (1992), importa destacar o que não é atenção primária de saúde:

1. Não é uma forma primitiva, empírica e elementar de atenção – cuidado de segunda ou terceira categoria para os pobres – nem se sustenta somente em tecnologias que não incorporam os maiores avanços do desenvolvimento científico;
2. Não é uma ação exclusiva dos serviços de saúde ou de algumas instituições desse setor, nem é um programa independente e paralelo às demais atividades de saúde;
3. Não é um nível de atenção dentro de um sistema de serviços de saúde nem se reduz ao que poderia considerar-se como o nível mais periférico;
4. Não se reduz à utilização de pessoal não-profissional nem pode circunscrever-se a membros da comunidade treinados para prestar uma atenção elementar (TEJADA DE RIVERO, 1992, p. 174).

Ao conceber a APS como estratégia, esse autor destaca seus princípios fundamentais (participação, descentralização, ação multisetorial e tecnologia apropriada), rejeitando a idéia de "uma cortina de fumaça paliativa e tendente a postergar reivindicações sociais em sociedades onde existem grandes desigualdades e injustiças" (TEJADA DE RIVERO, 1992, p.174).

No entanto, no âmbito internacional, a atenção primária tem sido definida como "aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas" (STARFIELD, 2002, p. 28).

Recusando, também, a concepção de APS como assistência simplificada e de baixo custo para problemas simples de gente pobre, autores brasileiros enfatizam que as demandas nesse nível "exigem, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas" (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p.36).

No Brasil, o Ministério da Saúde tem utilizado a expressão atenção básica talvez para evitar a confusão com a concepção de APS correspondente à "atenção primitiva de saúde". Desse modo, a atenção básica de saúde (ABS) tem sido definida, no âmbito oficial, como "um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação" (BRASIL, 1998b, p. 11). Admite que "a ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente" (BRASIL, 1998b, p. 11).

Constata-se, assim, um movimento no sentido de defender a ABS, simultaneamente, como primeiro nível de atenção e como estratégia de reorientação do sistema de saúde. Pode-se concluir que a opção política expressa no discurso institucional reconhece a atenção básica como algo fundamental, primeiro ou primordial e não no sentido de elementar, simples ou reduzido, tal como o senso comum refere-se à "cesta básica" de alimentos.

Isso significa que a gestão da atenção básica, ao mesmo tempo em que administra esse primeiro nível do sistema de serviços de saúde, deve conduzir a estratégia de reorientação de todo o sistema buscando uma atuação intersetorial. Trata-se, portanto, de uma administração estratégica requerendo o desenho de instrumentos que permitam identificar todos os conjuntos sociais e os problemas de saúde, a atenção a toda a população que vive em sua área de intervenção, a gerência de todos os recursos que se encontrem nessa área, além da capacidade técnica, poder decisório, democratização e participação social ampliada no nível local (OPS, 1992).

A gestão da atenção básica, nessa perspectiva, pode ser entendida como uma "forma de relacionar os problemas e necessidades em saúde dos conjuntos sociais que vivem em espaços geográficos delimitados com os conhecimentos e recursos, institucionais e comunitários, de tal modo que seja possível definir prioridades, considerar alternativas reais de ação, alocar recursos e conduzir o processo até a resolução ou controle do problema" (OPS, 1992, p. 48).

A gestão da atenção básica nas cidades, por sua vez, implica analisar o espaço urbano utilizando como categoria de análise não o território em si, mas o território-processo ou o território utilizado (SANTOS; SILVEIRA, 2001). Como chamam à atenção esses autores,

"quando quisermos definir qualquer pedaço do território, deveremos levar em conta a interdependência e a inseparabilidade entre a materialidade, que inclui a natureza, e o seu uso, que inclui a ação humana, isto é, o trabalho e a política" (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 247). Portanto, o caráter histórico desse espaço torna-o um "território vivo" onde se expressam interesses, divisão do trabalho, localização de capitais, movimentos sociais, residências de pessoas, lazer, cultura e poderes diversos. E o caráter estratégico da gestão da saúde no nível local procura levar em conta a ação humana, enquanto trabalho e política, voltada para o êxito, mas também a ação comunicativa, orientada para o entendimento e para a intersubjetividade (RIVERA; GALLO, 1995).

Nessa perspectiva, oficinas de territorialização que permitam recuperar fragmentos da história e da cultura de grupos sociais que ocupam diferentes lugares do espaço urbano (VILASBÔAS, 1998) e oficinas de trabalho que possibilitem realizar análises de situação de saúde, formular proposições (BAHIA, 1987) e elaborar um orçamento participativo, constituem, além de tecnologias de gestão, momentos de sociabilidade e de invenção de novos modos de pensar e agir em saúde.

Entre as características da urbanização brasileira, destaca-se a criação da pobreza (SANTOS, 1993). Pensar as cidades em tempos de globalização implica reconhecer os novos pobres no meio da nova riqueza. Assim, "amplia-se a variedade de tipos econômicos, culturais, religiosos e lingüísticos, multiplicam-se os modelos produtivos, de circulação e de consumo, segundo qualificações e quantidades, e também aumenta a variedade de situações territoriais. (...) Nessas condições, a metrópole está sempre se refazendo: na forma, na função, no dinamismo e no sentido. Essa riqueza do inesperado constitui a possibilidade de construção de novos futuros" (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 287).

2. CONTEXTUALIZAÇÃO

A atenção primária de saúde (APS) passou a ter mais visibilidade política no Brasil a partir da VII Conferência Nacional de Saúde (VII CNS), realizada em 1980. Antes desse evento, a APS restringia-se às experiências da medicina comunitária e dos programas de extensão de cobertura (PECS) das décadas de 1960 e 1970 (PAIM, 2002).

A VII CNS, cujo tema central foi "Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos" (CNS, 1980), representou um momento privilegiado para a discussão das propostas da Conferência de Alma-Ata sobre os Cuidados Primários de Saúde (BRASIL, 2001b). Contou, inclusive, com a presença do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), que, repetindo questões levantadas em Alma-Ata, indagou aos participantes se estavam "dispostos a introduzir, se necessário, mudanças radicais no atual sistema de

prestação de serviços de saúde para que sirva de base adequada à atenção primária de saúde como principal prioridade" (MAHLER, 1980, p. 14). Nessa oportunidade, o governo federal anunciou a criação do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV–SAÚDE), no sentido de integrar os Ministérios da Saúde e da Previdência Social na prestação de serviços, juntamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde.

Apesar de o PREV–SAÚDE não ter sido implantado, parte do corpo doutrinário da APS continuou inspirando no Brasil certas políticas de saúde, a exemplo dos programas especiais do Ministério da Saúde e das tentativas de descentralização dos serviços de saúde na década de 1980, com destaque para as Ações Integradas de Saúde (AIS). Diante das limitações dessas iniciativas, a atenção básica não foi enfatizada nas proposições elaboradas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 (PAIM, 2002).

Com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no início da década de 1990 (BRASIL, 1993b), a APS retomou a agenda política. O PACS, enquanto programa especial nascido no Governo Collor, tinha como finalidade estender a cobertura de ações de saúde às populações rurais e às periferias urbanas, voltando-se, especialmente, para o grupo materno-infantil (BRASIL,1994a). Foi criticado nessa época por traduzir uma política de focalização prescrita por organismos internacionais, além de ir na contramão da construção de um SUS universal, igualitário e integral.

A partir de 1993, o programa ampliou os seus objetivos, no sentido de o agente comunitário tornar-se capaz de articular os serviços de saúde e a comunidade, incluindo entre as suas atribuições o desenvolvimento de ações básicas de saúde e atividades de caráter educativo nos níveis individual e coletivo (BRASIL, 1994b).

Na segunda metade da década de 1990, o PACS foi acoplado ao Programa Saúde da Família (PSF), enquanto o governo federal lançava o documento "1997: o ano da saúde no Brasil", destacando a prevenção, com ênfase no atendimento básico, e apresentando a saúde da família como o novo modelo assistencial do SUS (BRASIL, 1997). A implantação da Norma Operacional Básica (NOB–SUS 01/96) e a adoção do Piso da Atenção Básica (PAB)[1] possibilitaram um reforço da atenção básica e a expansão do PSF (BRASIL, 1998a). Essa NOB–96 previa duas formas para a habilitação dos municípios junto ao SUS: gestão plena da atenção básica e gestão plena do sistema municipal (BRASIL, 1998a).

No caso do Programa de Saúde da Família (PSF), foi dirigido para a atenção básica e implantado mediante equipes voltadas para uma população adscrita de 600 a 1.000 famílias e compostas por médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários, podendo ser

1 O PAB corresponde a um valor per capita, que, somado às transferências estaduais e aos recursos próprios dos municípios, deveria financiar a atenção básica da saúde (Brasil, 1998).

acrescidas de odontólogos, assistentes sociais, psicólogos etc. (BRASIL, 1998b).

A partir da NOAS–01, as principais responsabilidades da atenção básica a serem executadas pelas equipes de saúde da família (ESF) são: ações de saúde da criança e da mulher; controle de hipertensão, diabetes e tuberculose; eliminação da hanseníase; e ações de saúde bucal (BRASIL, 2001c).

3. ATENÇÃO BÁSICA NAS POLÍTICAS DE SAÚDE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

A discussão sobre gestão da atenção básica e modelos de atenção vem assumindo, progressivamente, certa relevância na formulação de políticas de saúde no Brasil. Assim, a NOB–96 concebia para o SUS "um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente com os seus núcleos sociais primários – as famílias" (BRASIL, 1998a, p. 12).

Além de propugnar por ações intersetoriais, essa norma defendia "a transformação na relação entre o usuário e os agentes do sistema de saúde (restabelecendo o vínculo entre quem presta o serviço e quem o recebe) e, de outro, a intervenção ambiental, para que sejam modificados fatores determinantes da situação de saúde" (BRASIL, 1998a, p. 13).

Depois de implantado o PAB, contendo um valor fixo e uma parte variável destinada ao incentivo de intervenções, como Ações Básicas de Vigilância Sanitária, PACS/PSF, Programa de Combate às Carências Nutricionais, vigilância epidemiológica etc., o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu as orientações para a organização da atenção básica, por meio da Portaria Nº 3.925/GM de 13 de novembro de 1998 (BRASIL, 1998a).

O PSF tem sido visto como estratégia para a reorientação do modelo de atenção, além de constituir-se em porta de entrada do sistema municipal de saúde. Prevê a participação da comunidade em parceria com as equipes na discussão dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento e na avaliação. Considera um erro ser imaginado como serviço paralelo, com equipes responsáveis apenas pelas visitas domiciliares e atividades coletivas ou individuais de prevenção de doenças, "enquanto a assistência curativa continua sob a responsabilidade de outros profissionais do modelo anterior" (BRASIL, 2001a, p. 60).

Na avaliação da implantação e do funcionamento do PSF, constatou-se que 71% dos coordenadores estaduais consideram o programa como uma estratégia de reorganização da atenção básica, embora apresentando as seguintes limitações: falta de entendimento dos gestores, alta rotatividade dos secretários municipais e estaduais de saúde, infra-estrutura precária das Unidades de Saúde da Família, dupla militância de médicos, condições de trabalho

e vínculos empregatícios precários, insuficiência de profissionais, formação inadequada e dificuldade institucional de absorver o novo modelo (BRASIL, 2000b).

Presentemente, encontram-se em atividade 16.000 equipes de saúde da família, abrangendo mais de 55 milhões de brasileiros (Saúde, Brasil, 2003). A análise da implementação do PSF, enquanto política pública, durante a década de 1990, aponta para perspectivas promissoras, a despeito das dificuldades verificadas, tendo em vista restrições do financiamento e ambigüidades dos diferentes governos. Apesar da precariedade das relações de trabalho, alguns estudos apontam para um comprometimento dos profissionais com o PSF, "associado a sentimentos de satisfação social, apego, envolvimento ligado a razões morais, quando consideram seu trabalho uma atividade de responsabilidade social, um dever a ser cumprido" (SCALDAFERRI, 2000).

Outros reconhecem o PSF enquanto "proposta contra-hegemônica em maturação", apresentando fragilidades (SILVA, 2002). A autora realiza uma análise da natureza das atividades das equipes do PSF, seja no planejamento e gestão, seja na promoção, proteção, assistência e reabilitação da saúde. Em outras palavras, a pesquisa indica os avanços alcançados pelo PSF, no caso concreto investigado de Vitória da Conquista (BA), no que se refere à realização de atividades voltadas para o controle de riscos e de danos e à insuficiência das ações de controle das causas dos problemas de saúde. Portanto, os acúmulos sóciopolíticos e a "pedagogia do exemplo" dessa iniciativa, não obstante os seus percalços, parecem contribuir, via ação política, para a reorientação do sistema e redefinição das práticas de saúde (GOULART, 2002).

4. GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A gestão da atenção básica tem utilizado um conjunto de ferramentas resultantes de normas técnicas e administrativas emanadas da direção nacional do SUS e pactuadas, na maioria das vezes, com as instâncias estadual e municipal por meio da Comissão Inter-gestora Tripartite (CIT). A partir dessas iniciativas, alguns instrumentos e procedimentos têm sido propostos, tais como cadastro e implantação do Cartão SUS, adscrição de clientela, referência para assistência de média e alta complexidade, acompanhamento, avaliação e "estratégia de saúde da família" (BRASIL, 2000a).

De acordo com a NOB–96, os municípios teriam responsabilidades na gestão da atenção básica, tais como: desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e gestão, incluídos os mecanismos de referência e contra-referência de pacientes; coordenação e operacionalização do sistema municipal de saúde; desenvolvimento de mecanismos de

controle e avaliação; desenvolvimento de ações básicas de vigilância sanitária; administração e desenvolvimento de recursos humanos para atenção básica; e fortalecimento do controle social no município (BRASIL, 2000a).

A NOAS–SUS 01/2001 atualizou as condições de gestão do NOB–96, definiu prerrogativas dos gestores municipais e estaduais, propôs a formulação de plano diretor de regionalização e a qualificação das microrregiões na assistência à saúde, além de recomendar a organização dos serviços de média e alta complexidade. A NOAS–02 manteve as duas modalidades de habilitação previstas pela NOAS–01 para a gestão dos municípios: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA e Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM (BRASIL, 2001c; 2002b).

Além dessas normas, existe o Pacto da Atenção Básica, que permite, desde 1999, a realização de uma espécie de "contrato de gestão", pautado em indicadores selecionados e em negociação de metas, bem como o estabelecimento de processos sistemáticos de acompanhamento e de avaliação. Desse modo, o Pacto de Indicadores da Atenção Básica "inaugura no cotidiano da gestão do SUS uma nova prática que vincula a organização de ações e serviços de saúde à análise do desempenho de indicadores de saúde selecionados" (BRASIL, 2000a, p. 2), no sentido de melhorar a qualidade da atenção à saúde.

Ao definir as responsabilidades de cada uma das instâncias gestoras, o Pacto da Atenção Básica integra-se à Programação Pactuada Integrada (PPI)[2] , que pretende "estabelecer de forma coerente e articulada uma nova maneira de conduzir a gestão do SUS" (BRASIL, 2002b, p. 18). Esse Pacto, com seus respectivos indicadores, tem sido renovado a cada ano mediante portarias (Portaria Nº 779 de 14/7/2000). Além disso, tem sido discutida com estados e municípios a Agenda Nacional de Saúde.[3]

O desenvolvimento dessas ferramentas parece constituir passos relevantes para a gestão da ABS (SAMPAIO, 2003). Entretanto, a utilização de todas as potencialidades dessas tecnologias de gestão fica, em parte, na dependência da capacitação técnica das equipes municipais e do compromisso político dos dirigentes em relação ao SUS.

2 Entre os objetivos da PPI, destacam-se: a) garantir a eqüidade do acesso; b) explicitar os recursos federais, estaduais e municipais, que compõem o montante de recursos do SUS; c) consolidar o papel das secretarias estaduais de saúde na coordenação da política estadual de saúde e na regulação geral do sistema estadual de saúde; d) estabelecer processos e métodos que assegurem a condução única do sistema de saúde em cada esfera de governo; e) consubstanciar as diretrizes de regionalização da assistência à saúde; f) explicitar a programação dos recursos estaduais e municipais, respeitada a autonomia dos vários níveis de gestão e realidades locais (Brasil, 2000a).

3 A Agenda estabelece os seguintes eixos prioritários de intervenção: a) redução da mortalidade infantil e materna; b) controle de doenças e agravos prioritários; c) reorientação do modelo assistencial e descentralização; d) melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações e serviços de saúde; e) desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde (Brasil, 2001d).

5. ANÁLISE DA SITUAÇÃO ATUAL DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NAS CIDADES

Não obstante os esforços mencionados no tópico anterior, a gestão da atenção básica encerra um conjunto de problemas a exigir análise e encaminhamento.[4] O fato de a assistência hospitalar/urgência/emergência ter ganho maior proeminência, face à visibilidade que adquire na mídia em função de pacientes graves sem acesso ao sistema, não deve obscurecer os desafios postos para a gestão da atenção básica.

Nesse particular, merecem ser mencionados os desafios referentes à complexidade do perfil epidemiológico, recursos humanos (relações de trabalho, qualificação, compromisso, remuneração etc.), gestão participativa, financiamento, intersetorialidade, eqüidade, eficiência, entre outros. Apesar da relevância desses desafios, três problemas serão destacados para discussão na situação brasileira: o desprestígio da análise da situação de saúde, o viés do planejamento agregado e normativo e a segmentação do sistema de saúde. Ainda que tais problemas não apresentem a mesma estatura daqueles desafios, têm, no entanto, a possibilidade de diálogo com os mesmos, e assim possíveis soluções levantadas para algumas partes poderiam influenciar o todo.

a) Desprestígio da análise da situação de saúde

A análise da situação de saúde corresponde ao momento explicativo do processo de planificação/gestão. A partir desse momento, podem ser identificados os problemas de saúde (riscos e danos), examinado o perfil demográfico e suas tendências, realizado o balanço entre demanda e oferta de serviços de saúde e discutidas as necessidades na situação atual. A explicação dos problemas e a busca dos determinantes das necessidades de saúde conferem maior racionalidade na análise da situação, oferecem elementos para a configuração de prognósticos ou cenários (KNOX, 1981) e permitem vislumbrar certas oportunidades para a ação. Apesar de alguns esforços esparsos de institucionalização do planejamento como ferramenta de gestão (PAIM, 2002), e não obstante a exigência legal de elaboração de planos municipais de saúde, constata-se um progressivo desprestígio da análise da situação de saúde.

Assim, as necessidades de saúde que requerem ações individuais e coletivas visando à prevenção e ao controle de doenças e agravos, bem como as de proteção e promoção da saúde, não têm sido dimensionadas para melhor planejar e organizar a atenção básica. Os problemas de saúde que constituem a demanda por serviços de ambulatório, apoio diagnóstico e terapêutico, urgência/emergência e assistência

4 Nesse particular, não se pode esquecer a grande variedade das cidades brasileiras. O país possui cerca de 5.500 municípios com grande diversidade de extensão, de população e de condições sócioeconômicas. Se forem consideradas apenas as cidades com mais de 100.000 habitantes, elas passaram de 12 em 1940 para 101 em 1980 e 175 em 1996 (Santos & Silveira, 2001:205).

hospitalar têm sido pouco investigados para orientar a oferta. Desse modo, as doenças e os agravos que se distribuem na população nem sempre são considerados para o estabelecimento de prioridades ou mesmo para fundamentar as intervenções. A utilização da epidemiologia na planificação da atenção à saúde (KNOX, 1981) passa a ser supérflua, cumprindo apenas o ritual de apresentar certos indicadores no capítulo diagnóstico dos planos de saúde. As recentes propostas de elaboração de agendas de saúde (nacional, estadual e municipal) ainda não modificaram tal situação.

A ausência de um sistema de informação que forneça indicadores de necessidades e cobertura/utilização de serviços de saúde restringe a análise dos problemas. A inexistência de indicadores que apontem tais necessidades ou mesmo as demandas real e potencial, considerando a população residente nos diversos lugares da cidade e o fluxo adicional de pessoas de outros municípios ou estados que buscam serviços de saúde de grandes centros urbanos, compromete o processo decisório referente à condução dos sistema de saúde e, em particular, a gestão da atenção básica.

Até o sistema de informações ambulatoriais do SUS (SIA–SUS), montado sob uma lógica inampsiana vinculada a procedimentos e produtividade, tem sido pouco utilizado para fins de planejamento. Esse sistema encontra-se atualmente em declínio, pois a implantação do PAB, viabilizando repasses financeiros globais em vez de pagamentos por procedimentos, teve como efeito colateral o abandono do SIA–SUS por parte de certos gestores municipais (SAMPAIO, 2003).[5]

O Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), inicialmente concebido para o acompanhamento do PACS/PSF, inclui diversos indicadores (demográficos, sociais, cobertura do PACS e PSF, morbidade, mortalidade, difusão de práticas preventivas e de utilização de serviços), além de contemplar as dimensões de território, microlocalização de problemas e responsabilidade sanitária. Abrange diversos níveis de agregação – microárea em que residem 150 a 250 famílias cobertas por agentes comunitários, território com 600 a 1.000 famílias vinculadas à equipe de saúde da família (ESF), segmento, estado, regiões e país. Esse sistema tem sido objeto de propostas de reformulação, no sentido de contemplar todas as unidades básicas de saúde e não apenas aquelas de saúde da família, podendo contribuir para "identificação de desigualdades nas condições de saúde da população através da espacialização das necessidades e respostas sociais" (BRASIL, 2000a, p. 22).

Apesar da sua importância e dos indicadores que produz, esses sistemas de informação não são suficientes para uma análise da situação da saúde que contemple

5 Existe, no entanto, um conjunto de indicadores para o acompanhamento da atenção básica nos municípios habilitados pelas normas em vigor, tendo em conta os seguintes bancos de dados nacionais: a) Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM; b) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC; c) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN; d) Sistema de Informações sobre Agravos de Notificação – SINAN (Brasil, 1998b).

tanto os problemas do estado de saúde da população quanto os problemas dos serviços de saúde. Portanto, o planejamento presentemente realizado por intermédio da PPI, embora tenha alcançado indiscutível progresso, ainda se mostra deficiente para aferir necessidades e demandas, restando para muitos gestores apenas uma impressão geral sobre a insuficiência na oferta da atenção básica.

b) Viés do planejamento agregado e normativo

Além da insuficiência de informações, o próprio enfoque do planejamento utilizado compromete a racionalização da oferta da ABS, pois, normalmente, toma como "objetos" uma população supostamente homogênea da cidade e uma rede de serviços aparentemente comungando os mesmos objetivos e interesses. Esse viés do planejamento agregado e normativo negligencia a heterogeneidade estrutural que segmenta a população em classes sociais com distintos poderes econômico, político, cultural e simbólico, bem como a apropriação e a ocupação diferenciadas do espaço urbano (SILVA et al., 1999), de um lado, e a distribuição desigual dos poderes técnico, administrativo e político (TESTA, 1992) nos serviços de saúde, de outro.

As desigualdades sociais que resultam desses determinantes estruturais produzem perfis epidemiológicos diversos segundo as condições de vida dos diferentes segmentos sociais (PAIM, 2000), assim como padrões de consumo de bens e serviços de saúde bastante diferenciados. Se o planejamento ignora as desigualdades em saúde, enquanto expressão de desigualdades sociais, deixa de considerar os diferentes danos e riscos a que estão sujeitos distintamente os subgrupos da população que ocupam o espaço urbano, perdendo, conseqüentemente, a sua relevância. Propostas alternativas como as cidades saudáveis, promoção e vigilância da saúde (TEIXEIRA, 2002), apesar de mencionadas em documentos técnicos e oficiais (BRASIL, 1996; RADIS, 2000; BRASIL, 2002a) e desenvolvidas em alguns municípios, não chegaram a constituir políticas para o conjunto das cidades brasileiras.

Do mesmo modo, o planejamento encontra obstáculos para a racionalização pretendida no que tange à organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde com mecanismos formais e eficientes de referência e contra-referência[6] , quando negligencia os diagnósticos estratégico e ideológico no âmbito do setor e não desenvolve um pensamento estratégico que apreenda as contradições e estabeleça cursos de ação para contornar os impasses, seja na oferta, seja na demanda.

6 Observou-se em São Paulo que "as unidades básicas atendiam à população e faziam seu encaminhamento, sem entrar no mérito de ter essa assistência se transformado ou não em 'encaminhoterapia'; quando o paciente chegava aos serviços de referência, ou não recebia atendimento, ou, se atendido, os diagnósticos e tratamento preconizados nas unidades básicas não eram considerados" (HEIMANN et al., 1992, p. 151). Resultados semelhantes foram constatados na Bahia (CARDOSO, 1988).

Do lado da oferta, os hospitais integrantes dos SUS funcionam de modo autárquico[7] , pouco se preocupando com o que ocorre na rede básica, na maioria das vezes com serviços redundantes nos seus ambulatórios[8], ao ponto de hospitais universitários atenderem casos simples de infeção respiratória aguda, diarréia e escabiose. Se essa inserção não solidária no sistema de serviços de saúde já se fazia na época do SUDS e das AIS (CARDOSO, 1988), a situação agravou-se com a lógica de produtividade inoculada pelas AIH e demais mecanismos de remuneração dos hospitais públicos, semelhantes aos dos serviços privados contratados pelo SUS.

Do lado da demanda, evidências reforçam o pressuposto de que "o acesso real não ocorre em função de uma hierarquização formal idealizada, mas, pelo contrário, da utilização de diversas estratégias que a população utiliza, em face dos constrangimentos impostos pela precariedade da oferta" (BODSTEIN, 1993, p. 12).

c) Segmentação do sistema de saúde brasileiro

Se é possível enfrentar os problemas relativos à análise da situação de saúde e ao planejamento de grandes agregados nos níveis técnico-administrativo e técnico-operacional do SUS, mediante a incorporação de propostas alternativas de atenção e da planificação estratégica e situacional (TEIXEIRA, 2002), o mesmo não ocorre com o problema da segmentação do sistema de saúde brasileiro. Nesse caso, tem-se uma questão política bastante complexa, social e historicamente determinada. Assim, cabe reconhecer as diferentes modalidades assistenciais que mantêm paralelismo de ações e relações competitivas, parasitas ou predatórias com o SUS. Trata-se de modalidades assistenciais vinculadas ao "sistema de assistência médica supletiva" (SAMS), tais como a medicina de grupo, o seguro-saúde e outros "planos de saúde", e aquelas vinculadas ao desembolso direto (medicina liberal e certas empresas médicas).

Apesar da denominação Sistema Único de Saúde, podem ser constatados nas grandes cidades brasileiras três "sistemas": o SUS (público), o SAMS (pré-pagamento) e o da chamada "medicina liberal" (desembolso direto). Alguns autores chamam a atenção para a "perversidade que a manutenção dos três sistemas separados induz pela existência de subsídios cruzados entre eles e pela sustentação, ainda que parcial, dos sistemas privados com base em renúncias fiscais e contributivas" (MENDES, 1998, p. 42).

A mera existência dessas modalidades assistenciais do setor privado em saúde produz efeitos simbólicos ao insinuar maior qualidade, amenidade, agilidade e conforto aos pacientes,

7"É na assistência médica especializada que a força do corporativismo se faz decisiva e os critérios de acesso mais 'obscuros'. Trata-se de uma clientela construída pela própria prática médica. Destarte é nos hospitais especializados que sobressai o intercâmbio informal entre médicos, sobrepondo-se ao sistema de referência e contra-referência, formando verdadeiras clientelas cativas dentro do serviço público" (VELLOZO; SOUZA, 1993, p. 109).

8 Estudo realizado em uma área de planejamento do Rio de Janeiro no início da implantação do SUS indicava uma "proporção de praticamente 50% entre o número de hospitais e de unidades ambulatoriais e, consequentemente, um enorme déficit de unidades básicas na área" (CARVALHO, 1993, p. 126).

em contraposição aos serviços públicos. Esse sistema, voltado para subespecialidades médicas, compromete a eqüidade, já que "os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles" (STARFIELD, 2002, p. 21). Além disso, a oferta desordenada de assistência médica ambulatorial desse setor privado dificulta a realização do planejamento e da programação local em saúde e favorece a concentração de atendimentos em uns indivíduos em detrimento de outros.

Apesar de a Lei 8080/90 estabelecer a regulação em saúde para todo o sistema de saúde e não apenas para o subsistema público (SUS), a sua regulamentação, mediante normas operacionais e assistenciais, não contemplou as modalidades assistenciais supostamente autônomas por referência ao SUS (SAMS ou serviços não-SUS). Os planos municipais e estaduais de saúde e a vigilância sanitária que poderiam orientar, pelo menos, a instalação e o funcionamento de estabelecimentos de saúde (hospitais, laboratórios, consultórios, clínicas, ambulatórios etc.) não têm prestado atenção ao pleno cumprimento da Lei. Esqueceram-se do preceito constitucional segundo o qual os serviços de saúde são de relevância pública, apesar de serem livres à iniciativa privada.

Até mesmo a Lei dos Planos de Saúde e a própria criação da Agência Nacional de Saúde (BRASIL, 2002c), nascidas sob o modismo da regulação, não regularam adequadamente a oferta de serviços de saúde e, em particular, a ABS nessas modalidades assistenciais não-SUS.

Esses fatos tornam a gestão da atenção básica muito complexa, sobretudo por não poder se descolar dos outros níveis do sistema, do mesmo modo que os municípios não conseguem prescindir das instâncias de gestão estadual e nacional do SUS. Assim, ao lado da engenharia política necessária à implementação da descentralização da gestão em saúde face às características do federalismo brasileiro, o gestor da atenção básica participa de negociações penosas para compra de serviços no setor privado contratado pelo SUS e tem fora de sua governabilidade a assistência médica supletiva. Resolver essa equação, composta por elementos extremamente contraditórios, representa uma das questões centrais da gestão da atenção básica nas grandes cidades brasileiras.

6. QUESTÕES PARA A GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

Pensar a atenção básica nas grandes cidades brasileiras, portanto, requer levar em consideração duas questões que continuam a produzir fatos negativos para ABS em situações concretas: o aprofundamento das desigualdades sociais entre os diferentes segmentos populacionais que ocupam distintamente o espaço urbano e a segmentação do sistema de saúde brasileiro, com superposição de consumo entre diversas modalidades assistenciais para as classes alta e média e dificuldades de acesso ou exclusão para os mais pobres.

No primeiro caso, caberia examinar os diferenciais intra-urbanos da mortalidade, morbidade e riscos enquanto expressão das desigualdades de saúde. Estas representam a face fenomênica das iniqüidades sociais a serem investigadas pela economia política da cidade (SANTOS, 1994). Na realidade, as iniqüidades sociais constituem a essência das formas de produção e reprodução social nas cidades sob o capitalismo, tal como revelam em diversos estudos sobre saúde e condições de vida. A própria constituição do espaço urbano, por sua vez, indica certos determinantes históricos e estruturais que conformam a distribuição espacial das populações, segundo condições de vida, e ajuda a analisar a situação de saúde e a explicar as desigualdades em saúde (PAIM, 1995). O estudo desse espaço, território utilizado ao longo da história, com seus sistemas de objetos e sistemas de ações, seus fixos e fluxos, "aponta para a necessidade de um esforço destinado a analisar sistematicamente a constituição do território" (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 20).

A segmentação do sistema de saúde brasileiro, instalada a despeito do SUS, reproduz as mesmas desigualdades observadas nas condições de saúde, dessa vez em relação ao acesso e à qualidade da atenção. Propostas de regionalização e hierarquização da atenção à saúde, tal como as contidas nas NOAS (2001 e 2002), e o fortalecimento da "estratégia de saúde da família" , apesar de inteligíveis pelo seu caráter racionalizador, estão longe de responder à segmentação do sistema, sobretudo sem os investimentos necessários à expansão da rede pública e à remuneração adequada dos seus recursos humanos.

Esse apartheid sanitário representa, portanto, o enigma a ser decifrado para a gestão da atenção básica, especialmente nas grandes cidades. Assim, a pergunta central é: como fortalecer processos de reorganização da atenção básica, mantendo o padrão de desigualdades e a segmentação do sistema de saúde por tempo indeterminado? Evidentemente que tais questões, ao permanecerem sem políticas públicas consistentes voltadas para a sua equação, configuram constrangimentos para o desenvolvimento da ABS na perspectiva da eqüidade, qualidade, efetividade e humanização.

7. PROPOSIÇÕES PRELIMINARES

As proposições e estratégias expostas a seguir constituem uma sistematização preliminar, sem proceder, por conseguinte, a análises de coerência, factibilidade e de viabilidade. Seu propósito é estimular uma reflexão capaz de propiciar debates e encaminhamentos políticos que favoreçam a consolidação da ABS nas grandes cidades. O Brasil já dispõe de um acúmulo de experiências inovadoras nas últimas décadas (ALMEIDA, 1989; SCHRAIBER, 1990; CECÍLIO, 1994; CAPISTRANO FILHO, 1995; TEIXEIRA; MELO,

1995; SCHRAIBER et. al., 1996; MERHY; ONOCKO, 1997; MENDES, 1998; SILVA JR, 1998; TEIXEIRA, 2002) que precisam ser valorizadas e difundidas, no sentido de contribuir para a qualificação da gestão da atenção básica.

No que diz respeito à análise da situação de saúde cabe reforçar o estudo da distribuição espacial de problemas de saúde no sentido de identificar grupos mais vulneráveis para a adoção de políticas públicas. Desde a constatação de uma distribuição extremamente desigual da mortalidade infantil entre diferentes distritos ou bairros em cidades como São Paulo, Porto Alegre e Salvador na década de 1980, aponta-se para a pertinência da utilização dessa abordagem na planificação e gestão. Tais investigações sobre desigualdades em saúde recuperaram os estudos ecológicos da epidemiologia para a planificação em saúde e possibilitaram a sua utilização pela mídia, organizações da sociedade civil e secretarias de saúde. Na Bahia, verificou-se o aproveitamento dos resultados dessas pesquisas pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, no desenvolvimento dos seus programas entre 1993 e 1996 e na elaboração do Plano Municipal de Saúde (1997-2001), e pela Secretaria do Estado no caso do Plano Estadual de Saúde (1996-1999). Tais estudos (PAIM et al., 1999; PAIM, 2000) revelam o caráter desigual da distribuição espacial das violências, possibilitando compor "mapas do risco" de homicídios (NORONHA et al., 1997). Desse modo, tornou-se possível "microlocalizar" o risco de morrer por essa causa e identificar os diferenciais intra-urbanos de mortalidade. O mapeamento das áreas de maior risco permite, portanto, uma maior atenção para as populações vulneráveis e a formulação de políticas públicas tendo em conta os espaços de ocorrência das violências e de residência das vítimas.

Portanto, a análise de informações desagregadas no espaço urbano pode ensejar, também, um planejamento desagregado e a organização da saúde no nível local (MENDES, 1998). No caso da gestão, caberia assegurar a universalização da atenção básica ampliada, iniciando pelas áreas com piores condições de vida e saúde, enquanto se racionaliza a oferta dos níveis secundário e terciário (média e alta complexidade) e se valorizam os mecanismos formais referência e contra-referência mediante um desenho estratégico.

O caminho a ser acionado seria o cadastro amplo dos indivíduos e famílias para o cartão SUS, por intermédio da distritalização. As iniciativas de organização de distritos sanitários em cidades como Salvador, Maceió, Natal, Fortaleza, Curitiba e São Paulo, entre outras (TEIXEIRA; MELO, 1995; SILVA JR, 1998), apesar de negligenciadas até recentemente pelo Ministério da Saúde, poderão ser recuperadas por processos inovadores de gestão da atenção básica. A metodologia a ser adotada seria semelhante à usada pelo IBGE nas pesquisas censitárias. Isso facilitaria procedimentos posteriores de geoprocessamento dos dados, bem como a utilização de técnicas de análise espacial (NAJAR; MARQUES, 1998).

Diversas experiências têm sido acumuladas no Brasil com sistemas de informação geográfica (SIG) para a área de saúde (TASCA et al., 1993; 1995; KADT; TASCA, 1993; FERREIRA; AZEVEDO, 1998; RIPSA, 2000) e precisam ser utilizadas mais amplamente como ferramenta de gestão da atenção básica. Entretanto, o alto custo e complexidade tecnológica de alguns desses empreendimentos não devem inibir a análise da distribuição espacial dos eventos de interesse para a saúde. Desde os estudos clássicos do jovem Engels sobre a situação da classe trabalhadora em Londres no início do século XIX, podem ser constatadas as desigualdades em saúde e suas relações com as condições de vida (PAIM, 1995), mesmo sem a utilização do computador...

No que concerne a uma alternativa ao planejamento de agregados e normativo, a distritalização pode ser considerada uma tática de reorientação de sistemas de saúde que considera a heterogeneidade do espaço urbano e a diversidade da situação de saúde segundo as condições de vida das populações inseridas nos distintos territórios. Requer no seu desenho estratégico o teste de modelos de atenção, epidemiologicamente orientados com ênfase na atenção básica, a exemplo da oferta organizada, das ações programáticas e, especialmente, da vigilância da saúde. O distrito sanitário não se restringe, portanto, a uma concepção topográfica e burocrática (MENDES, 1996). Ao contrário, quando a distritalização é acompanhada de propostas alternativas de modelos de atenção, verificam-se novas perspectivas para a gestão da atenção básica.

No caso da vigilância da saúde, trata-se de uma proposta reconhecida como uma via de reorganização da atenção básica (BRASIL, 2000a), na medida em que orienta uma intervenção integral sobre distintos momentos do processo saúde-doença: os determinantes estruturais sócioambientais, riscos e danos (PAIM, 1999). Assim, contempla a promoção da saúde, a prevenção de doenças e outros agravos e a atenção curativa e reabilitadora.

A proposta de vigilância da saúde transcende à idéia de análise de situações de saúde (monitoramento e vigilância da situação de saúde por meio da "inteligência epidemiológica") ou a mera integração institucional das vigilâncias sanitária e epidemiológica. Ao contrário, apoia-se na ação intersetorial sobre o território e privilegia a intervenção, sob a forma de operações, nos problemas de saúde que requerem atenção e acompanhamento contínuos. A sua operacionalização se realiza mediante a microlocalização dos problemas de saúde, a apropriação de informações sobre território-processo por intermédio de "oficinas de territorialização" e utilização da Geografia Crítica e do planejamento e programação local de saúde (TEIXEIRA et al., 1998).

Se a perspectiva da gestão corresponde à da vigilância da saúde e não à primazia da assistência médica-hospitalar, pouco importaria se as pessoas com melhores condições

de vida informassem que não pretendem "usar" o SUS[9] . Na realidade, elas poderão utilizar o SUS na urgência/emergência, nos procedimentos de alta complexidade, ou mesmo no atendimento domiciliar para idosos, pacientes com transtornos mentais e doenças crônicas. E ainda que não utilizem tais serviços, estarão sujeitas a surtos e epidemias a exigir ação coletiva (que também é SUS), bem como a ações de proteção a riscos, prevenção de danos e de promoção da saúde.

No caso da proposta referente às cidades saudáveis, contempla uma gestão governamental, que "inclui a promoção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações 'comunitárias' no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades onde se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais" (TEIXEIRA, 2002, p. 90-91).

Essa proposta, apoiada pela OMS a partir da década de 1980, vem sendo reconhecida como geradora de políticas públicas saudáveis com impacto positivo sobre a qualidade de vida nas cidades (FERRAZ, 1993). Alguns setores do Ministério da Saúde vêm estimulando o desenvolvimento da Promoção da Saúde e apoiando a estratégia do Município Saudável (RADIS, 2000; BRASIL, 2002a)[10] . De acordo com o Ministério, "um município começa a se tornar saudável quando suas organizações locais e seus cidadãos adquirem o compromisso e iniciam o processo de melhorar continuamente as condições de saúde e bem-estar de todos os seus habitantes" (BRASIL, 1999, p. 1)[11] .

O movimento das cidades saudáveis pode potencializar a ampliação progressiva do PSF.[12] Assim, o cadastro amplo, sugerido no início deste tópico, deveria distinguir os segmentos da população totalmente usuários do SUS e aqueles apenas parcialmente usuários, qualificando os vários graus e níveis. O PSF seria mantido como a estratégia fundamental para tal proposição face a sua compatibilidade com a vigilância da saúde e com a proposta das cidades saudáveis. No entanto, deveriam ser cogitadas algumas

9 O atual Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Jorge Solla, lembrou que "o senso comum diz que o usuário do SUS está na população de baixa condição sócio-ecnonômica, enquanto sabemos que, hoje, o SUS é utilizado por toda a população. O que difere é o quanto você precisa utilizar e o que você precisa utilizar" (Radis, 2003:31).

10 Entre as principais características desses municípios destacam-se: iniciativa local com forte compromisso político; mobilização e participação comunitária; estrutura organizada e ações intersetoriais; diagnóstico de problemas e necessidades; liderança local reconhecida.

11 Essa estratégia teria as vantagens de apoiar processos de descentralização, fortalecer a participação social e o processo democrático, influir nas políticas públicas locais, incorporar a promoção da saúde na agenda de desenvolvimento local e de coadjuvar com a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 1999).

12 O Secretário de Atenção à Saúde informou, recentemente, o propósito da expansão e qualificação da atenção básica, com investimentos apoiados pelo Banco Mundial para os próximos cinco anos e meio. No que se refere ao PSF, a meta é implantar mais 4000 equipes em 2003 (Saúde, Brasil, 2003) e dobrar a população coberta em quatro anos (100 milhões de pessoas). Assim, pretende "requalificar a Atenção Básica, criando condições de maior resolutividade para o PSF, articulando o acesso de pacientes que precisarem da Atenção Especializada, melhorando e investindo em ações de qualificação de recursos humanos visando superar a precarização do trabalho na área da Saúde" (RADIS, 2003:29).

alternativas para os "sem família", ou seja, os moradores de rua, crianças e adolescentes em situação de risco e até mesmo certos grupos de residentes em áreas sob o domínio do narcotráfico e demais organizações criminosas. Nesses casos, os procedimentos utilizados pelo PSF e pela vigilância da saúde teriam de ajustar-se, com criatividade e respeito à cidadania, às especificidades de cada contexto.

Num segundo momento, poder-se-iam cruzar informações do cadastro para o Cartão SUS com as obtidas pelo IBGE nas pesquisas da assistência médica e sanitária e PNAD–saúde no sentido de dimensionar necessidades, cobertura e utilização da ABS por diferentes segmentos sociais, considerando as variáveis renda, educação e ocupação. Finalmente, seriam utilizados os dados produzidos pelo cadastro e pelo SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), adotados pelo PACS/PSF (decorrentes da sua ampliação ou quase universalização), na perspectiva da distritalização e da vigilância da saúde.

Já que o SIAB e as equipes de saúde da família não cobrem toda a população, poderiam ser adotados certos parâmetros utilizados no aplicativo da PPI[13] (SAMPAIO, 2003) e modificados, progressivamente, considerando a experiência de implantação do SUS e do próprio SIAB. Esse procedimento poderia, mediante aproximações sucessivas, calcular os investimentos necessários à ampliação da oferta da atenção básica, estimando as possibilidades de uso dos serviços da SAMS e da medicina liberal por certos segmentos da população.[14]

As informações obtidas por tais mecanismos orientariam a implantação de novas equipes de saúde da família (ESF), a instalação de unidades de saúde da família (USF), de ambulatórios e de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico que assegurem a atenção básica ampliada (ABA). Daí a relevância do PSF: enquanto se montam serviços estruturados, podem ser criadas equipes de saúde da família (ESF) voltadas para necessidades e demandas. A partir delas seriam estruturados serviços com outras lógicas, inclusive da oferta pública da atenção

13 A partir de maio de 2001 a primeira versão eletrônica de um instrumento de programação elaborado pelo Ministério da Saúde foi colocada à disposição dos estados para subsidiar a elaboração da PPI juntamente com os municípios. "Este instrumento buscou relacionar e explicitar compromissos que iam desde a agenda nacional e agendas estaduais e municipais de saúde, o pacto da atenção básica, até a programação das ações propriamente ditas e relatórios de cunho gerencial. A programação iniciava-se pela atenção básica, seguindo para média e alta complexidade, programação hospitalar, do tratamento fora do domicílio – TFD, das órteses e próteses, enfim de todos os grupos que compõem as ações financiadas pelo SUS nos três níveis de governo (SAMPAIO, 2003, p. 11-12).

14 Uma das desvantagens atuais desse aplicativo da PPI reside no planejamento de agregados e normativo. Assim, o objeto de programação é a população do município e não os residentes de unidades menores como regiões administrativas, distritos sanitários ou bairros, tal como trabalha o planejamento e programação local da vigilância a saúde. No entanto, ao nível local este aplicativo poderia ser complementado com os instrumentos elaborados por Silva (2002). Nesse estudo, a autora indica os avanços alcançados pelo PSF, no que se refere à realização de atividades voltadas para o controle de riscos e de danos, porém com insuficiência das ações de controle das causas. Os 6 instrumentos elaborados servem ao planejamento e gestão do trabalho em Saúde da Família e, especialmente, para a supervisão das equipes e dos agentes das práticas de saúde. Mesmo reconhecendo a pertinência de considerar o trabalho vivo em ato e, portanto, as tecnologias leves como propõe Merhy (1997), que permitiriam a criatividade e a adequação às singularidades do real, não creio ser dispensável certo grau de padronização de condutas técnicas tendo em vista a meta de mais de 30.000 equipes de saúde da família no Brasil. Consequentemente, as atividades relacionadas nos 6 instrumentos poderiam representar um embrião para o estabelecimento de normas técnicas para o trabalho das equipes e, como tal, balizamentos para a formação das equipes e para a educação permanente dos seus agentes. Nessa perspectiva, as universidades e serviços de saúde que integram os Polos de Capacitação em Saúde da Família teriam muito o que contribuir para o salto de qualidade que requer o PSF tendo em conta a sua expansão no Sistema Único de Saúde.

especializada. Esses elementos deveriam, necessariamente, compor o plano diretor de investimentos, articulado ao plano municipal de saúde, tendo em conta as experiências do orçamento participativo (OP).

Se o acesso e a cobertura representam variáveis importantes para a ABS, torna-se imprescindível desagregar o máximo possível a produção de dados e informações no espaço urbano. Assim, a espacialização dessas informações entre distritos sanitários, bairros, zonas de informação, setores censitários e logradouros é fundamental para analisar a situação de saúde segundo as condições de vida da população e, sobretudo, para planejar a melhoria do acesso à ABS na malha urbana, considerando os fixos e os fluxos (SANTOS, 1997), tais como unidades de saúde, acesso físico, vias de transportes etc. Portanto, a ênfase no planejamento e na programação local em saúde (TEIXEIRA, 1993) corresponde a uma via para o alcance de maior racionalização na oferta da ABS e, conseqüentemente, em uma utilização mais razoável dos níveis secundário e terciário da atenção[15] . A experiência de Vitória da Conquista (BA) demonstra como a gestão da atenção básica, apoiada na distritalização, vigilância da saúde e saúde da família, pode reorganizar o sistema de saúde e assegurar o atendimento nos níveis secundário e terciário, incluindo central de marcação de consultas e procedimentos especializados com terminais funcionando em rede (BRIGHAM; RODRIGUES, 2000; GOULART, 2002).

Finalmente, cabe enfrentar a questão da segmentação do sistema de saúde brasileiro. tendo em vista o preceito constitucional segundo o qual a saúde é livre à iniciativa privada e, também, as restrições financeiras impostas à expansão do setor público de saúde.

Seria útil refletir, do ponto de vista jurídico, sobre as possibilidades de regulação da ABS do setor privado mediante regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (CONASEMS, 1990) e da Lei 5536/98 (BRASIL, 2002c), seja por decreto presidencial ou portaria ministerial. Em caso positivo, seria estimulada a elaboração de projetos de lei nos níveis estadual e municipal sobre a matéria, além de pactuar novas normas, portarias e decretos a serem estabelecidos pelo nível federal que pudessem respaldar tais iniciativas. No que diz respeito ao desenho estratégico, essa regulamentação poderia ser realizada por etapas, iniciando com a ABS e concomitante à expansão do PSF nos centros urbanos. Em caso negativo, caberia elaborar projeto de lei no sentido de regular o mercado nessas modalidades assistenciais não-SUS, assim como a oferta de serviços públicos de saúde (ABS, média e alta complexidade), inclusive no que diz respeito a importação, localização e instalação de equipamentos médico-hospitalares.

15 A partir do instrumento desenvolvido para a PPI foi possível proceder estimativas e simulações, com parâmetros flexíveis para o cálculo automático das ações, inclusive de exames complementares para o cumprimento de protocolos de pré-natal, hipertensão e diabetes. Desse modo, torna-se possível calcular déficit de coberturas, além de programar diversas áreas. Na PPI/AB-2002 foram acrescidas às 12 telas existentes mais duas: saúde do trabalhador e outras atividades (promoção e vigilância à saúde). A partir do diagrama de vigilância da saúde (PAIM, 1999) foi observado em 2001 que 60% das ações eram destinadas ao "controle de danos", 38% ao "controle de riscos" e apenas 2% para o "controle de causas". Este em 2002, representou a mudança mais expressiva pois passou para 10% (SAMPAIO, 2003).

COMENTÁRIOS FINAIS

As proposições acima formuladas, no sentido de contribuir nos debates para superar o desprestígio da análise da situação de saúde, o viés do planejamento agregado e normativo, bem como a segmentação do sistema de saúde que incidem sobre a reprodução do apartheid sanitário brasileiro, requerem, além de análise crítica e fundamentação técnica, a mobilização de vontades para a construção da sua viabilidade.

A gestão da atenção básica, portanto, não está imune aos grandes desafios postos para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro. As dicotomias historicamente postas entre saúde pública e medicina, desde o século XIX, têm sido objeto de reflexão e de intervenção pelo campo da Saúde Coletiva no Brasil. E a chamada rede básica de serviços de saúde atraiu para si distintos projetos tecno-assitenciais que competiram na condução das políticas de saúde nas diferentes conjunturas da República: posições conservadoras, em que a assistência médica é vista sob a lógica do mercado em que a saúde pública é destinada aos necessitados ou excluídos, mediante campanhas, programas especiais e educação sanitária em postos e centros de saúde; posições reformadoras, que preservam a dicotomia assistência médica e saúde pública e apenas propõem uma rede básica como "porta de entrada" do sistema público de saúde; e as posições transformadoras, originárias do movimento sanitário e da 8ª CNS, ao postularem que a "a rede básica teria de ser não só a porta de entrada de um sistema de saúde, mas o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo em que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido das práticas" (MERHY, 1997, p. 224).

A Constituição de 1988, ao reconhecer a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, eleva-a como expressão da qualidade de vida. Desse modo, ou a questão saúde configura-se como questão de Estado e não apenas de governo, ou haverá grandes obstáculos para a superação dos seus impasses. Essas reflexões apontam para a tese segundo a qual a questão da saúde no Brasil não pode ser enfrentada exclusivamente por políticas setoriais. Enquanto qualidade de vida, a saúde deve mobilizar todas as pessoas, individualmente, e a sociedade, organizada ou não.

Na medida em que a atenção básica de saúde (ABS) não fique confinada aos antigos "pobres da cidade" (MONTANO, 1983) nem à gente pobre criada pelas grandes cidades junto ao desmantelamento do estado de bem-estar (SANTOS; SILVEIRA, 2001, p. 287), a gestão da ABS terá de interagir com todo o sistema de saúde e com arranjos intersetoriais para garantir efetividade, qualidade, eqüidade e integralidade das intervenções. Nesse

sentido, alguns autores têm mostrado a necessidade de "novas missões e papéis para essa rede básica, que se traduzem pela construção de um modelo de atenção que permita, junto ao conjunto dos usuários, realizar práticas que acolham, vinculem e resolvam, no sentido de promover e proteger a saúde, no plano coletivo" (MERHY, 1997, p. 198).

Algumas das reflexões e proposições esboçadas nos tópicos anteriores tiveram a preocupação de examinar certas vias para o cumprimento dessas "novas missões" da gestão básica, embora sem a pretensão de apresentá-las como uma norma dura capaz de ser adotada em todas as situações. Ao contrário, o recurso ao enfoque estratégico-situacional no planejamento participativo das ações de saúde, locais e intersetoriais, para a promoção da saúde e qualidade de vida, talvez seja um dos caminhos a explorar (TEIXEIRA; PAIM, 2000). Nessa perspectiva, a produção de conhecimentos e a cooperação técnica em políticas públicas, planificação e gestão podem fazer diferença no processo de formulação e de implementação de políticas de saúde e de mudança das práticas sanitárias em conjunturas que contem com governos democráticos, efetivamente comprometidos com a transformação social.

NOTAS

1 O atual Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, Dr. Jorge Solla, lembrou que "o senso comum diz que o usuário do SUS está na população de baixa condição sócioecnonômica, enquanto sabemos que, hoje, o SUS é utilizado por toda a população. O que difere é o quanto você precisa utilizar e o que você precisa utilizar" (Radis, 2003:31).

2 Entre as principais características desses municípios, destacam-se: iniciativa local com forte compromisso político; mobilização e participação comunitária; estrutura organizada e ações intersetoriais; diagnóstico de problemas e necessidades; liderança local reconhecida.

3 Essa estratégia teria as vantagens de apoiar processos de descentralização, fortalecer a participação social e o processo democrático, influir nas políticas públicas locais, incorporar a promoção da saúde na agenda de desenvolvimento local e de coadjuvar com a reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 1999).

4 O Secretário de Atenção à Saúde informou, recentemente, o propósito da expansão e qualificação da atenção básica, com investimentos apoiados pelo Banco Mundial para os próximos cinco anos e meio. No que se refere ao PSF, a meta é implantar mais 4.000 equipes em 2003 (Saúde, Brasil, 2003) e dobrar a população coberta em quatro anos (100 milhões de pessoas). Assim, pretende "requalificar a Atenção

Básica, criando condições de maior resolutividade para o PSF, articulando o acesso de pacientes que precisarem da Atenção Especializada, melhorando e investindo em ações de qualificação de recursos humanos, visando a superar a precarização do trabalho na área da Saúde" (RADIS, 2003:29).

5 A partir de maio de 2001, a primeira versão eletrônica de um instrumento de programação elaborado pelo Ministério da Saúde foi colocada à disposição dos estados para subsidiar a elaboração da PPI juntamente com os municípios. "Esse instrumento buscou relacionar e explicitar compromissos que iam desde a agenda nacional e agendas estaduais e municipais de saúde, o pacto da atenção básica, até a programação das ações propriamente ditas e relatórios de cunho gerencial. A programação iniciava-se pela atenção básica, seguindo para média e alta complexidade, programação hospitalar, do tratamento fora do domicílio – TFD, das órteses e próteses, enfim de todos os grupos que compõem as ações financiadas pelo SUS nos três níveis de governo (SAMPAIO, 2003, p. 11-12).

6 Uma das desvantagens atuais desse aplicativo da PPI reside no planejamento de agregados e normativo. Assim, o objeto de programação é a população do município e não os residentes de unidades menores, como regiões administrativas, distritos sanitários ou bairros, tal como trabalha o planejamento e a programação local da vigilância à saúde. No entanto, ao nível local, esse aplicativo poderia ser complementado com os instrumentos elaborados por Silva (2002). Nesse estudo, a autora indica os avanços alcançados pelo PSF, no que se refere à realização de atividades voltadas para o controle de riscos e de danos, porém com insuficiência das ações de controle das causas. Os 6 instrumentos elaborados servem ao planejamento e à gestão do trabalho em Saúde da Família e, especialmente, à supervisão das equipes e dos agentes das práticas de saúde. Mesmo reconhecendo a pertinência de considerar o trabalho vivo em ato e, portanto, as tecnologias leves, como propõe Merhy (1997), que permitiriam a criatividade e a adequação às singularidades do real, não creio ser dispensável certo grau de padronização de condutas técnicas, tendo em vista a meta de mais de 30.000 equipes de saúde da família no Brasil. Conseqüentemente, as atividades relacionadas nos 6 instrumentos poderiam representar um embrião para o estabelecimento de normas técnicas para o trabalho das equipes e, como tal, balizamentos para a formação das equipes e para a educação permanente dos seus agentes. Nessa perspectiva, as universidades e os serviços de saúde que integram os Pólos de Capacitação em Saúde da Família teriam muito o que contribuir para o salto de qualidade que requer o PSF, tendo em conta a sua expansão no Sistema Único de Saúde.

7 A partir do instrumento desenvolvido para a PPI, foi possível proceder estimativas e simulações, com parâmetros flexíveis para o cálculo automático das ações, inclusive de exames complementares para o cumprimento de protocolos de pré-natal, hipertensão e diabetes. Desse modo, torna-se possível calcular déficit de coberturas, além de programar diversas áreas. Na PPI/AB–2002, foram acrescidas às 12 telas existentes mais duas: saúde do trabalhador e outras atividades (promoção e vigilância à saúde). A partir do diagrama de vigilância da saúde (PAIM, 1999), foi observado em 2001 que 60% das ações eram destinadas ao "controle de danos", 38% ao "controle de riscos" e apenas 2% ao "controle de causas". Este, em 2002, representou a mudança mais expressiva, pois passou para 10% (SAMPAIO, 2003).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, C. M. de. "Os atalhos da mudança na saúde do Brasil: serviços em nível local: 9 estudos de caso: uma análise comparativa". Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 1989. 119p. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n.10).

2. BAHIA. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. Plano estadual de saúde (1988-1991). Salvador: SESAB/Assessoria de Planejamento; 1987. 106p.

3. BODSTEIN, R. (org.) "Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas". Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1993. 136p.

4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica SUS – 01/1993. Inf. Epid. SUS Jul 1993; 49-73; Número Especial, 1993a.

5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de agentes comunitários de saúde. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1993b.

6. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação Qualitativa do PACS. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994a.

7. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PACS. Normas e Diretrizes. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994b.

8. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do SUS – NOB-SUS 01/96. DOU 1996 Set 2(70):17064-17071.

9. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1997, o ano da saúde do Brasil: ações e metas prioritárias. Brasília, 1997. 16p.

10. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1998a. 369p.

11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, 1998b. 39p.

12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programas e projetos: promoção da saúde e município saudável. Brasília, 1999. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 20 set. 1999.

13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SPS/DAB/CGPLAN. Termo de Referência da Oficina de Avaliação da Atenção Básica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, 2000, Salvador, Bahia. Anais. Salvador, 2000a. 35p. Anexos I e II.

14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família – PSF. Brasília, 2000b. 65p.

15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Guia prático do programa de Saúde da Família. Brasília, 2001a. 128p.

16. BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: _____. Promoção da Saúde: Declaração de Alma Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaises, Declaração do México. Brasília: MS/Projeto Promoção da Saúde; 2001b. p.15-17.

17. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso. NOAS – SUS 01/01. Brasília, 2001c. 114p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

18. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria No. 393 de 29 de março de 2001. DOU 2001 Mar 30(63):2001d

19. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. Política Nacional de Promoção de Saúde: documento de discussão. Brasília, 2002a. 43p.

20. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso. NOAS – SUS 01/02. 2 ed. Brasília, 2002b. 107p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

21. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar. Rio de Janeiro, 2002c. 264p.

22. BRIGHAM, C; RODRIGUES, A. "Vitória da Conquista: a estratégia está no nome". Rev. Bras. de Saúde da Fam., [S.l.], v. 1, n. 2, p. 12-19, 2000.

23. CAPISTRANO FILHO, D. "Da saúde e das cidades". São Paulo: Hucitec; 1995. 155p

24. CARDOSO DE ARAÚJO, E. "A referência e contra-referência e a reorganização dos serviços: da atenção primária a um novo modelo de cuidado à saúde". 210 f. 1988. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1988.

25. CARVALHO, M. R. de. Modelos assistenciais de unidades básicas e o conceito de integralidade. In: BODSTEIN, R. (org.) Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.117-136.

26. CECÍLIO, L. C. de O (org.) "Inventando a mudança na saúde". São Paulo: Hucitec, 1994. 334p.

27. CONASEMS. Sistema Único de Saúde: Constituição Federal – Seção II; Lei Orgânica da Saúde No. 8080; Lei 8142; Decreto No. 99.438; Carta de Fortaleza. Porto Alegre, 1990. 28p. (Publicações Técnicas, 2).

28. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. 280p.

29. FERRAZ, S. T. "A pertinência da adoção da filosofia de cidades saudáveis no Brasil". Saúde em Debate, [S.l.], n. 41, p. 45-49, dez 1993.

30. FERREIRA, S. M. G.; AZEVEDO, P. C. V. de. "Sistema de Informação para Tomada de Decisões em Saúde – SINTOMAS. Sistema de Informação Geográfico para Sistemas Locais de Saúde". In: MENDES, E. V. "A organização da saúde no nível local". São Paulo: Hucitec, 1998. p.133-153.

31. GALLO, E. (org). "Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade". São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995. 154p.

32. GOULART, F. A. de A. "Experiências em Saúde da família: cada caso é um caso?" 387f. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2002.

33. HEIMANN, L. S. et al. "O município e a saúde". São Paulo: Hucitec, 1992. 200p.

34. KADT, E. de; TASCA, R. "Promovendo a eqüidade: um novo enfoque com base no setor da saúde". São Paulo: Hucitec: Cooperação Italiana em Saúde, 1993. p. 69-91.

35. KNOX, E. G. "La epidemiologia en la planificación de la atención a la salud". Mexico: Siglo XXI, 1981. p. 23-51.

36. MAHLER, H. Discurso de Halfdan T. Mahler, Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7, 1980, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. p. 11-14.

37. MENDES, E. V. "Importancia de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud". In: PAGANINI, J. M.; CAPOTE, M. I. R. R. "Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiências". Washington D.C.: OPS, 1990. p.21-27. (Publicación Científica, 519).

38. MENDES, E. V. "Uma agenda para a saúde". São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

39. MENDES, E. V. "A organização da saúde no nível local". São Paulo: Hucitec, 1998. 359p.

40. MERHY, E. E. "A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas". In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. "Agir em saúde: um desafio para o público". São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.197-228.

41. MERHY, E. E.; ONOCKO R. "Agir em saúde: um desafio para o público". São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 385p.

42. MONTANO, J. "Los pobres de la ciudad en los asentamientos espontáneos: poder y política". 4 ed. México: [S.n.], 1983. 224p.

43. NAJAR, A. L.; MARQUES, E. C. (org.). "Saúde e Espaço: estudos metodológicos e técnicas de análise". Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 276p.

44. NORONHA, C. V. et al. "Mapa de Risco da Violência: cidade de Salvador". CEDEC: São Paulo, 1997.

45. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la administración estrategica. Washington, D.C.; 1992. 159p.

46. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformacion de los sistemas nacionales de salud. In: PAGANINI, J. M.; CAPOTE MIR, R. "Los sistemas locales de salud: conceptos, métodos, experiencias". Washington, D.C.: OPS; 1990. p. 5-20. (Publicación Científica, 519).

47. PAIM, J. S. "Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação". In: BARATA, R. B. (org.). "Condições de vida e situação de saúde". Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 7-30.

48. PAIM, J. S. "A reforma sanitária e os modelos assistenciais". In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (Orgs.). "Epidemiologia & saúde". 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 473-87.

49. PAIM, J. S. "A Epidemiologia e a superação de desigualdades em saúde". Acta Paul Enf, [S.l.], v. 13, n. 2943, 2000. (Número Especial).

50. PAIM, J. S. "Saúde, política e reforma sanitária". Salvador: CEPS-ISC, 2002. 446p.

51. PAIM, J. S. et al. "Distribuição espacial da violência: mortalidade por causas externas em Salvador (Bahia), Brasil". Rev. Panamericana de Salud Pública/ Pan Am J Public Health Washington, v. 6, n. 5, p. 321-332, nov 1999.

52. CIDADES Saudáveis. Radis Temas, [S.l.], n. 19, p. 30, mai 2000.

53. RADIS. Radis Entrevista: Jorge Solla. Radis Comunicação em Saúde 2003 Abr (8):29-31.

54. RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde). Conceitos básicos de Sistemas de Informação Geográfica e Cartografia aplicada à saúde. Brasília: Organização Panamericana da Saúde/Ministério da Saúde; 2000. 124p.

55. RIVERA, F. J. U. "Agir comunicativo e planejamento social: uma crítica ao enfoque estratégico". Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995. 253p.

56. SAMPAIO, L. F. R. "Integralidade da atenção à saúde: análise crítica da programação da atenção básica: PPI/AB, 2001/2002. 2002". Dissertação (Mestrado) – ISC/UFBA. Salvador, 2003.

57. SANTOS, M. "A urbanização brasileira". São Paulo: Hucitec, 1993. 157p.

58. SANTOS, M. "Por uma economia política da cidade". São Paulo: Hucitec, 1994. p. 115-145.

59. SANTOS, M. "A natureza do espaço: técnica e tempo, razão emoção". 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 15-88.

60. SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. "O Brasil: território e sociedade no início do século XXI". Rio de Janeiro: Record, 2001. 471p.

61. Saúde, Brasil. Medidas reforçam atenção básica. Saúde, Brasil 2003 (84):4-5.

62. SCALDAFERRI, M. C. "O profissional faz acontecer: Comprometimento no trabalho: Avaliando uma dimensão do Programa de Saúde da Família". 133f. 2000. Dissertação (Mestrado) – ISC/UFBA. Salvador, 2000.

63. SILVA, A da P. "A prática da equipe do Programa de Saúde da Família". 100f. 2002. Dissertação (Mestrado) – ISC/UFBA. Salvador, 2002.

64. SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. "Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais". Rev. Saúde Pública [S.l.], v. 33, n.2, p. 187-97, 1999.

65. SILVA JR, A. G. da. "Modelos tecnoassistenciais em saúde: O debate no campo da Saúde Coletiva". São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.

66. SCHRAIBER, L. B. (org.). "Programação em saúde, hoje". HUCITEC: São Paulo, 1990. 226p.

67. SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. "Necessidade de saúde e atenção primária". In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) "Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica". São Paulo: Hucitec, 1996. 290p.

68. SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. C. (org.) "Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica". São Paulo: Hucitec, 1996. 290p.

69. STARFIELD, B. "Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia". Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 725p.

70. TASCA, R.; GREGO, C.; VILLAROSA, F. N. di. "Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários". In: MENDES, E. V.(org.) "Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde". São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 267-310.

71. TASCA, R.; GREGO, C.; VILLAROSA, F. N. di. "A construção de um sistema de informação territorializado nos distritos de saúde de Campo Limpo e de Itaquera, SP". In: TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. "Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo". São Paulo: Hucitec, Salvador: Cooperação Italiana em Saúde, 1995. p. 45-68.

72. TEIXEIRA, C. F. "Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização". In: MENDES, E. V. (org.) "Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde". São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 237-265.

73. TEIXEIRA, C. F.; MELO, C. "Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação italiana no município de São Paulo". São Paulo-Salvador: Hucitec-Cooperação Italiana em Saúde; 1995. 107p.

74. TEIXEIRA, C. F. "Promoção e vigilância da saúde". Salvador: CEPS-ISC, 2002. 128p.

75. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. "SUS, modelos assistenciais e vigilância da Saúde". Inf Epidem SUS, [Brasília], v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

76. TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. "Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida". RAP, [S.l.], v. 34, n. 6, p. 63-80, 2000.

77. TEJADA DE RIVERO, D. "Salud pública y atención primária de salud: una evaluación crítica". In: ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE LA SALUD. "La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate". Washington, D. C., 1992. p. 173-183. (Publicación Científica, 540).

78. TESTA, M. "Pensar em saúde". Porto Alegre: Artes médicas: ABRASCO, 1992. 226p.

79. VELLOZO, V. R. O.; SOUZA, R. G. de. "Acesso e hierarquização: um caminho (re)construído". In: BODSTEIN, R. (org.) "Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas". Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.97-115.

VILASBOAS, A. L. "Vigilância à saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima". 114f. 1998. Dissertação (Mestrado) – ISC/UFBA. Salvador, 1998.

DESAFIOS DAS AÇÕES REGIONALIZADAS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REDE URBANA BRASILEIRA

José Marcos Pinto da Cunha

Prof. Dr. do Núcleo de Estudos da População – NEPO/UNICAMP

Aurea M. Q. Davanzo

Pesquisadora do Núcleo de Economia Social Urbana e Regional do Instituto de Economia – NESUR/UNICAMP

Rovena M. C. Negreiros

Pesquisadora do Núcleo de Economia Social Urbana e Regional do Instituto de Economia – NESUR/UNICAMP

RESUMO

O texto identifica desafios que se colocam à estratégia de regionalização e hierarquização das ações de saúde no Brasil, derivando-os de conclusões sobre a dinâmica e as principais características da rede urbana brasileira, bem como da análise de dados específicos da área de saúde. Parte da premissa de que as propostas de regionalização devem levar em conta fatores estruturais, que definem dinâmicas sócioeconômicas regionais, e que condicionam os processos de articulação funcional e de fluxos de bens e serviços entre centros urbanos.

Utilizando metodologia baseada na identificação de fluxos de pessoas em função da busca por assistência hospitalar e lançando mão de uma fonte de dados secundária, as AIHs (Autorizações de Internações Hospitalares), em que consta a informação da residência do paciente e da ocorrência dos atendimentos hospitalares, são identificados Aglomerados de Saúde para cada uma das Unidades da Federação.

O texto expõe as idéias centrais e a metodologia que nortearam a configuração desses Aglomerados, estudo que foi feito em conjunto pelo NEPO – Núcleo de Estudos da População e NESUR – Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional, ambos da UNICAMP, no âmbito de projeto de pesquisa, Organização e Hierarquização das Ações de Saúde, contratado pelo Ministério da Saúde.

DESCRITORES: regionalização; aglomeração urbana.

1. NOTAS INTRODUTÓRIAS

Este texto procura identificar alguns dos desafios que se colocam à estratégia de regionalização e hierarquização das ações de atendimento à saúde no Brasil, que vem sendo implementada pelo Ministério da Saúde, derivando-os de conclusões de um estudo sobre a dinâmica e as principais características da rede urbana brasileira, bem como da análise de dados específicos da área de saúde. Parte-se também da premissa de que as propostas de regionalização, quaisquer que sejam os campos de atuação pública a que as mesmas se refiram, devem levar em conta fatores estruturais que definem dinâmicas sócioeconômicas regionais e que condicionam os processos de articulação funcional e de fluxos de bens e serviços entre centros urbanos.

A aprovação da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS/01/2001 desencadeou nos Estados o processo de elaboração e institucionalização dos Planos Diretores de Regionalização – PDRs –, definidos como instrumentos de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal. Tais planos estão situados no âmbito de consolidação e aprimoramento do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde – SUS, visando à adequada organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atendimento à saúde no país.

A NOAS prevê que as propostas de regionalização incorporem a indicação de espaços/recortes espaciais, configurados pela delimitação de conjuntos de municípios, com uma hierarquia funcional estabelecida a partir da capacidade de ofertar tipos de ações e serviços, vinculados a um conjunto de responsabilidades mínimas indicados pela norma. Seu intuito é organizar, dentro desses espaços/recortes espaciais, as ações de saúde e a oferta de serviços, de forma a racionalizar o atendimento, garantindo que a população possa ter acesso aos procedimentos necessários, em qualquer nível de atenção à saúde, no município de residência ou fora dele, mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores, para o atendimento de referências intermunicipais[1] .

Essas disposições têm em vista o equacionamento de problemas advindos da descentralização do SUS que são resultantes da ênfase na municipalização. Tais problemas referem-se principalmente à ausência de articulação de um projeto regional de intervenção que, ao respeitar as características próprias do processo de trabalho em saúde, bem como as restrições colocadas pela pequena dimensão e pela precária capacidade de intervenção da maioria dos municípios brasileiros, possa promover a adequada definição

1 De acordo com o que prevê a NOAS – SUS 2001, nos PDRs, os Estados devem definir as bases territoriais para a descentralização e organização do atendimento à saúde, delimitando: Regiões e Microregiões de Saúde, Módulos Assistenciais, Municípios-Sede de Módulos Assistenciais, Municípios-Pólo e Unidades Territoriais de Qualificação na Assistência à Saúde. (NOAS – SUS 2001, Capítulo I).

e implementação de sistemas regionalizados de atenção à saúde, fundados na eqüidade e na resolutividade. Para issso, o planejamento e a operacionalização da assistência à saúde, além dos elementos específicos do setor, devem incorporar variáveis e aspectos que dizem respeito às características da dinâmica sócioeconômica e urbana regional. Como se sabe, tais características, que extrapolam o campo da saúde, têm impacto estrutural na organização regionalizada do território e, por isso mesmo, devem ser consideradas nas decisões políticas relativas ao processo de descentralização da assistência e da gestão do SUS.

É esse o contexto em que se insere a pesquisa desenvolvida pela UNICAMP, por solicitação do Ministério da Saúde, cujos resultados são apresentados neste texto. Os resultados ora apresentados tiveram como base teórica a noção de centralidade e áreas de influência, além de um amplo estudo realizado pelo IPEA em parceria com o NESUR – Núcleo de Economia Social Urbana e Regional, do Instituto de Economia da UNICAMP, e pelo DGEO – Departamento de Geografia, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, referente à identificação e tendências da rede urbana do Brasil.

Partindo-se de uma metodologia relativamente simples baseada na identificação de fluxos de pessoas em função da busca por assistência médica – mais especificamente assistência hospitalar – e lançando mão de uma fonte secundária, as AIHs (autorizações de internações hospitalares), nas quais constam residência do paciente e ocorrência dos atendimentos hospitalares, foi possível identificar, para cada Unidade da Federação, o que se convencionou chamar de Aglomerados de Saúde.

O presente documento apresenta, de maneira sucinta, as idéias centrais e metodologia que nortearam a configuração desses Aglomerados, estudo que foi feito em conjunto pelo NEPO – Núcleo de Estudos da População e NESUR – Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional, ambos da UNICAMP, no âmbito de projeto de pesquisa, Organização e Hierarquização das Ações de Saúde, contratado pelo Ministério da Saúde.

2. ALGUNS ANTECEDENTES

A existência das aglomerações urbanas brasileiras vem problematizando, sobremodo, a otimização dos recursos repassados pelo SUS, especialmente em função da complexidade das relações e dos fluxos que se estabelecem entre o núcleo e os demais municípios que integram essas áreas. Nas aglomerações urbanas, dadas as especificidades que definem essa integração dos espaços componentes, a descentralização dos recursos e equipamentos de saúde pode não se configurar como a solução mais adequada, já que a mesma não se traduz, necessariamente, como se planeja, em maior eficiência da alocação de recursos, por

parte do governo federal, e nem mesmo em maior eficácia e produtividade da gestão local.

A isso se agrega o fato de que a questão da ausência estrutural de eqüidade na distribuição dos recursos nas grandes metrópoles e em suas áreas de influência tampouco foi resolvida, materializando-se, sobretudo, na forma de desigualdades centro-periferia nas áreas que constituem as aglomerações urbanas do país

Com efeito, nesses estratos mais complexos da rede urbana do Brasil, verifica-se que a concentração espacial dos recursos de saúde em geral privilegia as cidades-pólo, configurando um grave problema a ser resolvido, sobretudo porque os hospitais existentes nessas áreas são, via de regra, indevidamente sobrecarregados, na medida em que não existe uma rede secundária de suporte nos municípios da periferia, rede essa que possa evitar, ou pelo menos minorar, o fluxo de população demandante de pronto-atendimento da periferia para o núcleo.

Por outro lado, remarca-se, ainda, que os estados, por sua vez, também vêm deixando de assumir o papel estratégico de planejamento e coordenação das redes regionais de saúde, atribuição que, de resto, extrapola a capacidade técnica e administrativa de ação das prefeituras municipais, o que problematiza a adequada distribuição dos equipamentos e recursos destinados ao atendimento de saúde.

Dessa forma, em função desses problemas, multiplicam-se os exemplos de municipalização da saúde mal sucedidos, em várias aglomerações urbanas do Brasil.

Fica claro, assim, que não basta repassar recursos e/ou serviços às Prefeituras Municipais, impondo-se a necessidade inadiável de estabelecer parâmetros e orientações básicas de organização e hierarquização regionalizada dos serviços de saúde, particularmente aqueles destinados a áreas cujos limites extrapolam as fronteiras municipais, encarando-se esse tipo de procedimento como parte imprescindível do planejamento da destinação e alocação dos recursos de saúde, especialmente nas aglomerações urbanas do país.

Tendo em vista a importância dos fluxos de bens e serviços na definição das formas de articulação entre população e espaço e o papel da descentralização do sistema de saúde como interveniente nessa relação, como etapa prévia para a realização deste estudo, considerou-se adequado que o ponto de partida da definição de uma rede hierarquizada de saúde fosse um diagnóstico atualizado das características da rede de cidades do Brasil. Nesse sentido, este trabalho beneficiou-se diretamente de estudo disponível sobre essa questão, Caracterização e tendências da rede urbana do Brasil, coordenado pelo IPEA e desenvolvido em parceria pelo NESUR – Núcleo de Economia Social Urbana e Regional, do Instituto de Economia da UNICAMP, e pelo DGEO – Departamento

de Geografia, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Uma primeira observação a ser feita diz respeito às mudanças experimentadas pelo processo de urbanização brasileiro. Nas décadas de 1980 e 1990, o processo de urbanização no Brasil experimentou um conjunto de transformações fortemente articuladas às grandes mudanças espaciais da atividade econômica. A trajetória de desconcentração econômica ocorrida no Brasil, a partir de meados da década de 1970, aumentou a heterogeneidade econômica e social no desenvolvimento das regiões e cidades brasileiras, além de ter estruturado algumas características novas que definem o processo de urbanização, bem como o desenho do sistema de cidades: crescimento populacional mais elevado das antigas periferias econômicas nacionais, provocando a intensificação do fenômeno da formação de aglomerações urbanas; padrões relativamente baixos de crescimento das regiões metropolitanas, e sobretudo de suas sedes; e um peso crescente do conjunto das cidades de porte médio.

Com exceção do Nordeste, onde o crescimento de algumas áreas metropolitanas ainda é elevado – e onde as capitais estaduais estão entre as cidades que apresentam maior crescimento –, pode-se dizer que as cidades brasileiras de porte médio passaram a apresentar taxas de crescimento mais elevadas que as metrópoles. Com isso, o conjunto da rede urbana do País passou a ter um papel mais significativo do que o das grandes metrópoles nacionais, servindo como uma espécie de amortecedor dos movimentos migratórios, fato que reforçou a característica histórica de relativa desconcentração do sistema brasileiro de cidades, diferentemente do que ocorreu em outros países da América Latina. [2]

Uma outra evidência importante das transformações ocorridas é o fato de que o tipo de urbanização dominante nas principais cidades do País apresenta traços de regularidade que afetam o conjunto da rede urbana, conformando um padrão de crescimento definido pela baixa qualidade de vida urbana e pelo comprometimento da capacidade de desenvolvimento sustentável.

Assim sendo, não há como desconsiderar as evidências sobre esses fenômenos na definição e implementação de propostas de regionalização e hierarquização das ações de saúde. Assim, o projeto de pesquisa desenvolvido pela UNICAMP adotou a perspectiva de desenvolver uma metodologia que pudesse servir de instrumento da organização da atenção e da gestão em saúde, dimensionando e qualificando elementos que têm impactos sobre o processo de descentralização.[3]

2 Ver IPEA/UNICAMP.IE.NESUR/IBGE , 1999.

3 Sobre a metodologia adotada na pesquisa, consulte-se Identificação e Caracterização de Aglomerados de Saúde: notas metodológicas. Relatório I, Projeto de Pesquisa Organização e Hierarquização das Ações de Saúde, NESUR/NEPO/UNICAMP, abril de 2000.

Utilizando dados secundários e indicadores de diversas naturezas, foram elaborados diagnósticos circunstanciados para todas as Unidades da Federação, que utilizaram amplamente elementos relativos à conformação e à dinâmica da rede urbana, que evidenciam as relações de hierarquia e subordinação presentes na sua estrutura, as áreas de influência entre centros urbanos, que se estruturam em função dessas relações e, ainda, os fluxos de bens e serviços que lhes dão substrato. Tais elementos foram articulados com dados e informações específicas do campo da saúde – no caso, fluxo de internações hospitalares, epidemiológicos e de capacidade instalada de serviços de saúde. Foram articulados também com dados e informações sócioeconômicas e demográficas, que permitiram definir o contexto mais geral em que se dão os chamados fluxos saúde.

No âmbito da investigação realizada interessou, particularmente, a pesquisa e a análise das relações de hierarquia e subordinação entre centros urbanos dos Estados, em função da oferta/demanda de serviços de saúde, explicitando-se como resultado do trabalho:

a) a identificação de municípios-pólo na prestação de serviços de saúde;

b) a delimitação das áreas de influência que se definiam em função da centralidade desses municípios-pólo na prestação de serviços de saúde e de sua articulação com municípios periféricos, demandantes desses serviços;

c) o volume dos fluxos que se observavam entre municípios-pólo, que ofertam bens e serviços de saúde, e municípios periféricos, que demandam esses serviços;

d) a distribuição espacial dos equipamentos, serviços e recursos de saúde existentes;

e) o perfil demográfico e epidemiológico da população estudada.

Buscou-se, em suma, a partir de metodologia adotada pelo projeto de pesquisa, desenvolver estudos que possibilitassem definir o grau de centralidade de municípios-pólo na prestação de serviços à saúde e sua articulação com municípios satélites, definindo, configurando e caracterizando Aglomerados de Saúde.

Cabe deixar claro que a preocupação de fundo que deu base a esse procedimento foi a de que, de um estudo desenvolvido com esse eixo, seriam derivados resultados que pudessem ser apropriados como subsídios e/ou parâmetros fundamentais e que são, hoje, apenas marginalmente considerados como elementos integrantes dos processo de planejamento e de tomada de decisões no âmbito do SUS.

A adoção do eixo de investigação e análise incorporado pela pesquisa parte da constatação de que, em especial nas aglomerações urbanas do País, onde ocorrem fluxos de bens e serviços e relações de interdependência entre centros urbanos, de distintos níveis hierárquicos e com diferentes papeis funcionais, é necessário buscar a otimização da alocação de recursos para o atendimento das demandas de saúde. Nessas áreas, em geral os municípios-pólo concentram os recursos de atendimento e, em função disso, canalizam demandas regionais.

Contudo, em que pese essa concentração de recursos, nem sempre as demandas são adequadamente atendidas, uma vez que a alocação dos mesmos é planejada sem considerar a realidade da polarização, bem como a existência de áreas de influência delimitadas e com características demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas definidas.

Com efeito, na esfera federal, e mesmo nos estados, os processos de decisão relativos à descentralização da saúde são rotineiramente definidos em função de demandas locais, a despeito do fato de que, nas aglomerações urbanas, dadas as especificidades que definem a integração dos espaços componentes, a descentralização dos recursos e a alocação de equipamentos de saúde no nível local nem sempre se configuram como soluções adequadas, ou em soluções que se traduzem necessariamente em maior eficiência, no que tange às decisões de descentralização adotadas, e nem mesmo em maior eficácia e produtividade da gestão local desses recursos.

Assim, estava presente no estudo o objetivo de definir uma metodologia de organização e hierarquização das ações da saúde, baseada fundamentalmente na articulação entre elementos relativos às características e dinâmica da rede urbana e em elementos que compunham o quadro de distribuição espacial dos recursos de saúde, considerando o tipo e a qualidade dos equipamentos e recursos, a distribuição espacial da clientela do sistema e o perfil epidemiológico da população.

3. NOTAS METODOLÓGICAS

A pesquisa Organização e Hierarquização das Ações de Saúde orientou-se pelo objetivo de identificar e caracterizar aglomerados de saúde, entendidos como áreas compostas por conjuntos de municípios, configuradas com base em critérios de contigüidade espacial e, sobretudo, em critérios e/ou procedimentos definidores da polarização exercida, por centros urbanos determinados, bem como de suas áreas de influência, como decorrência da oferta e demanda dos serviços de saúde. O trabalho foi, dessa forma, organizado para aportar subsídios para o processo de definição de regionalizações de saúde, identificando áreas espaciais que se estruturam com base na articulação funcional, nas relações hierarquia e subordinação e nos fluxos de pessoas que se estabelecem em função da oferta e demanda de atendimento à saúde.

Para tanto, procedeu-se inicialmente à identificação de contribuições teóricas e empíricas decorrentes do Estudo da Rede Urbana do Brasil[4] , agregando-se a elas a análise de dados secundários específicos da área de saúde, passíveis de serem utilizados para a configuração dos aglomerados de saúde.

4 IPEA/UNICAMP – IE/NESUR/IBGE, 1999.

Partiu-se da premissa de que, da mesma forma que a circulação da produção de bens e serviços em geral articula-se a partir de uma lógica de estruturação de espaços e/ou municípios mais ou menos polarizadores e espaços e ou municípios tributários dessa polarização, também no caso da saúde seria possível encontrar uma configuração semelhante, tendo em vista que o atendimento nesse campo de atuação claramente constitui-se num dos mais importantes ramos do setor serviço no País. Adotou-se o suposto de que a forma mais eficaz de identificar pólos de atendimento seria a análise de informações relativas ao fluxo de bens e serviços de atendimento à saúde. E, embora reconhecendo que a polarização constitui um fenômeno que responde a determinações e a uma lógica mais geral, que reflete as várias dimensões sócioeconômicas que estão na base da circulação de bens, serviços e pessoas, optou-se por considerar na determinação dos pólos e de suas áreas de influência apenas dados relativos ao movimento de pacientes para internação, admitindo-se que isso poderia conferir maior especificidade às propostas de definição de regionalizações de saúde.

As informações específicas de saúde mais pesadamente utilizadas pela pesquisa foram derivadas do banco SIH – Sistema de Informação Hospitalar[5] –, implantado a partir de 1989, cujos registros são organizados e gerenciados pelo DATASUS. A partir da análise das AIHs – Autorizações de Internação Hospitalar – aí registradas, foi possível identificar municípios de ocorrência das internações, bem como municípios de residência dos pacientes e, de posse dessas duas informações, tornou-se factível identificar os fluxos de saúde estabelecidos entre municípios pela internação de pacientes nos serviços de saúde existentes.[6]

Com base em processamentos especiais das AIHs, foram construídas Matrizes de Ocorrência/Residência, as quais forneceram as bases empíricas para a determinação e a mensuração dos fluxos de pacientes.

Convém insistir que a concepção que orientou esse procedimento metodológico foi a de que os fluxos de saúde não são autônomos. Ao contrário, são parte de uma dinâmica regional mais complexa, que vai além da especificidade das determinações do setor saúde. São determinados, em larga medida, pela articulação funcional entre centros urbanos e pela hierarquia que se estabelece entre esses centros, a partir da oferta e demanda de um variado conjunto de bens e serviços, entre os quais os serviços de atendimento à saúde. Os fluxos das AIHs entre duas cidades tendem apenas a acompanhar os movimentos que expressam uma determinada dinâmica regional e, com isso, as polarizações detectadas pelo estudo da rede urbana proporcionam indicações seguras para identificar a polarização dos fluxos de pacientes.[7]

5 Sobre as características desta fonte de dados, particularmente suas limitações, ver Anexo.

6 Na identificação e caracterização dos aglomerados de saúde foram utilizados os seguintes bancos de dados gerais e específicos da saúde: SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares; SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais; SIM-SUS – Sistema de Informações de Mortalidade; Censo Demográfico de 1991 e 2000 – IBGE; Contagem Populacional 1996 – IBGE; STN – Secretaria do Tesouro Nacional: Balanços Estaduais e Municipais.

7 Sobre algumas limitações das AIH's ver anexo.

A versão hipotética da matriz de fluxos utilizada no trabalho é apresentada a seguir:

MATRIZ HIPOTÉTICA DE FLUXOS DE AIHS PARA O ESTADO E1

Residência do Paciente	**Local do Atendimento**									
	Munic. 1	Munic. 2	Munic. 3	Munic 4	Munic. 5	.....	E1	E2	....	**Evasão**
Município 1	$\mathbf{X_{11}}$	X_{12}	X_{13}	X_{14}	X_{15}					$\mathbf{X_{1.}}$
Município 2	X_{21}	$\mathbf{X_{22}}$	X_{23}	X_{24}	X_{25}					$\mathbf{X_{2.}}$
Município 3	X_{31}	X_{32}	$\mathbf{X_{33}}$	X_{34}	X_{35}					$\mathbf{X_{3.}}$
Município 4	X_{41}	X_{42}	X_{43}	$\mathbf{X_{44}}$	X_{45}					$\mathbf{X_{4.}}$
Município 5	X_{51}	X_{52}	X_{53}	X_{54}	$\mathbf{X_{55}}$					$\mathbf{X_{5.}}$
.	.	.	.	.	.					.
.	.	.	.	.	.					.
E1		.	.							.
E2										
.										
.										
Invasão	$\mathbf{X_{.1}}$	$\mathbf{X_{.2}}$	$\mathbf{X_{.3}}$	$\mathbf{X_{.4}}$	$\mathbf{X_{.5}}$					

Em que:

Xij : volume de AIHs de pacientes com residência no município (ou Estado) "i" e cujo atendimento deu-se no município (ou Estado) "j".

Como se pode notar, a partir da construção dessa simples matriz é possível estudar os movimentos de pacientes entre os municípios de um mesmo estado ou de estados diferentes. Nesse estudo, essa matriz foi criada de forma a discriminar todos os municípios do Estado a ser analisado, sendo os demais movimentos especificados apenas em termos das outras Unidades da Federação em que ocorreram ou se originaram os atendimentos.

Fica claro que com essa forma de analisar os dados é possível mensurar os seguintes volumes:

a) Total de AIHs de residentes no município (ou Estado) "i" = Xi. ;

b) Total de AIHs com atendimento no município (ou Estado) "j" = X.j ;

c) Total de AIHs de pacientes residentes no município (ou Estado) "i" atendidos no próprio município (ou Estado), ou seja, i=j = Xii;

d) Vol. total de "invasão"[8] de atendimentos no município (ou Estado) "j" = (X.j– Xii);

e) Vol. total de "evasão" de atendimentos no município (ou Estado) "i" = (Xi,– Xii)

8 Os termos invasão e evasão serão usados de maneira análoga ao que é feito na demografia e epidemiologia quando se trata de analisar as estatísticas vitais. Assim, no caso das AIH's, o termo invasão refere-se ao local de atendimento do paciente que apresenta lugar de residência distinto e o termo evasão, tem como referência o local de residência do paciente, configurando-se sempre que o atendimento não ocorra nessa área. Para detalhes sobre o uso desses termos no estudos com estatísticas vitais ver, por exemplo, Fundação SEADE, 1982.

Dessa forma, supõe-se que tais fluxos refletiriam não apenas demandas reprimidas por internação em certos municípios, mas sobretudo áreas que, por sua capacidade instalada e complexidade de serviços de saúde disponíveis, acabavam atraindo pacientes, configurando-se como pólos de atendimento.

Para se posicionar como pólo, não basta, contudo, que o município apresentasse um contingente populacional elevado, que tivesse um grande número de internações de não-residentes, ou tão somente que se destacasse regionalmente pelo volume desse tipo de demanda. A identificação do município-pólo dependeu de uma análise multidimensional que, além do fluxo e do volume dos atendimentos, também levou em conta a capacidade da rede de saúde instalada, o perfil sóciodemográfico e epidemiológico da população etc. Dessa forma, foi possível definir mais apropriadamente as áreas de influência dos pólos, evitando definições equivocadas de regionalizações que poderiam ser propostas pela simples análise dos fluxos das AIHs.

Nesse sentido, a metodologia de definição de pólos e de suas áreas de influência foi apresentada para a proposição do quadro dos aglomerados de saúde dos Estados, quadro esse passível de modificação no âmbito da definição dos Planos Diretores de Regionalização, que eventualmente podem considerar dados e informações sobre a dinâmica de atendimento à saúde que não são disponíveis nos bancos do DATASUS.

Tendo em vista o tipo de informação utilizada, a metodologia adotada para a caracterização dos municípios em termos de atração ou expulsão de atendimentos em saúde, baseou-se em grande medida nos estudos realizados no NEPO/UNICAMP sobre migração. Embora relativos a um fenômeno de natureza distinta, os dados sobre os movimentos migratórios são similares àqueles derivados dos fluxos de AIHs. Portanto, nos dois casos, a análise quantitativa do fenômeno – de um lado, a invasão ou a evasão de pacientes e, de outro, a imigração ou a emigração de indivíduos – pode ser feita da mesma forma, já que ambas tratam de fluxos de pessoas. Sendo assim, de modo similar ao que é usualmente feito nos estudos migratórios, a partir da matriz apresentada foram construídos indicadores, destinados a discriminar particularidades dos municípios no que se refere aos fluxos organizados pela internação hospitalar. Assim volumes de invasão, evasão, os saldos dessas entradas e saídas, bem como outros índices foram analisados de maneira as indicar a condições de cada município.[9]

Vale lembrar que os indicadores foram utilizados de maneira complementar, uma vez que nenhum deles isoladamente poderia espelhar a condição de pólo de atração ou área de expulsão. Além disso, tal análise não poderia prescindir da consideração do tamanho

9 Para maiores detalhes ver: Identificação e Caracterização de Aglomerados de Saúde: notas metodológicas. Relatório I, Projeto de Pesquisa Organização e Hierarquização das Ações de Saúde, NESUR/NEPO/UNICAMP, abril de 2000.

populacional do município, uma vez que esse indicador, por si só, está intrinsecamente relacionado com a condição (ou não) de centralidade da área. De fato, na maioria dos casos, os pólos coincidiram com as localidades com grandes contingentes populacionais, tendo em vista que a concentração demográfica tem, em muitos sentidos, uma estreita relação com a concentração de atividades, sejam elas de serviços – como é o caso da saúde –, produção, culturais, sociais etc.

Há que se frisar que a análise dos dados demonstrou a necessidade de se estabelecer uma hierarquia dos pólos, não apenas em termos de sua capacidade de atração, mas também em termos de sua abrangência espacial. Tal abrangência foi definida em três níveis distintos: interestadual; intra-estadual e regional. As áreas de atração, por sua vez, foram classificadas não apenas pelo volume de AIHs, mas também de acordo com a origem da invasão. Assim, os municípios foram catalogados ou como pólo nos três níveis, ou em alguma combinação de dois deles, ou simplesmente em apenas um desses recortes espaciais. No primeiro caso, foram incluídos especialmente os grandes centros estaduais de atendimento; no segundo, as principais cidades do interior dos Estados; no terceiro, centros situados em áreas limítrofes, ou próximas, e com fácil acessibilidade a outros Estados[10]; e, finalmente, no último caso, municípios de tamanho intermediário com clara função regional.

No caso específico do corte regional, optou-se por partir das microregiões definidas pelo IBGE, sendo que a abrangência regional foi atribuída àquelas áreas cuja relação com a microregião fossem intensas.

Além dessa classificação pelo critério da abrangência espacial, foi adotada uma segunda forma de hierarquização dos pólos considerando sua importância no contexto estadual, não apenas em termos do volume das AIHs registradas e do seu valor médio, mas também em termos do volume de invasões registradas, sem desconsiderar seu porte, dada a forte correlação entre o volume total de AIHs registradas em municípios determinados e seu tamanho populacional.

Dessa forma, considerando o volume total de atendimentos, não constitui novidade o fato de que os mesmos se concentraram nos maiores centros estaduais; ou seja, quanto maior a população, maior o número de AIHs. Assim sendo, definiu-se uma hierarquia com maior ênfase na quantidade de atendimento de não-residentes. Na verdade, é de se esperar que a invasão também tenha uma relação com o tamanho da cidade, que, no limite, acaba refletindo a concentração de recursos, bem como o grau de complexidade

10 De fato, a acessibilidade ou facilidade de comunicação entre determinadas áreas em função da existência de estradas, transporte regular, etc. acaba sobrepujando a importância da proximidade territorial.

de suas funções, serviços etc. e, portanto, também seu grau de atratividade. No entanto, considerou-se fundamental um tratamento diferenciado das AIHs por residência, como forma de melhor definir o caráter ou condição, não apenas dos pólos, como também suas áreas de influência. Assim, os pólos foram classificados como exercendo alta polaridade, média polaridade e baixa polaridade.

Outra condição que mereceu tratamento especial foi a configuração de áreas menores de polarização dentro de regiões mais amplas e polarizadas por centros maiores. Essas situações foram observadas especialmente nas aglomerações urbanas metropolitanas, onde foram claramente identificados casos de polarização secundária, o que obrigou a criação de uma nova categoria - subpólos –, os quais podem eventualmente ter maior importância no funcionamento do sistema de saúde estadual do que os próprios pólos. Assim, O conjunto de municípios-pólo e municípios polarizados constitui um aglomerado de saúde. Os aglomerados de saúde podem contar com subpólos (municípios que exercem atração significativa, porém menor que aquela do pólo) que nucleiam sub-aglomerados. Nesses casos, dentro dos aglomerados, os subpólos compartem com o pólo as funções de atenção à saúde[11] . Foram identificados, também, municípios que, por concentrarem recursos de atendimento especializado (geralmente de tisiologia ou psiquiatria), têm uma abrangência que extrapola os limites do aglomerado e, eventualmente, do Estado. Tais municípios foram chamados pólos de especialidade.

Em suma, para cada uma das microregiões, foram identificados e caracterizados municípios que, pelo comportamento dos indicadores utilizados na pesquisa, foram classificados como pólos ou subpólos e também foram identificadas e caracterizadas suas áreas de influência. A ordem de importância com que cada um dos indicadores foi utilizado foi a seguinte:

a) tamanho da população: embora não tenha sido fator decisivo para a configuração dos pólos, o total da população residente constituiu um elementos importante para sua seleção;

11 Em geral, as consultas médicas, o atendimento ambulatorial, os exames de apoio a diagnóstico, as terapias e outros procedimentos executados com cobertura do SUS são realizados em instalações hospitalares. Portanto, os fluxos das internações refletem boa parte dos movimentos dos pacientes que se deslocam em busca de atendimento público à saúde. Assim, embora apoiada basicamente nos fluxos de internações, a configuração dos aglomerados de saúde reflete também o fluxo de pacientes que se desloca procurando outros tipos de atendimento. Em apoio à observação acima, vale destacar que, para testar o método adotado para a delimitação dos aglomerados de saúde, foram processados os dados do Sistema de Informações Ambulatoriais de Exames e Terapias para Pacientes Externos ao SUS – SIAEX, base de dados construída pela Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas. O processamento permitiu identificar pólos, sub-pólos e configurações dos aglomerados de saúde idênticos aos obtidos a partir do processamento das AIHs.

b) volume do saldo de atendimentos: considerando o resultado líquido entre as invasões (I) e evasões (E), foram selecionados como pólos localidades com valores significativamente maiores. Valores elevados desse indicador apontam para áreas mais (ou menos) atrativas em termos dos atendimentos de não-residentes;

c) volume de invasão (I): esse indicador foi utilizado como forma de recuperar situações em que, mesmo apresentando saldo pouco significativo, a área registrava volume importante de invasão, ao menos relativamente à sua microregião. A consideração desse aspecto evitou a eliminação de áreas com forte potencial de polarização, porém dentro de espaços regionais mais restritos;

d) índice de eficácia (IE)[12] : esse critério buscou recuperar não apenas o grau de atratividade (ou expulsão) do município, mas também seu alcance espacial. Com esse índice, ficou melhor caracterizado o perfil do município enquanto área de atração, expulsão, ou ambos. Além disso, o IE foi avaliado nas três dimensões espaciais consideradas (interestadual, intra-estadual e regional), o que permitiu observar, com maior clareza, a abrangência da polarização de cada área. De fato, as localidades podem apresentar valores de IE diferenciados por níveis, sendo que tal diferenciação foi um dos principais elementos de decisão para a sua classificação segundo a amplitude espacial da polarização;

e) taxas e razão de taxas: quanto maior a razão de taxas (ou seja, taxa de invasão dividido por taxa de evasão), maior a capacidade atrativa do município. Na verdade, essa razão tem grande correlação com o IE.

Resta ainda mencionar a forma como foram definidas as áreas de influência dos pólos. A primeira condição para a definição dos aglomerados de saúde, ou, em outros termos, os pólos e suas áreas influência, é a contigüidade espacial dos municípios. Tal restrição representou a eliminação de áreas de municípios mais distantes e, portanto, sem uma relação funcional clara com o pólo, mesmo que registrando eventualmente fluxos de pacientes.

Partindo desse princípio, as áreas de influência foram definidas tendo em vista a magnitude do fluxos estabelecidos entre os pólos e os municípios do Estado, em especial, aqueles caracteristicamente "exportadores" de pacientes. Pôde-se detectar que poucos foram os casos em que a observação dos fluxos não revelou quase que automaticamente

12 Como o próprio nome sugere, esse indicador, calculado pelo quociente (I-E)/(I+E), aponta para a eficiência de uma determinada área no que se refere aos fluxos de atendimento (invasão ou evasão) a que a mesma está exposta. Valores próximos a 1 (limite máximo) espelham zonas com invasão elevada; ao contrário, valores próximo a –1 (limite mínimo), áreas que "exportam" elevado número de pacientes. Valores ao redor de zero sugerem "unidades de circulação" de pacientes (invasão igual ou próxima à evasão).

as áreas de abrangência dos pólos. Na verdade, situações como as das Capitais, que tendem a centralizar fortemente os serviços mais complexos de saúde, configuram-se como exceções, nas quais a influência sobrepassa o nível do regional ou, em termos das relações interestaduais, o nível fronteiriço. Contudo, mesmo nesses casos, a atração exercida pelo município central mostra-se muito maior para as localidades mais próximas, ou contíguas, do que para aquelas mais distantes.

Assim sendo, na maioria das vezes, a simples observação da Matriz Ocorrência/Residência para as áreas contíguas ou próximas dos pólos era suficiente para atestar a existência de uma certa regionalização. Nesse sentido, em termos operacionais, foi muito útil o ordenamento inicial dos municípios segundo as microregiões do IBGE, já que a Matriz, organizada dessa forma, permitiu, a princípio, um melhor direcionamento para a observação dos fluxos de pacientes.

Registra-se finalmente que ocorreram situações em que um mesmo município figurava como componente da área de influência de mais de um pólo. Nesses casos, a decisão sobre em qual das áreas incluí-los foi tomada tendo como base o volume dos fluxos de pacientes estabelecidos entre essas localidades e o município pólo. Em última instância, foi o maior fluxo que determinou a alocação da cidade em uma ou outra região.

4. CONFIGURAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE AGLOMERADOS DE SAÚDE

A pesquisa identificou aglomerados de saúde para todas as Unidades da Federação, tendo checado sua configuração com as regionalizações definidas pelos Estados que já contavam com Planos Diretores de Regionalização – PDRs[13] , com o intuito de mapear discrepâncias relevantes entre as duas definições.

Os resultados obtidos na comparação evidenciaram a robustez dos conceitos, critérios e procedimentos metodológicos adotados pela pesquisa, na medida em que não foram identificadas diferenças importantes entre as regionalizações resultantes do trabalho e a dos PDRs. Os procedimentos da comparação realizada estão resumidos a seguir:

a) Confrontação dos pólos e subpólos identificados nas duas regionalizações, checando se havia ou não coincidência nessas definições. Nos casos de não-coincidência, adotou-se a postura de proceder a uma revisão dos principais indicadores utilizados na pesquisa, calculados a partir das AIHs, para a confirmação ou não dos pólos e subpólos definidos. Não se identificaram discrepâncias significativas na escolha de pólos e subpólos. Porém, em alguns casos, os pólos e subpólos não coincidiram com as sedes dos PDRs. Nesses casos, os

13 Consulte-se: Configuração dos Aglomerados de Saúde, Pesquisa Organização e Hierarquização de Ações de Saúde, Relatório Final. NESUR/NEPO – UNICAMP, out. de 2001.

indicadores calculados para esses municípios possivelmente carregaram erros resultantes do preenchimento das AIHs, aos quais o método não está evidentemente imune.

b) Considerando a indicação das sedes dos Módulos Assistenciais, definida nos PDRs dos Estados, adotou-se o procedimento de identificar subpólos no caso dos Módulos em que, a partir do processamento das AIHs, estes não haviam sido definidos.

c) Confrontação dos aglomerados de saúde com a regionalização dos PDRs, para checagem de municípios situados nas fronteiras de ambas regionalizações. Foram analisados os fluxos de AIHs desses municípios fronteiriços para pólos ou subpólos, na definição da pesquisa, ou para pólos de macroregiões, regiões ou microregiões, na definição dos PDRs , corrigindo-se ou confirmando-se sua inclusão em aglomerados de saúde determinados.

Dada a não disponibilização dos PDRs, não pode ser efetuada a comparação para os Estados do Maranhão, Mato Grosso, Rio Grande do Sul, São Paulo e Tocantins. Por outro lado, para estados cujos PDRs foram disponibilizados incompletos – Pernambuco, Goiás e Bahia –, a comparação foi feita considerando apenas os elementos disponíveis. Para Pernambuco e Bahia, não foi procedida a comparação para regiões que não contavam do PDR – duas regiões em Goiás e uma em Pernambuco. E, no caso da Bahia, só foi feita a comparação para pólos e subpólos.

Não cabe no espaço deste texto relatar os resultados da regionalização definida para cada Estado[14] , contudo, apresenta-se a seguir, a título de exemplificação, um cartograma da configuração final dos aglomerados de saúde do Estado do Espírito Santo, chamando-se atenção para tendências que têm implicações para a regionalização e a organização e hierarquização das ações de saúde.

Entre os setenta e sete municípios do Estado do Espírito Santo, cinco foram identificados como pólos de aglomerados de saúde: Vitória, Colatina, São Mateus, Linhares e Cachoeiro do Itapemirim.

Considerando o total da população dos municípios-pólo e dos aglomerados de saúde configurados, observou-se uma variação significativa de porte, chamando atenção para a necessidade de planejamento de políticas de saúde que considerem essa questão, em especial aquelas relativas à distribuição dos equipamentos de saúde, uma vez que se constatou que o maior volume de internações relativas às AIHs ocorre na Região Metropolitana de Vitória, e particularmente na Capital e em Vila Velha, dada a concentração de equipamentos e recursos.

Com efeito, os dados relativos de capacidade instalada dos serviços de assistência

14 Para resultados da comparação e da configuração final dos Aglomerados de Saúde dos Estados, consulte-se: Configuração dos Aglomerados de Saúde, Pesquisa Organização e Hierarquização de Ações de Saúde, Relatório Final. NESUR/NEPO/UNICAMP, out. de 2001.

médico-sanitária demonstram a concentração no aglomerado de saúde de Vitória, numa proporção acima de 44%, em todos os indicadores selecionados (leitos hospitalares contratados, número de unidades ambulatoriais, número de serviços ambulatoriais, PAC ambulatorial/média mensal).

Uma outra evidência da pesquisa diz respeito à origem de invasão das AIHs atendidas nos aglomerados de saúde do Estado, com predomínio da invasão intra-aglomerado. O movimento de invasão interaglomerados tem mais peso em Cachoeiro do Itapemirim e Colatina, a despeito de estar presente, em menor proporção, em todos os demais aglomerados de saúde do Estado. O movimento interestadual tem peso significativo apenas em Colatina e São Mateus.

Aglomerados de Saúde
Indicadores de capacidade instalada: Espírito Santo

Aglomerados de Saúde	Leitos hospitalares contratados SUS 2000	Número de unidades ambulatoriais SUS 2001	Número de serviços ambulatoriais SUS 2000	PAC ambulatorial média mensal SUS jan/jun 2000
Vitória	3.478	566	724	69.395
Colatina	741	212	212	6.142
São Mateus	539	140	156	2.462
Linhares	229	42	47	256
Cachoeiro do Itapemirim	1.961	322	416	17.717
Total	**6.948**	**1.282**	**1.555**	**95.972**

Fontes:

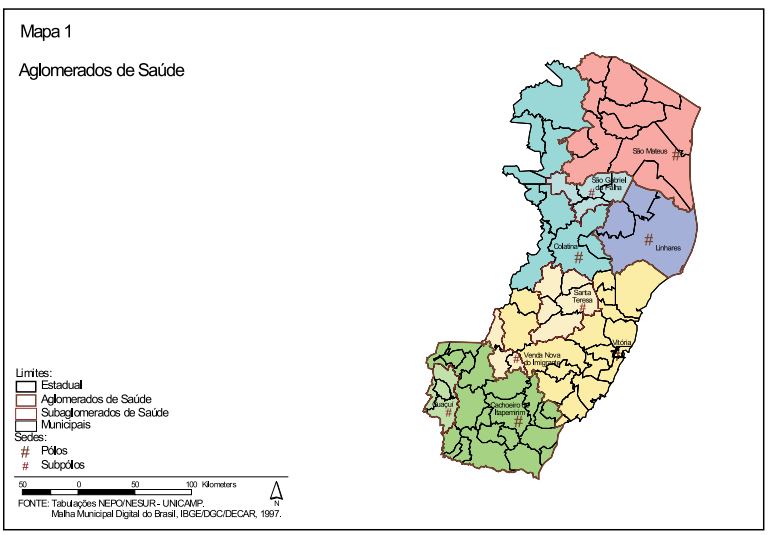
Projeto Organização e Hierarquização de Ações de Saúde. Caracterização de Aglomerados de Saúde do Estado do Espírito Santo. NESUR–NEPO/UNICAMP, 2001.

Sistema de Internações Hospitalares e Cadastro de Leitos Hospitalares – SIH/SUS. DATASUS, 2000. Tabulações especiais NESUR–NEPO/UNICAMP.

Sistema de Informações de Atendimento Ambulatorial e Cadastro de Serviços Ambulatoriais – SIA/SUS. DATASUS, 2001. Tabulações especiais NESUR–NEPO/UNICAMP.

Mapa 1

Aglomerados de Saúde



Além da delimitação dos aglomerados de saúde dos Estados, também foi procedida uma ampla caracterização de condições sócioeconômicas, da cobertura de infra-estrutura de saneamento básico, do perfil epidemiológico da população, da capacidade instalada de serviços de assistência médico-sanitária dos aglomerados e, por fim, estimativas do potencial de gasto dos municípios que integram os aglomerados com saúde. Esse trabalho foi desenvolvido a partir de dados secundários disponíveis, compondo-se um Atlas dos aglomerados de saúde de cada um dos vinte e sete Estados da Federação.[15]

Esses Atlas organizam dados e informações de abrangência estadual, dados e informações que detalham a configuração e caracterização dos aglomerados e, ainda, dados e informações agregados no nível municipal. De acordo com essa sistematização, também é possível identificar e caracterizar cada um dos municípios no contexto estadual.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo teve como principal objetivo apresentar a metodologia, bem como os elementos teóricos que nortearam a elaboração de uma proposta de regionalização para efeitos da organização do atendimento de saúde nos vários estados da Federação.

Fruto de uma necessidade gerada pela edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/2001, o projeto encomendado pelo Ministério da Saúde, dado o alcance nacional exigido, ao mesmo tempo que deveria partir de um enfoque teórico consistente, também teria de se basear em uma metodologia de fácil replicação e, sobretudo, lançar mão de fontes de dados minimamente confiáveis e disponíveis ao nível nacional. Acredita-se que o procedimento apresentado neste artigo cumpriu adequadamente todos os requisitos acima.

O uso das AIHs como fonte de identificação de fluxos de pacientes, mesmo que restrito às internações hospitalares, mostrou-se robusto, no sentido de captar a forma como se organiza no Brasil a rede de cidades em termos dos serviços de saúde. Nesse sentido, os resultados obtidos, mesmo que não apresentados aqui, dado a ênfase metodológica deste artigo, não deixam lugar a dúvidas de que, com raras exceções – muitas delas ligadas mais a questões políticas/regionais –, a lógica da organização e/ou configuração da rede de cidades é muito mais complexa e engloba qualquer outra lógica setorial, como, por exemplo, a da saúde.

Acredita-se que este artigo, assim como os resultados do projeto do qual ele se deriva, representam uma contribuição objetiva e útil para o melhor equacionamento da distribuição e eficácia dos serviços de saúde no país.

15 Atlas disponível no site do Ministério da Saúde: www.saude.gov.br.

REFERÊNCIAS

CARACTERIZAÇÃO e tendências da rede urbana do Brasil. Campinas: UNICAMP.IE, 1999 (Coleção Pesquisa, N°3).

CHRISTALLLER, W. "Central places in central Germany". Englewood Cliffs: Prentice – Hall, 1966.

CONFIGURAÇÃO final dos aglomerados de saúde, pesquisa organização e hierarquização de ações de saúde: relatório final. [S.l.]: NESUR/NEPO/UNICAMP, 2001.

FIBGE. Anuário estatístico do Brasil 1997. Rio de Janeiro, 1998.

FIBGE. Regiões de influência das cidades: revisão atualizada do estudo divisão do Brasil em regiões funcionais urbanas. Rio de Janeiro, 1987.

FUNDAÇÃO SEADE. Informe Demográfico n.7. São Paulo, 1982.

IDENTIFICAÇÃO e caracterização de aglomerados de saúde: notas metodológicas: pesquisa organização e hierarquização das ações de saúde: relatório I. [S.l.]: NESUR/NEPO/UNICAMP, abr. de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atlas dos aglomerados de saúde. [Brasília], 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOAS–SUS. Brasília, 2001. Capítulo 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS: sistema de internações hospitalares. [Brasília], 2000 (CD micro-dados).

PESQUISA organização e hierarquização das ações de saúde. [Campinas]: NESUR/NEPO/UNICAMP, 2001.

TRAVASSOS, C. "O sistema de informações hospitalares do sistema único de saúde: SIH-SUS". Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1996 (mimeo).

ANEXO

A "AIH" como fonte de dados para o estudo de fluxos de pacientes

Pelo que se sabe, poucas são as avaliações sobre a qualidade dos dados das SIH–SUS (Sistema de Informações Hospitalares) e de seu instrumento, as AIHs, como fonte de dados para estudos sobre morbidade, gastos em saúde, características da população atendida, volumes de pacientes etc. Em um breve, mas esclarecedor texto, Travassos (1996) discorre sobre algumas das principais características dessa fonte. Para esse estudo basta, no entanto, apenas recuperar as limitações ou os problemas que a autora considera como principais.

Na verdade, parece ser que, para cada uma das dimensões elencadas acima, existe um aspecto que cobra certos cuidados para o uso das AIHs. No caso dos estudos de morbidade e das características dos pacientes, problemas como a precariedade como são anotadas as informações provenientes dos prontuários médicos, o processo de codificação e a não-existência de registro de reinternações, que tenderia a contar múltiplas vezes um doente (e sua doença) crônico, tornariam bastante delicada a análise. Quanto aos gastos do sistema SUS, a ocorrência de fraudes mencionadas por Travassos, questão, aliás, que tem sido noticiado freqüentemente, também exigiria grande cuidado ao utilizar o dado. Não obstante o anterior, não se pode perder de vista a potencialidade dessa fonte e a necessidade da existência de mecanismo de constante controle e avaliação de maneira a torná-la cada vez mais útil.

Acredita-se, no entanto, que nem mesmo esses problemas representam grandes entraves para o uso das AIHs para a identificação do fluxos de atendimento e, por conseqüência, de pólos de atração e suas respectivas regiões. Na verdade, pode-se pensar que tais configurações espaciais para serem detectadas não dependeriam, por um lado, de um número real dos pacientes que circulam e muito menos da qualidade da informação contida na AIH, a não ser, é claro, no caso do município de residência.

Nesse caso específico, a questão mostrou-se um pouco mais séria, tendo em vista o significativo percentual de municípios de residência "não declarado" ou "ignorado". Para que se tenha uma idéia, no caso dos estudos preliminares feitos para Pernambuco e Rio Grande do Sul, esse percentual chegou, para os anos de 1996 e 1997, considerados em conjunto, respectivamente a 12,4% e 17,2%. Esse problema tornava-se ainda mais complexo quando se tomavam esses percentuais ao nível municipal.

Na verdade, em vários casos do estudo preliminar realizado, o número de AIHs sem identificação da residência do paciente foi muito mais significativo. De forma a paliar esse problema, decidiu-se adotar o suposto de que as residências desconhecidas seguiriam a mesma distribuição daquelas conhecidas, ou seja, que as AIHs com problemas de informação refletiriam – caso tivessem sido bem preenchidas – basicamente a mesma situação de relações e fluxos entre municípios espelhada pelas AIHs com informação da residência do paciente1 . De qualquer forma, não fosse a adoção desse suposto, em muitos casos, perder-se-ia boa parte das internações registradas.

Além disso, a impossibilidade mencionada por Travassos de identificar as reinternações, fato que certamente contribuiria para sobrestimar o número de pacientes atendidos, tampouco representa problema, haja vista que, mesmo sendo da mesma pessoa, a AIH não deixaria de representar uma busca por atendimento.

Assim, e tendo em conta que boa parte das invasões ocorridas nos pólos de atendimento se devem a serviços de maior complexidade, é muito provável que essa múltiplas contagens de indivíduos sejam até mesmo úteis para caracterizar a polarização existente.

A DISTRITALIZAÇÃO COMO POSSIBILIDADE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL EM SÃO PAULO

Maria do Carmo de Sant Ana[1]

Analista de Projetos da Fundação Seade/Profª de História da Rede Estadual de Ensino/Capacitadora do Programa Parceiros do Futuro pelo Programa Saúde do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde

RESUMO

O estudo sobre São Paulo trata da caracterização dos seus contrastes, da distribuição das desigualdades pelo seu território urbano e da não-universalização dos serviços básicos entre os Distritos, do perfil da sua saúde e de uma investigação sobre os dois anos da implantação da distritalização da saúde no Grajaú (janeiro 2001/janeiro 2003), o Distrito mais populoso da cidade. A análise da distritalização mostrou que a dimensão estrutural dos problemas existentes exige soluções de longo prazo e que as duas principais prioridades do Distrito de Saúde, no período estudado, eram oferecer Atenção Básica para todos e enfrentar a dificuldade de acesso aos serviços. Garantiu-se , para 2003, um planejamento diferenciado e socialmente construído com possibilidade de motivar um compromisso coletivo em relação à humanização e à qualidade da atenção. Os indicadores investigados e a experiência estudada delinearam um quadro preocupante da saúde e da vida da população, ressaltando a urgência da implementação da descentralização da organização e das decisões do sistema municipal de saúde, das acertadas estratégias de combate à pobreza, ao desemprego e à desigualdade, por meio dos Programas da Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade e das Agendas Regionais de Políticas Sociais Integrais das Subprefeituras, como parte do resgate da dívida social acumulada pelas últimas décadas.

DESCRITORES: distritalização; atenção primária; desenvolvimento social.

1 Agradeço o apoio técnico de Catarina A. G. Silvério e Zilda Pereira da Silva e a colaboração imprescindível de Rute Barreto Ramos para a compreensão do processo de distritalização.

CARACTERIZAÇÃO DESSA CIDADE GLOBAL E PARTIDA

Num território inóspito, José de Anchieta e Manoel da Nóbrega fundaram um colégio, em 25/01/1554, onde São Paulo nasceu. A mistura do seu povo veio de raças, etnias e culturas diversas que marcam a vida dessa cidade. Nos três séculos do período colonial, viveram aqui, falando a língua geral com base tupi, um pequeno número de portugueses, definidor da estrutura de poder, e um grande número de mamelucos, cafuzos e mulatos. A essa cultura mestiça caipira somou- se a cultura do imigrante, de cada pedaço do Mundo, e a cultura do migrante, de cada pedaço do Brasil.

Durante 449 anos, São Paulo vendeu índios como escravos, exterminou suas nações, encontrou metais preciosos, redefiniu fronteiras nacionais, tornou o café o principal produto de exportação brasileira, substituindo a mão-de-obra escrava africana pelo trabalho livre dos imigrantes (a partir de 1850), iniciou a industrialização (1914), criando contornos urbanos e dando origem à burguesia nacional, ao operariado e à classe média. De 1930 a 1954, o Brasil toma feição de Nação, fortalece o processo de capitalização nacional e renova a estrutura da produção industrial, sobretudo a paulista. Em 1956, a indústria automobilística torna São Paulo e seu entorno o maior parque industrial e o centro da economia do país, impulsionando a migração, a partir dos anos 60.

Em trinta anos, passou a sediar empresas multinacionais, transnacionais e nacionais; configurar-se como centro financeiro de grande porte, dotado de atividades terciárias e quaternárias de ponta; dispor de um parque manufatureiro inovador e de um locus por onde transitam decisões financeiras, mercadológicas e tecnológicas, capazes de moldar a economia nacional e suas articulações com fluxos internacionais de comércio, informação e conhecimento. Sua estrutura produtiva e da Metrópole responderam aos condicionantes macroeconômicos, com incrementos de produtividade e competitividade dos principais gêneros que compõem o seu parque industrial (ARAUJO, 2001).

Na década de 1990, a dinâmica do capitalismo transforma-se e transforma a vida de todos: a globalização dos mercados de capital e a ausência de mecanismos de regulação financeira incrementaram a dependência de economias com relação à dívida externa, pressionando a adoção de políticas de ajuste recessivo e afetando significativamente o mercado de trabalho. As economias da América Latina cresceram moderadamente; contudo, aumentou a força de trabalho, o desemprego, o número de trabalhadores autônomos e/ou os informais sem garantias da legislação trabalhista, com insuficiente geração de emprego e decréscimo do PIB e não-recuperação do salário mínimo. A terceirização remete a atividades muitas vezes insalubres, perigosas e pulverizadas, dificultando as ações dos sindicatos e a realização da proposta de Promoção de Saúde (REUNIÃO, 1999).

Fragmento desse contexto, São Paulo, desafiado a situar-se no novo mapa do Mundo, chega, ao ano 2000, com uma população de 10,4 milhões, um grau de urbanização de 94%, numa área de 1.509 km^2, e mais 7,4 milhões de habitantes em sua Região Metropolitana. Dos 96 Distritos Administrativos – DAs, os mais populosos são Grajaú (zona sul), com 331,9 mil habitantes, e Sapopemba (zona leste), com 281,9 mil, e os menos são Marsilac (zona sul) e Barra Funda (zona central), com 8,4 mil e 12,9 mil pessoas, respectivamente.

Em 1980, a população paulistana atingia 8,5 milhões, com participação, no total da Região, de 67,5%, caindo para 58,4%, em 2000. No contexto estadual, em 80, o Município representava 33,9% da população paulista e, em 2000, 28,2%, com um ritmo de crescimento de 1,2% ao ano, na década de 1980, e de 0,9%, na de 1990, taxas inferiores à média da população total, 2,1% a.a., entre 1980-91, e 1,8% a.a., entre 1991-2000. De um saldo migratório de 1,14 milhão de pessoas, nos anos 70, São Paulo passou a saldos negativos nas décadas seguintes (ANTICO, 2000).

A esperança de vida ao nascer aumenta com mais intensidade entre as mulheres, nove anos a mais entre 1979/1981 e 1997/1998, quando passou de 70,8 para 74,5 anos e de 63,6 para 65,2 anos entre os homens. O crescimento das mortes por causas externas traz um impacto negativo para esse indicador, especialmente nas áreas pobres da cidade (MAIA, 2000).

Indicadores gerados pelo Censo 2000 mostram uma proporção de crianças com menos de cinco anos de 8,4%, uma proporção de idosos de 9,3% (quase um milhão em números absolutos) e uma razão de dependência total de 45,51[2] (BRASIL, 2001).

A riqueza produzida na cidade, medida pelo seu Valor Adicionado, representa 24,7% da do Estado (EMPLASA, 2002); no entanto, o Censo 2000 verifica contrastes no rendimento dos responsáveis pelos domicílios[3] : de um lado, 10,4% não possuíam rendimentos, 6,4% possuíam rendimentos até um salário mínimo e, de outro, 21,0% recebiam mais que 10 salários mínimos. Em 1991, havia 123,6 mil responsáveis sem nenhum rendimento; em 2000, atingiram 311,3 mil (crescimento de 152%).

Vultosos empreendimentos imobiliários têm levantado edifícios com alto grau de sofisticação tecnológica e conforto funcional para abrigar atividades gerenciais e de serviços, centros empresariais e de convenções interligados por central computadorizada e conectados com sofisticados sistemas de telecomunicações (ARAUJO, 2001), grandes shopping(s)

2 População economicamente dependente é aquela com 65 anos e mais de idade e aquela com menos de 15 anos, em relação à população entre 15 e 64 anos, considerada potencialmente produtiva.

3 O Censo 2000 substituiu a denominação chefe de domicílio por responsável pelo domicílio.

center(s), condomínios residenciais de segurança máxima, cercados por bosques, parques, quadras de esportes, piscinas, contrastando com a ocupação de ruas, praças e loteamentos, pressupondo antagônicos estilos de vida urbanos.

Barracas e carrocinhas (10 mil ambulantes apenas no Centro[4]) dividem espaços com pedestres, veículos, moradores de rua (8,7 mil[5]), catadores de papel e sucatas, meninos e meninas em situação de rua (cerca de 2 500, no Centro[6]), desempregados, dando a rua visibilidade às contradições da sociedade contemporânea (SANTOS, 1999). Mooca (1 061), Brás (971), Sé (820), República (796) e Liberdade (736), em 2000, concentravam o maior número de moradores de rua da cidade[7] (12,2%, 11,2%, 9,4%, 9,1% e 8,5%).

Mais de dois mil bairros, loteamentos (cerca de 2,5 milhões de moradores clandestinos) tomam forma, sem controle de planejadores e gestores. As favelas (1,1 milhão de moradores e 286.954 domicílios favelados[8]) aparecem na periferia, em bairros valorizados ou não, à beira das marginais, e os cortiços (600 mil moradores) também vão-se organizando (PONCIANO, 1999). Dos 96 DAs, apenas 14 não têm favelas (CIDADE, 2003).

O analfabetismo persiste nesse aglomerado urbano, que é o maior centro científico, tecnológico e cultural do país. As taxas de 4,9% para a população de 15 anos e mais (a do Brasil é 14%) e de 1,3% e de 1,9%, para a de 15 a 19 e de 20 a 24 anos, podem parecer baixas, porém, significam um contingente de 383,3 mil pessoas.

Desde 1980, processam-se transformações na estrutura ocupacional que se agudizam na década de 1990, tornando a questão do emprego/desemprego a mais emblemática dessa Era de Extremos, quando o difícil processo de aprendizagem do que é ser cidadão defronta-se com o da naturalização da pobreza, das desigualdades e das iniqüidades sociais (COHN, 1999).

Em 1990, 28,3% dos ocupados estavam na indústria de transformação, 3,2% na da construção civil, 16,8% no comércio, 45,1% em serviços e 6% em serviços domésticos. Em 2001, os ocupados da indústria de transformação baixaram para 17,7% e os do setor serviços aumentaram 55%. O comércio manteve quase a mesma participação (16,4%), a construção civil e os serviços domésticos passaram para 2,3% e 8%. Os assalariados decresceram de 70,9%, em 1990, para 62,2%, em 2001, e os que possuíam carteira assinada de 52% para 40,2%. Os autônomos cresceram de 16,3% para 21,4% e a taxa de desemprego passou de 9,7% para 16,1% (um milhão de desempregados)[9] .

4 Folha de São Paulo. Cotidiano Online, 28/09/2002.

5 Caderno I. IG, 03/01/2003.

6 Inscritos na Fundação Projeto Travessia, entre 1996 e 2001.

7 Caderno I. IG, 03/01/2003.

8 Folha de São Paulo. Cotidiano, 12/02/2003, p. C1 e C3.

9 Fundação SEADE, PED 1990 e 2001.

O agravamento da violência em nível estrutural (MINAYO, 1999) tornou-se um importante problema de saúde pública, que tem como uma de suas medidas a taxa de mortalidade por homicídios por 100 mil habitantes. Em São Paulo, esse indicador, revelador de tensão social, passou de 44,8, em 1991, para 91,1, em 2000. Em 2001, foi responsável pela segunda causa de morte da cidade (5.987 homicídios, PRO-AIM[10]).

O Índice de Vulnerabilidade Juvenil[11] , elaborado para os 96 DAs a partir de cinco variáveis (taxa anual de crescimento populacional entre 1991 e 2000, porcentagem de jovens de 15 a 19 anos no total da população dos DAs, taxa de mortalidade por homicídio da população masculina de 15 a 19 anos, porcentagem de mães adolescentes de 15 a 17 anos no total de nascidos vivos, valor do rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio e porcentagem de jovens de 15 a 17 anos que não freqüentam escola), gerou cinco grupos de vulnerabilidade juvenil, sendo que o Grupo 1, o menos vulnerável, engloba apenas nove DAs[12] ; o Grupo 2, segundo menos vulnerável, 21; o Grupo 3, de escala intermediária de vulnerabilidade, 25; o segundo entre os mais vulneráveis, 22; e o mais vulnerável, 19 DAs. Nos 41 DAs[13] de maior vulnerabilidade (Grupos 4 e 5), moram 65% dos jovens da cidade.

A essa cidade partida coube detectar novos padrões de contrato e de solidariedade sociais, envolvendo criatividade, sensibilidade, conhecimento teórico, político e prospectivo, que pudessem apontar para algum caminho ainda não percorrido, mas que, certamente, deveria incluir a promoção da participação com cidadania (COHN, 1999). Como uma possibilidade, foi aprovado um projeto de lei do Executivo[14] , em 2002, que cria um modelo descentralizado de governar. A nova estrutura política da cidade contempla tornar, a partir de 2003, 31 Subprefeituras em representações autônomas, com orçamento próprio, poder de decisão, direção, gestão e controle dos assuntos municipais em nível local. Os subprefeitos serão gestores de 96 DAs, onde se situam 41 Distritos de Saúde–DS.

10 Programa de Aprimoramento de Informações de Mortalidade no Município de São Paulo, coordenado pela Secretaria Municipal da Saúde – SMS e executado com o Serviço Funerário do Município de São Paulo – SFMSP e Companhia de Processamento de Dados do Município de São Paulo – PRODAM. Criado em 1989, tem por objetivo fornecer informações de mortalidade para a elaboração de diagnósticos de saúde, vigilância epidemiológica e avaliação de serviços.

11 Fundação SEADE, 2002.

12 Jardim Paulista, Moema, Alto de Pinheiros, Itaim -Bibi, Pinheiros, Consolação, Vila Mariana, Perdizes e Santo Amaro.

13 Grupo 4: Sacomã, Jabaquara, Vila Medeiros, Cangaíba, Cidade Líder, Vila Andrade, Vila Maria, Tremembé, Ermelino Matarazzo, São Miguel Paulista, José Bonifácio, Jaçanã, Itaquera, Raposo Tavares, Campo Limpo, São Mateus, Parque do Carmo, Vila Jacuí, Perus, Cidade Dutra, Jardim São Luís, Jaraguá. Grupo 5: Cachoerinha, Guaianases, Sapopemba, Capão Redondo, Lajeado, Anhangüera, São Rafael, Jardim Helena, Cidade Ademar, Brasilândia, Itaim Paulista, Pedreira, Parelheiros, Jardim Ângela, Grajaú, Cidade Tiradentes, Iguatemi e Marsilac.

14 Lei No 13 399/01/08/2002.

A DISTRIBUIÇÃO DAS DESIGUALDADES NO TERRITÓRIO URBANO

O Mapa da Exclusão/Inclusão Social (SPOSATI, 2000)[15] mostra que, ao lado de uma pujança, convivem, em São Paulo, contingentes significativos de responsáveis por domicílios sem nenhum rendimento, como nos DAs de Marsilac (27,3%), Parelheiros (22,4%), Jardim Ângela, Grajaú e Pedreira (perto de 20%, cada um), todos na região sul da cidade. Marsilac também possuía a maior porcentagem de responsáveis com rendimento até dois salários mínimos (39%), sendo que Jacuí, Jardim Helena, Lajeado e Itaim Paulista possuíam cerca de 30%. Nesses DAs, os responsáveis por domicílios com rendimentos maiores que 20 salários mínimos não atingiram 1,5%. Em contrapartida, em Perdizes, Pinheiros, Itaim-Bibi, Alto de Pinheiros, Jardim Paulista, Morumbi e Moema eram mais de 40%.

O Mapa revela ainda nítida relação entre rendimento e escolaridade. Marsilac possuía a maior porcentagem de responsáveis pelos domicílios com menos de 1 ano de estudo (18,8%), seguido por Parelheiros, Lajeado, Iguatemi e Jardim Helena, com valores próximos a 11%. As maiores porcentagens de responsáveis analfabetos funcionais, ou seja, com menos de 4 anos de estudo, foram praticamente encontradas nos mesmos DAs: Marsilac (40,2%) e Parelheiros, Jardim Ângela, Iguatemi e Lajeado (cerca de 30%). Os DAs que abrigavam os responsáveis de domicílios que recebiam mais de 20 salários mínimos eram os mesmos (mais o de Vila Mariana) que apresentavam o maior número de responsáveis com mais de 15 anos de estudo (entre 49% e 60,2%).

Quanto ao acesso da população aos serviços de infra-estrutura urbana, Marsilac, de novo, tem a pior situação, pois 99,1%, 99,7% e 29,5% dos seus domicílios, respectivamente, tinham acesso precário à água, ao esgoto e ao lixo. Parelheiros tinha 81,4% e 40,7% dos seus domicílios com coleta de esgoto e acesso à água precários. Anhangüera, Perus e Grajaú, em seguida, mostram piores indicadores, 3,6%, 8,6% e 5,7% dos domicílios com acesso à água precário. Quanto ao esgotamento sanitário, 16 DAs tinham coleta de esgoto precária em mais de 20% dos domicílios. Desses, seis ultrapassavam 30%.

No aspecto habitacional, Jardim Ângela, Capão Redondo, Sacomã e Grajaú possuíam, cada um, entre 12 e 15 mil domicílios subnormais, ou seja, conjunto construído por, no mínimo, 51 unidades habitacionais, ocupando ou tendo ocupado terreno alheio, disposto de forma desordenada e densa, carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais.

Os DAs que tiveram maiores taxas de homicídios por 100 mil habitantes, em 2000, pelo Mapa, foram Cidade Tiradentes (237,3), Cachoeirinha (229,2), Guaianases (223,7), Parelheiros (218,2), São Mateus (212,8), São Rafael (212,3) e Jardim Ângela (207,1). Jardim Ângela e Cidade Tiradentes apresentaram os maiores números absolutos, respectivamente, 109 e 93 homicídios.

15 Pesquisa que constrói índices de discrepâncias, de exclusão e de inclusão social para os 96 DAs, com base em 47 variáveis, realizada pela PUC-SP, Instituto Pólis e INPE.

Organizar, disciplinar e oferecer um serviço de transportes de qualidade (com rapidez, conforto, regularidade, segurança, modicidade tarifária, eficiência, atualidade tecnológica e acessibilidade), num aglomerado urbano como São Paulo, têm encontrado grande resistência por parte dos operadores do sistema. O metrô, avaliado como o melhor meio de transporte pela população, cobre apenas 49 km da cidade; o transporte individual iguala-se ao coletivo em número de viagens (51% e 49%, respectivamente); o deslocamento diário enfrenta congestionamentos de até 140 km/diários, em horários de pico[16] . A pesquisa Origem-Destino[17] , de 1997, revelou que o maior tempo médio de viagem pertence aos moradores dos DAs de Jardim Ângela, da Cidade Tiradentes, do Grajaú e de Guaianases, 61, 50,4, 48,8 e 48,1 minutos, respectivamente.

A terceira e última versão ainda não concluída do Mapa da Exclusão/Inclusão Social revela que a cidade ganhou um milhão de excluídos entre 1991 e 2000, com cerca de 8,9 milhões de seus habitantes vivendo abaixo de um padrão desejável de vida, resultado da ausência ou inadequação de políticas públicas e da carência na oferta de equipamentos sociais. Apontou também a deterioração na qualidade de vida da população de 74, dos 96, DAs (o Jardim Ângela e o Grajaú são os piores lugares para se viver) e que a Zona Leste perdeu, para a Sul, a condição de região mais carente da capital, uma vez que, na última década, os níveis de exclusão da Zona Leste não se alteraram e a região conseguiu melhorias coletivas. Na Sul, a exclusão se intensificou. Precisamos agora entender como isso ocorreu (SPOSATI, 2003).

O PERFIL DA SAÚDE NO MUNICÍPIO

A Secretaria Municipal de Saúde – SMS, em 2001, integrou São Paulo ao Sistema Único de Saúde–SUS e adotou a distritalização[18] como forma de gerir os 41 DS. Em 30/12/2002, o Município foi habilitado à Gestão Plena da Atenção Básica – Ampliada e está gerenciando um sistema que, de 1993 a 2000, igualava-se a um modelo privatizado de saúde (Plano de Assistência à Saúde – PAS), privilegiando o pronto-atendimento em detrimento do seguimento e da integralidade, atrasando em quase uma década a municipalização.

A distritalização, cujo projeto foi elaborado com a Secretaria de Estado da Saúde, é uma das táticas para se alcançar o objetivo maior que é implantar o SUS por meio de seus pilares básicos: assistência universalizada (saúde para todos), integral (abarcando toda a cadeia de complexidade dos problemas), eqüânime (diferenciando quantitativa e qualitativamente os serviços de acordo com as necessidades da população) e com a participação ativa dos cidadãos, uma vez que aos DS cabe atender quase 10,5 milhões de

16 Emplasa, 2001.

17 Companhia do Metropolitano de São Paulo, 1997.

18 Comunicado 01/01 SMS.G e Comunicado 87/02 SMS.G.

pessoas convivendo com os riscos e as doenças típicas da miséria e da riqueza. Ainda morrem mulheres de parto, crescem os números das doenças crônico-degenerativas ao lado do aumento da expectativa de vida. As mortes violentas atingem a uma população que os fatores de risco tradicionais não costumam afetar, milhares de jovens são vítimas de acidentes de trânsito, do tráfico de drogas e de homicídios.

Para facilitar a implantação da distritalização, direcionar prioridades, hierarquizar problemas e acompanhar a adequação das políticas adotadas à realidade de cada um dos DS, a SMS elaborou um Índice-Saúde, um instrumento de gestão para cada um dos 41 DS, e os classificou, por meio de uma síntese dos dados, articulando quatro indicadores que avaliam desde o estado de saúde da população, a qualidade e a adequação das condições sociais e ambientais de vida, a qualidade do pré-natal e do parto, as condições nutricionais e assistenciais de rotina (mortalidade infantil), até a questão do acesso, da atuação dos serviços de saúde – individual e em grupo – e da adesão ao tratamento adequado (incidência de tuberculose e mortalidade precoce por doenças crônicas não-transmissíveis), passando por informações sobre demanda potencial para atendimento de emergência e urgência (mortalidade por causa externas). Nos extremos da classificação do Índice-Saúde, tem-se Pinheiros, com o melhor, e Jardim Ângela, com o pior desempenho.

A razão de mortalidade proporcional[19] (considerada medida de qualidade de vida), relação entre o número de óbitos de pessoas de 50 anos e mais e o total de óbitos, em São Paulo, em 2001, foi de 68%, apontando óbitos prematuros e condições de saúde distintas nos DAs: situações próximas da ideal, como no Jardim Paulista, onde 91% de óbitos são de pessoas com 50 anos e mais, e uma sobremortalidade de crianças, jovens e adultos no Jardim Ângela, com 41% de óbitos que podem estar associados a piores condições de vida.

Em 2001, cerca de 64 mil óbitos registrados no Município (SÃO PAULO, 2002b) tiveram por principais causas as doenças isquêmicas do coração, os homicídios, as doenças cerebrovasculares, as pneumonias, bronquite, enfisema e asma, representando as duas primeiras 13% e 9% do total. A mortalidade, no entanto, assume contornos diferentes em cada grupo etário, sendo especialmente dramática entre jovens.

Para menores de um ano, predominam as afecções respiratórias do recém-nascido. Para crianças de 1 a 9 anos, sobressaem-se as pneumonias e os acidentes de trânsito e transporte. Para adolescentes e jovens (10 a 24 anos), destacam-se sobremaneira os homicídios, representando 63% dos óbitos. Os homicídios também são a primeira causa de morte entre homens adultos (25 a 59 anos), porém em proporções menores, cerca de 16% dos óbitos. Em 2000, a taxa de mortalidade de jovens de 15 a 19 anos, em São Paulo, foi 138,8 mortes por

19 Conhecida como Indicador de Swaaoop-Uemura.

100 mil habitantes, mais que o dobro da média do País, 52,1. Para os idosos, predominam as doenças isquêmicas do coração (17% dos óbitos dos paulistanos com 60 anos e mais).

Embora a mortalidade infantil venha caindo significativamente, no Município, passando de 30,9 óbitos por mil nascidos vivos, em 1990, para 15,2, em 2001, a sua taxa média encobre grandes desigualdades (5,5, no DA da Penha e 23,3 no de Vila Leopoldina). Verifica-se concentração de 65% de óbitos neonatais (até 28 dias), especialmente na primeira semana de vida (46%), predominando os óbitos associados a fatores ligados à gestação e ao parto.

O número de óbitos e os coeficientes de mortalidade materna permanecem altos[20]. Em 1996, o coeficiente foi de 50,9 óbitos por 100.000 nascidos vivos e, em 2000, 54,5. Numericamente parecem poucos (108, em 1996, e 113, em 2000), porém representam óbitos de mulheres em idade fértil relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério, em sua maioria, evitáveis, dependendo do acesso a serviços de saúde de boa qualidade. Dos 113 óbitos[21], em 2000, 57% deveram-se a causas diretas, resultantes de complicações obstétricas do estado gestacional, de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou de uma seqüência de eventos de qualquer uma dessas situações, sendo as duas principais causas a eclâmpsia/pré-eclâmpsia (19% do total) e a gestação terminada em aborto (12%).

Entre as doenças transmissíveis destacam-se a tuberculose e a Aids. A tuberculose permanece em patamares elevados. Em 2001, registrou-se um coeficiente de incidência de 57,6 casos por 100 mil habitantes, com maiores taxas na região central, nos DAs República e Brás (210,4 e 242,8 casos, respectivamente)[22]. Dados preliminares de 2001 indicam 23,3 casos de Aids por 100 mil habitantes, com piores situações, novamente, nos DAs República (208,3) e Brás (131,7), evidenciando a associação entre tuberculose e Aids. O DA de Iguatemi tem a menor taxa (7,2 casos).

Em 2002, o Município sediava 1.769 estabelecimentos de saúde, 19% do total do Estado: 177 hospitais, 1.210 estabelecimentos sem internação e 382 de apoio a diagnose e terapia, predominando a rede privada (75%), com o restante distribuído entre unidades municipais (18%) e estaduais (6,5%). A rede hospitalar dispunha de 24.957 leitos, uma oferta de 2,6 leitos por mil habitantes, 62% na rede privada, com metade dessa prestando serviços ao SUS. A Prefeitura e o Estado respondiam por 11% e 26% desses leitos (IBGE[23], 2002).

20 Há subenumeração devido à falha no preenchimento da causa de morte nas declarações de óbito, porém a notificação foi aprimorada com a implantação dos Comitês Regionais e Distritais de Mortalidade Materna.

21 Óbitos ocorridos até 42 dias após o término da gestação, classificados como morte materna direta e indireta.

22 Comitê Central de Mortalidade Materna -PMSP.

23 Pesquisa de Assistência Médica- Sanitária.

A Pesquisa de Condições de Vida – PCV[24] investigou, em 1998, o acesso à saúde por convênio ou seguro médico: 47,7% tinham convênio ou plano de saúde. Dos titulares, 57,5% possuíam convênios particulares e 41,4% convênios de empresas empregadoras e, dos que haviam usado serviços de saúde, nos 30 dias anteriores à pesquisa, 6,3% utilizaram serviço pago (medicina privada), 50,4% o pré-pago (medicina de grupo) e 43,3% o SUS.

Em 2000, São Paulo contava com metade dos médicos existentes no Estado, 37 mil (3,6 médicos por mil habitantes); cerca de 21 mil dentistas (2,9 por mil); quase 12 mil enfermeiros e mais de 56 mil auxiliares de enfermagem (1,1 e 5,4 por mil habitantes, respectivamente). Os estabelecimentos de saúde dispunham, em 1999, de quase 170 mil postos de trabalho, 61% em unidades vinculadas ao SUS. A Prefeitura respondia por 13%.

A SMS tinha, em 2001, seis Programas prioritários: Saúde da Família–PSF; Acolhimento (atendimento humanizado); Nascer Bem (gravidez segura e parto saudável); Resgate Cidadão (rede de apoio à vida em situações de violência, urgência e emergência); Controle do Aedes Aegypti (combate à circulação do vírus da dengue); e Cabeça Feita (responsabilidade no lidar com álcool, fumo e drogas).

O PSF, entre janeiro de 2001 e janeiro de 2003, representou o eixo de estruturação da Atenção Básica, atingindo, em agosto de 2002, cerca de 2,3 milhões de pessoas (23% da população), por meio de 3.544 Agentes Comunitários de Saúde–ACS, 145 Unidades Básicas de Saúde-UBS, 570 equipes (445 Equipes de Saúde da Família - ESF e 125 Equipes do Programa Agentes Comunitários de Saúde–PACS). Doze instituições de ensino e de serviços funcionavam como Rede de Apoio à Implantação do PSF, quando já haviam se firmado cooperações técnicas com organismos nacionais e internacionais e se criado grupos de trabalhos para elaborar indicadores e índices de saúde para as ESF/UBS. A atuação do PSF dava-se, fundamentalmente, em três frentes: no desenvolvimento do DS, da Atenção Básica e na execução de ações contra a violência e a Aids. O financiamento do PSF vinha do Fundo Municipal de Saúde, alocado às instituições parceiras, atingindo R$19,5 milhões, em 2001, e R$ 41,3 milhões, em agosto de 2002 (SMS, 2002).

As metas do PSF, até 2004, eram estender o Programa aos 41 DS; atingir 1.750 ESF (700, em 2003, e as demais até 2004) e 10,4 mil ACS; dar cobertura a 7 milhões de paulistanos; implantar a odontologia nas ESF; consolidar a Rede de Apoio; revisar currículos nas residências e reorientar projetos de extensão universitária, financiados pela SMS, à lógica do PSF e das vivências das UBS; e implementar o desenvolvimento dos recursos humanos.

O balanço de 20 meses do PSF (SMS, 2002) apontou inúmeros desafios enfrentados, como a cultura da saúde privatizada, da hegemonia hospitalar e da tecnologia de ponta, o não-cumprimento dos preceitos constitucionais do SUS, traduzido na desintegração da rede, na desarticulação de seus trabalhadores, a inexistência de profissional para atuar

24 Fundação SEADE, 1998.

na saúde da família, a limitação da legislação para contratação de pessoal e gastos com outras despesas, a ausência de instrumentos e metodologias para a reorganização da Atenção Básica, extremamente complexa e demandante de uma alta tecnologia social e sanitária, e prevalência de condições diferenciadas por parte dos DS na adesão, envolvimento e implantação da estratégia do PSF.

A cidade, que não podia continuar sendo pensada sem que se levasse em conta a sua heterogeneidade (SPOSATI, 1999), assumiu, em 2001, que as políticas sociais, nesse contexto de desigualdades, deveriam ser intersetoriais e multifocadas para enfrentar a exclusão e promover a inclusão, pois não se assegura qualidade de vida apenas com a presença de serviços, mas pela compatibilidade deles às condições de seus usuários, aglutinando cultura, justiça, ética e política.

DISTRITALIZAÇÃO: UMA POSSIBILIDADE DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL NO DS DO GRAJAÚ

O estudo do processo da distritalização no Grajaú, após dois anos de implantação (janeiro de 2001/janeiro de 2003), procurou conhecer como esse modelo de gestão foi conduzido nesse período, o nível de saúde da população no seu território de abrangência, as necessidades de sua população, os procedimentos adotados em favor da resolução dos problemas identificados, visando à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida, as mudanças ocorridas por conta da adoção desse modelo assistencial, os principais obstáculos e acertos, expectativas e esperanças advindos da tarefa de implementar as Subprefeituras, tendo a Distritalização da Saúde e o PSF como as estratégias por meio das quais se pensava universalizar a assistência integral, nesse Distrito de extrema pobreza. Como resultado desse trabalho, apresenta-se uma análise fundamentada por dados e indicadores de diferentes acervos e por informações obtidas mediante variáveis aplicadas à entrevista individual com a Direção do DS.

O DS do Grajaú, que equivale ao DA, situa-se no extremo sul de São Paulo, pertence à Subprefeitura da Capela do Socorro, cuja população passou de 36,5 mil habitantes, em 1960, para 561 mil, em 2000. Com um crescimento populacional de 6,1% ao ano, entre 1991 a 2000, os adolescentes e jovens, de 10 a 29 anos, representam cerca de 40% do total da população do DS. Dos responsáveis pelos domicílios, perto de 20% não têm rendimento e 50% têm rendimento de menos de três salários mínimos. É o 38º, entre 41 DS, no Índice-Saúde[25] , o segundo lugar entre os excluídos do Mapa da Exclusão/Inclusão 2000 e integra o Grupo 5 (o pior) do Índice de Vulnerabilidade Juvenil. É uma cidade dentro da cidade, tem 331,9 mil moradores[26] , 92 km^2 de área, abriga uma população caracterizada pela diversidade (nordestinos, mineiros, paranaenses e paulistas do interior),

25 Coeficientes de mortalidade infantil (17,6 por mil nascidos vivos), de mortalidade precoce por doenças crônicas-degenerativas (52,1 por 100 mil habitantes) e por causas externas (132,0 por 100 mil habitantes) maiores que os do Município, respectivamente 15, 0, 25,8 e 91,1.

26 No Brasil, apenas 130 municípios têm mais de 250 mil habitantes.

obrigada a se descaracterizar pela complexidade da vida urbana e pela quase ausência de uma convivência coletiva, sistemática e universalizada em termos de Cultura, Esportes, Lazer e Ocupação Criativa do Tempo Livre.

No Grajaú, vivem operários, aposentados e desempregados da indústria, do comércio e dos serviços de Santo Amaro, gente que, pioneiramente, construiu casas adequadas aos padrões de moradia, por conta própria ou em mutirões, gente que veio morar nos conjuntos residenciais populares, gente que vive em 384 bairros clandestinos, provocando impacto negativo às áreas de proteção ambiental da represa Guarapiranga, que, em grande número, autoconstruiu suas casas em solos vulneráveis à erosão e declives inadequados e/ou em favelas. É o DA com maior área ocupada por favelas[27] (3,46 km^2 e 19% de sua população), gente desprovida de infra-estrutura, de equipamentos sociais e de transporte coletivo em número suficiente, gente sobrevivendo em núcleos isolados de áreas rurais. Gente que parecia começar a ser entendida, atendida e querida pelas autoridades públicas municipais.

Na área de saúde, em janeiro de 2003, o DS contava com oito unidades de saúde, quatro trabalhando com a lógica tradicional e quatro com PSF, um hospital geral, dois pronto-socorros, ambos com muita demanda, principalmente, de vítimas da violência local, e um ambulatório de especialidades. Já havia dois projetos Qualis/PSF, quando o DS foi criado, os outros dois PSF foram implantados em 2001.

O ambulatório de especialidades tinha cardiologista (adulto e infantil), oftalmologista, colposcopista, otorrino, sendo que a ultrassonografia e as ações de combate à gravidez de risco encontravam-se em fase de implantação. Contava ainda com um médico do trabalho e um acupunturista para atender o doente ocupacional sem convênio, que não é sindicalizado.

A equipe técnica do DS constituía-se por três enfermeiros que trabalhavam com vigilância, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar administrativo, dois pediatras, um sanitarista, um psicólogo, um dentista e um assistente social. Havia um carro (que cada uma das Unidades tinha o direito de utilizar quatro horas por semana) e uma ambulância (no Posto Avançado em Santo Amaro) para servir toda a Região Sul. Há também os veículos do Projeto Resgate Cidadão (acidente na rua ou em casa), projeto esse em fase de implantação. Existia assistência farmacêutica básica universal (até para receita do convênio), no entanto, não se trabalhava com todas as medicações porque o DS não tinha farmacêutico.

Os principais problemas encontrados foram os de doenças respiratórias em todas as faixas etárias; de diabetes e hipertensão que provocam óbitos precoces aos 50 anos,

27 Folha de SP. Cotidiano. Cidade ganha uma favela a cada oito dias. 12/02/2003, p. C1 e C3.

devido às más condições de vida do doente, de crianças subnutridas, até as de creches (também não havia creches para todas). Grande parte das gestantes chega aos serviços, para a primeira consulta, no segundo ou terceiro trimestre de gravidez. Para estimular o retorno, doavam-se passes para o ônibus (as distâncias são grandes), sendo relatado que poucas retornam. Havia uma taxa preocupante de abandono de vacinação e entendia-se que o número de casos de tuberculose e Aids estavam subestimados, por falta de diagnóstico, quando chegam aos serviços, por conta da gravidade, precisam ser referenciados. As maiores demandas para as referências eram de neuro, conseqüência de parto e quedas de construção, telhados e muros; psiquiatria para casos de álcool e drogas; fono para crianças e jovens com dificuldade de se expressar; ortopedia e fisioterapia por traumas. No extremo sul do DS, onde não havia PSF, era possível encontrar gente que passa fome[28] . Nos bairros atendidos pelo PSF, as crianças apresentavam o maior número de problemas, havendo também idosos abandonados, acamados por seqüelas de acidentes e tentativas de homicídios, que desconheciam seu direito a cadeira de banho, de roda, fisioterapia e reabilitação pelo SUS, cabendo ao ACS acionar a Assistência Social. Existia atendimento de Saúde Bucal em quatro unidades (apenas uma de PSF). Não havia ações específicas para deficientes que, em maior número, apresentam problemas auditivos. Os ACS encontraram também crianças deficientes físicas que não saíam do berço. A saúde mental se desenvolvia por meio da Atenção Básica e no ambulatório de especialidades. O DS realiza atividades com adolescentes e jovens nas Unidades, por meio de trabalho de grupo. Não se registram ações específicas para familiares e amigos das vítimas da violência, quando procuram as unidades são referendados para serviços de psicologia, como o da Universidade Santo Amaro – UNISA, assim como são referendados também os casos de violência sexual.

As duas principais prioridades do DS eram oferecer Atenção Básica para todos (com o PSF como eixo) e enfrentar a dificuldade de acesso aos serviços. A dimensão estrutural dos problemas existentes fazia com que se enxergassem soluções apenas de longo prazo. A demanda existente mostrava que, além de oferecer, era preciso estabelecer uma boa relação com os serviços de referência e que os serviços funcionassem durante 24 horas, diariamente. As ações desenvolvidas, além das pré-definidas pelo Índice-Saúde – combate à mortalidade infantil e às mortes prematuras relacionadas a diabetes e hipertensão, à incidência da tuberculose e promoção de atividades contra a violência – eram discutidas com o Conselho Gestor Distrital e com as UBS. Foi possível observar que a grande variável para a qualificação do serviço estava na chefia, naquela que acredita no que faz, que tem

28 Caminhos da Reconstrução. Boletim Informativo da Subprefeitura de Capela do Socorro. Janeiro de 2003.

sensibilidade, profundo conhecimento sobre as questões impostas, habilidade para lidar com a população e demonstração de compromisso com a necessidade de transformação. Esse dirigente era considerado como o principal orientador da transição entre o atendimento tradicional e a lógica do PSF (houve vários cursos para os gerentes das UBS). Os profissionais dos serviços vinham sendo capacitados para compreender as situações de desigualdade, de exclusão e de violência com as quais convivem (Curso de Formação Política em Direitos Humanos em parceria com o Instituto Brasileiro de Estudo e Apoio Comunitário–IBEAC.), mobilizados em favor de uma cultura da paz e de combate à violência institucional, havendo uma expectativa de tornar o Projeto Acolhimento um possibilitador do acesso, vislumbrando a importância do ouvir e da não-ocorrência da oportunidade perdida (ninguém deve sair da UBS sem ser atendido, sem, pelo menos, resolver suas dúvidas ou aparar suas ansiedades, principalmente as gestantes). O usuário também era estimulado para exigir um bom atendimento, havendo caixas para reclamações e sugestões nas unidades e um telefone para o mesmo fim no DS.

O PSF, até então, eixo estruturante da reorganização da Atenção Básica e do acesso aos demais serviços de saúde, em janeiro de 2003, atingia 70 bairros, 17 mil famílias cadastradas (20% da população, numa área onde vivem 100 mil), 19 equipes de PSF (quando eram necessárias 91), 80 profissionais envolvidos (entre médicos, enfermeiras e outros funcionários) e 126 ACS, que representavam o diferencial entre o PSF e o atendimento clássico. Moram no bairro e podem traduzir os anseios da população local, não só do ponto de vista da saúde, como também do ponto de vista cultural (hábitos, comportamentos, costumes, crenças, gostos), pois trabalham com gente da zona urbana e rural. O ACS cumpre o papel de articulador entre a comunidade e a Saúde, leva atendimento aos que não têm condições de procurar os serviços (acesso). As equipes de PSF vêm notando que a comunidade recebe as ações com mais espontaneidade, tornando-se mais responsável pela própria saúde. O ACS descreve as situações observadas, de saúde e de vida, para a equipe da UBS, em reuniões semanais (ou quantas forem necessárias em casos extraordinários) e em encontros diários. As famílias são visitadas pelo ACS pelo menos uma vez por mês; aquelas em que existem diabéticos, hipertensos, recém-nascidos e acamados recebem mais visitas. Os recém-nascidos são visitados imediatamente após o nascimento, para que se estimule a amamentação. Para ser admitido como ACS, o profissional que já é da rede passa por uma seleção interna e recebe gratificação salarial, o que não é passa por uma seleção realizada pelo parceiro, que é o contratante. Os ACS têm de ser maiores de 18 anos e possuírem o ensino fundamental completo. Eram celetistas, ganhavam R$ 426,00[29], cesta básica e outros benefícios. A maioria (90%) é mulher, entre 25 e 30 anos, e estava desempregada. Os enfermeiros

29 Janeiro de 2003.

recebiam o maior número de capacitações, pois, em sua maioria, têm habilitação para o trabalho hospitalar e não para o de Atenção Básica.

A descentralização da gestão foi considerada como muito importante, embora a autonomia do DS ainda fosse relativa; existia para a organização dos serviços, para o estabelecimento de parcerias e referências, no entanto, o orçamento ainda estava centralizado. O primeiro Plano de Gestão/Ação foi elaborado no DS e repassado para as unidades, o segundo, o de 2003, foi elaborado em cada uma das unidades; delas para o DS, juntamente com um levantamento histórico da unidade (um compromisso dos profissionais e da comunidade com a memória do serviço). O DS mantinha um banco de dados de Saúde, cujos indicadores e informações necessitavam ser desagregados.

O trabalho intersetorial, de promoção de saúde, ainda não fazia parte da rotina, não havendo atividades, projetos e ações planejadas e integradas com outros setores de atuação social, ainda que as UBS tivessem boas relações com as escolas e realizassem atividades esporádicas conjuntamente. A principal necessidade apontada, nesse sentido, era a de planejar e executar um trabalho conjunto com a Pastoral da Criança, que já prestava assistência na região, fazendo pesagem e distribuindo suplementação alimentar, para incentivar e evitar abandono na vacinação. Havia dois tipos de ações educativas, nas UBS e nos espaços comunitários, por exemplo, nas igrejas. Ainda se sentia dificuldade no exercício de interagir, sendo que o engajamento da população local no planejamento e no monitoramento das ações do DS encontrava-se embrionário, em construção. A adesão a eventos educativos dá-se mais facilmente quando realizados nos locais de moradia, como as Passeatas e as Gincanas contra a Dengue (o DS não registrou casos de dengue autóctone). Existem também as rádios-comunitárias, em que os profissionais das UBS e os ACS dão entrevistas e participam da programação respondendo perguntas. Essas rádios são levadas ao ar por lideranças locais. A maior demanda para o Conselho Tutelar-CT da Capela do Socorro vem do Grajaú, Distrito que realizou uma das maiores plenárias temáticas deliberativas do processo do Orçamento Participativo, com cerca de 600 pessoas, sendo o PSF escolhido quase por aclamação. O Conselho Gestor Distrital, formado em março de 2002 e composto de 24 integrantes, constituía-se por 12 representantes da Comunidade, seis trabalhadores em saúde das UBS e seis prestadores de serviços do poder público (o DS oferecia capacitações para lideranças, desenvolvidas pelo Instituto Pólis).

A articulação com as demais políticas públicas municipais, que favorecem impacto positivo na qualidade de vida e possibilitam a integração estrutural com as diferentes esferas administrativas da Subprefeitura, tinha como principal protagonista os ACS, pois divulgam projetos de diferentes áreas, informam os critérios de participação, o calendário de inscrição e participam de cadastramentos dos programas com propostas de inclusão social. O PSF era considerado a diretriz para ampliação da rede de Atenção Básica, uma forma de olhar e

compreender quem vive no Grajaú, embora houvesse a clareza da necessidade de se investir em outros Programas. A esperança de se superararem/melhorarem os indicadores sociais e de saúde e as classificações atingidas pelos ranking das desigualdades sociais foi dimensionada como algo a longo prazo, com o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde capazes de gerar oportunidades para a superação da situação de exclusão social, individual e coletiva. Aí a população teria motivo para modificar sua forma de encarar o Grajaú, para desenvolver um sentimento de pertença, pois, embora não seja uma população de passagem, ela se vê como tal, tem vontade de se mudar. Desqualifica os serviços, mal vistos a priori. Pensa-se que o maior desafio das autoridades municipais locais é o de construir a Capela do Socorro Saudável, por meio do desenvolvimento de políticas públicas comprometidas em demonstrar que valerá a pena continuar vivendo no Grajaú.

As ações da SMS, por meio da distritalização, suscitam uma rica reflexão, ao mesmo tempo em que reacendem as expectativas de resgate da qualidade do serviço público, de um maior vínculo dos dirigentes locais com a população organizada e de um compromisso com o pleno funcionamento dos serviços (KAYANO, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre São Paulo trata da caracterização dos seus contrastes, da distribuição das desigualdades por seu território urbano, do perfil da saúde e da análise de uma modalidade de gestão e gerenciamento de sistemas e serviços de saúde, por meio do processo de distritalização no Grajaú.

Moldada num processo contraditório e confluente, ergueu-se uma cidade bonita/feia, alegre/ triste, rica/miserável, doente/saudável, desesperada/esperançosa, em que parte da população isola-se para trabalhar, morar e comprar, protegida por sofisticados aparatos de segurança, enquanto outra invade e ocupa ruas, praças e lotes para sobreviver e morar, formulando diferentes estilos de vida urbanos, mediante a criação de espaços de sobrevivência e convivência, como se fossem novos quilombos. Os que estão na rua trabalhando e os que nela estão se virando arriscam-se, sob a mira de fiscais, da criminalidade, das máfias, das seitas religiosas e da polícia.

Entre 1992 e 2000, interrompeu-se a descentralização da gestão da área da saúde, sendo que os critérios de racionalidade do PAS tinham pouco a ver com serviços de interesse público e nada que pudesse parecer com saúde integral. A análise da distritalização no Grajaú, entre janeiro de 2001 e janeiro de 2003, mostrou que ainda não existia Atenção Básica para todos (PSF como eixo), que havia grande dificuldade de acesso aos serviços e que, pela dimensão estrutural dos problemas existentes, suas

soluções seriam de alcance em longo prazo. Garantiu-se, no entanto, pela primeira vez, um planejamento socialmente construído e diferenciado, para 2003, com possibilidade de motivar um compromisso coletivo em relação à humanização e à qualidade da atenção.

O controle social envolvendo a participação popular ativa ainda não era uma realidade, porém parecia haver um comprometimento militante da Direção do DS com a construção de um saber coletivo para favorecer a identificação e o combate aos fatores desencadeadores de risco e o estímulo ao fortalecimento de fatores protetores à saúde e à vida da comunidade do Grajaú, onde todos pudessem engajar-se de forma consistente.

O combate à desigualdade e à exclusão social a que estão submetidas milhares de famílias, que enfrentam pobreza, desemprego e violência, tem uma política acertada da Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade que, desde 2001, vem implantando três blocos de programas, integrados e articulados. No primeiro bloco, estão os programas redistributivistas, que garantem uma renda mensal às famílias pobres com dependentes entre zero e 15 anos para que mantenham seus filhos com mais de sete e até 15 anos na escola (Renda Familiar Mínima, as famílias recebem uma bolsa de até R$ 220,00), a jovens e adultos para que permaneçam na escola e/ou participem de atividades de capacitação (Bolsa Trabalho, para jovens desempregados entre 16 e 20 anos, recebem bolsa mensal de 45% do salário mínimo, mais auxílio transporte; Operação Trabalho, para desempregados de longa duração, entre 21 e 39 anos, recebem um salário mínimo, mais auxílio transporte e alimentação; e Começar de Novo, para desempregados com 40 anos ou mais, recebem capacitação para o trabalho e para atividades comunitárias, uma bolsa mensal de dois terços do salário mínimo, mais auxílio transporte). Do segundo bloco programático fazem parte os programas comprometidos com o incentivo à autonomia de pessoas pobres e/ou desempregadas (Oportunidade Solidária, atende beneficiados dos quatro programas redistributivos, é uma incubadora de empreendimentos para ampliar condições de geração de ocupação e de renda coletivos – associativos, cooperativos e comunitários – e individuais; São Paulo Confia/o Banco do Povo da Cidade de São Paulo difunde microcrédito sobretudo aos beneficiados pelos programas sociais para ampliação de negócios em desenvolvimento e para negócios que aparecerem no Oportunidade Solidária – a juros entre 0,48% para inscritos e até 3,9% para outros; e Capacitação Ocupacional para o mercado de trabalho, para atividades comunitárias, de cooperativas e do terceiro setor, destinada aos inscritos nos programas dessa Secretaria). Do terceiro bloco, fazem parte os programas comprometidos com o desenvolvimento dos territórios abrangidos pelas Subprefeituras (Desenvolvimento Local, direcionado a apoiar a reconstituição de elos de cadeias produtivas, recuperação de empresas falidas e investimentos em cooperativas; e o São Paulo inclui, que oferece alternativas ocupacionais

e de negócios, por meio da criação de um serviço de alocação de mão-de-obra e de intermediação de negócios). Os programas redistributivos no plano horizontal da ação do governo municipal paulistano não se mostrariam suficientemente inovadores caso não estivessem integrados e vinculados verticalmente aos programas emancipatórios e de apoio ao desenvolvimento local (SÃO PAULO, 2002).

Além disso, impõe-se às Subprefeituras a necessidade da implementação da autonomia na organização e nas decisões do sistema municipal descentralizado de saúde (distritalização) e da construção/elaboração das Agendas Regionais de Políticas Sociais Integrais, com ações intersetoriais que facilitem o acesso universal à saúde, à educação, à moradia, ao saneamento e à cultura (acesso e produção), itens de resultados de longo prazo, mas prementes e determinantes para a garantia de extensão da cidadania a todos os moradores do Grajaú, da Capela do Socorro e da cidade.

"Se podes ver, olha. Se podes olhar, repara". Mais do que o reparar da observação e do enxergar, sente-se, nessa conclamação, o desejo de Saramago (1995) de consertar, de recuperar e de reparar os danos causados aos que viram suas terras e casas arrasadas e aos seres humanos física, psicológica, social e culturalmente mutilados em sua potencialidade e capacidade de pensar, criar, construir e reconstruir a vida e a beleza. São Paulo precisa compartilhar desses sentimentos para se reencontrar e recuperar aquela que sempre foi a sua vocação: acolher sem distinção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTICO, C. "Mobilidade populacional diária no município de São Paulo". In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. Anais. Caxambu: ABEP, 2000.

ARAUJO, M. F. I. "Impactos da reestruturação produtiva sobre a região metropolitana de São Paulo no final do século XX". 2001. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia. Campinas: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Anuário estatístico de saúde do Brasil. Brasília, 2002.

CIDADE ganha uma favela a cada oito dias. Folha de São Paulo, São Paulo, 12 fev 2003. Cotidiano.

COHN, A. "A defesa da saúde na cidade". In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000, Águas de Lindóia. Anais: Saúde na Cidade: como garantir a qualidade de vida na cidade? Águas de Lindóia: APSP, 2000. v.2.

COMPANHIA DO METROPOLITANO DE SÃO PAULO. Pesquisa Origem e Destino 1997. Secretaria de Transportes Metropolitanos.

ELIAS, P. E. "Relações de responsabilidades entre os gestores do SUS: perspectivas para a garantia do acesso, qualidade e humanização da atenção". [S.l.: S.n.], 2002?. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/temas/Texto7.Acesso em: 04 nov 2002.

EMPRESA METROPOLITANA DE PLANEJAMENTO DA GRANDE SÃO PAULO. Por dentro do município de São Paulo. São Paulo, 2001. CD-ROM.

EMPRESA METROPOLITANA DE PLANEJAMENTO DA GRANDE SÃO PAULO. Valor Adicionado: vinte maiores municípios: 1995 – 1999. Disponível em: http://www.emplasa.sp.gov.br/estatistica_teste/dados/Finan/Finan002.htm. Acesso em: 15 dez 2002.

FUNDAÇÃO BANK BOSTON. Travessia. São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.bankboston.com.br/fundacao/proj_travessia.asp. Acesso em: 20 dez 2002.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico 2000. Rio de Janeiro, 2002.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de assistência médica sanitária 1999. Rio de Janeiro, 200?.

FUNDAÇÃO SEADE. Índice de vulnerabilidade juvenil. São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.seade.gov.br/ivj/. Acesso em: 01 fev 2003.

FUNDAÇÃO SEADE. Perfil Municipal. São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.seade.gov.br/perfil/index.html. Acesso em: 21 fev 2003.

FUNDAÇÃO SEADE. Pesquisa de condição de vida no Estado de São Paulo: situação socioeconômica da população paulista. São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.seade.gov.br/cgi-bin/pcvv98/pcv_01.ksh. Acesso em: 15 dez 2002.

FUNDAÇÃO SEADE. Pesquisa de Emprego e Desemprego 1990 e 2001. SEP. Convênio SEADE-DIEESE, São Paulo. Disponível em http://www.seade.gov.br/cgi-bin/titabpv98/tab.htm?tbl/PED/tbl00030-PED. Acesso em 17/02/2002.

JORDÃO, Claúdia. "The big issue" chega a São Paulo e ao Rio para dar mais dignidade aos moradores de rua. São Paulo: Ig, 2003. Disponível em: http://ultimosegundo.ig.com.br/home/cadernoi/artigo/0,2945,836478,00.html. Acesso em: 03 jan 2003.

KAYANO, J. "Considerações finais". In: JUNQUEIRA, V. "Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)". 2.ed. São Paulo: Pólis/PUC-SP, 2002. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, n. 3).

MAIA, P. B. "O impacto das mortes violentas na esperança de vida do município de São Paulo e de 4 zonas socioeconômicas". In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, Caxambu. Anais. Caxambu: ABEP, 2000.

MARRA, Lívia. "Reforma da catedral pode acelerar recuperação do centro de São Paulo". Folha de São Paulo, São Paulo, 28 set 2002. Cotidiano on-line. Disponível em: http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u59910.shtml. Acesso em: 03 jan 2003.

MINAYO, M.C.S.(org.) "Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80". 2.ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

PONCIANO, L. "Mil faces de São Paulo: pequeno dicionário histórico e amoroso dos bairros de São Paulo". São Paulo: Editora Fênix, 1999.

REUNIÃO REGIONAL DOS ESTADOS AMERICANOS, 14, 1999, Lima. Prioridades da OIT nas Américas. Lima: OIT, 2000. Disponível em: http://www.itamericas99.org.pe/spanish/conclus/text_por.shtml. Acesso em: 06 dez 2002.

SANTOS, M. C. L. "Moradores de rua: vidas embrulhadas".Pesquisa Fapesp, São Paulo, n. 45, ago 1999.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município. História e perfil da Capela do Socorro. São Paulo, 2002a. Disponível em: http://www6.prefeitura.sp.gov.br/subprefeituras/spcs. Acesso em: 02 dez 2002.

SÃO PAULO. Prefeitura do Município. Programa de aprimoramento de informações de mortalidade no Município de São Paulo. São Paulo, 2002b. Disponível em: http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/mortalidade/proaim/001. Acesso em: 15 dez 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Implantando o programa saúde da família no Município de São Paulo: balanço de 20 meses. São Paulo, 2002c.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Informações em Saúde. São Paulo, 2002d. Disponíveis em: http://www2.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/informacoes_saude/001. Acesso em: 15 dez 2002.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. Estratégia paulistana de combate à pobreza, ao desemprego e à desigualdade: Programas de Desenvolvimento Social. São Paulo, 2002e.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal do Desenvolvimento, Trabalho e Solidariedade. Indicadores de monitoramento dos programas sociais da Prefeitura de São Paulo. São Paulo, 2002f. Disponível em: http://www.portal.prefeitura.sp.gov.br/cidadania/programassociais. Acesso em: 19 mar 2003.

SÃO PAULO. Governo do Estado. Essa gente paulista. São Paulo, 2002g. Disponível em: http://www.saopaulo.sp.gov.br/saopaulo/gente. Acesso em: 12 dez 2002.

SARAMAGO, J. "Ensaio sobre a cegueira". São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SPOSATI, A (coord.). "Dinâmica social, qualidade ambiental e espaços intra-urbanos em São Paulo: uma análise socioespacial". Pesquisa Fapesp, São Paulo, n. 83, p. 14-20, jan 2003.

SPOSATI, A. (coord.). "Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo". São Paulo: Educ, 1996.

SPOSATI, A. (coord.). "Mapa da exclusão/inclusão social da cidade de São Paulo/2000: dinâmica social dos anos 90". São Paulo: PUC-SP/POLIS/INPE, 2000. CD-ROM.

SPOSATI, A. "Cidade em pedaços". São Paulo: Brasiliense, 2001.

SPOSATI, A. "Condições de saúde e qualidade de vida na cidade". In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 2000, Águas de Lindóia. Anais: Saúde na Cidade: como garantir a qualidade de vida na cidade? Águas de Lindóia: APSP, 2000. v.1.

A REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM CURITIBA

Paulo Henrique Battaglin Machado

Universidade Tuiuti do Paraná. Engenheiro e Mestre em Epidemiologia Ambiental pela Universidade de Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Carmen Regina Ribeiro

Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, IPPUC. Socióloga. Especialista em Organização de Sistemas de Saúde.

Vera Lídia Alves de Oliveira

Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Dentista. Especialista em Saúde Pública.

RESUMO

A violência contra crianças e adolescentes, bem como contra as mulheres, é praticada predominantemente no ambiente doméstico, sendo na maioria das vezes encoberta e, conseqüentemente, ficando impune e as vítimas sem proteção e ajuda. A Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência objetiva intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e o agravamento dos maus tratos. Busca sensibilizar e capacitar os profissionais que atuam diretamente com esse grupo populacional, para que reconheçam os sinais de violência, avaliem a gravidade da situação, notifiquem e desenvolvam ações de proteção à criança e ao adolescente e ações de ajuda à família. Organiza-se como uma rede, atuando de forma integrada e intersetorial, envolvendo instituições públicas, comunitárias e científicas. A sua implantação teve início em agosto de 2000 envolvendo diretamente cerca de 2.500 profissionais da rede pública de ensino, da saúde e educadores dos diversos programas da Prefeitura de Curitiba e das ONGS que atuam junto ao poder público. Tem trazido à tona a violência escondida e possibilitado uma intervenção integrada entre os vários responsáveis.

DESCRITORES: Maus-Tratos Conjugais; Maus-Tratos Infantis; Redes Comunitárias; Proteção; Notificação de Abuso; Violência Doméstica.

1. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

1.1. Breve Histórico

O principal marco de mudança da cidade de Curitiba pode ser observado em meados dos anos 60, quando o primeiro plano efetivo de redirecionamento urbano é implementado na cidade. Os planos anteriores se mostraram importantes da mesma forma, mas é ao último que se atribui a peculiaridade do fenótipo curitibano.

Assim, o novo projeto de transformação da cidade nasce com objetivos polivalentes: aliar o planejamento urbano à preservação cultural e ambiental. Os dois últimos aspectos destacavam-se como momentos inovadores no conceito de evolução de uma cidade, visto que as estratégias propostas integravam também outras áreas do desenvolvimento sócio-econômico. Consolida-se assim o Plano Diretor da cidade, revisitando os desenhos anteriores de urbanização do município.

O Plano Diretor de Curitiba, aprovado em 1966, quando a população da cidade estava na faixa de 400 mil pessoas, estabeleceu como objetivo principal a mudança da conformação radial de crescimento da cidade para um modelo linear de expansão urbana. O transporte, o uso do solo e o sistema viário integrados passaram a ser usados como instrumentos para a realização desse objetivo. Entre as medidas mais importantes estavam: o descongestionamento da área central, a preservação do centro tradicional, a equipamentação de toda a cidade e a necessidade de se propiciar suporte econômico para o desenvolvimento do município.

O espaço urbano foi sendo moldado à estrutura concebida pelo Plano Diretor por meio de uma política de zoneamento, que estabelecia gradativamente as áreas onde o adensamento populacional era desejado e conveniente, de acordo com a capacidade do poder público de oferecer os serviços urbanos necessários, em especial um transporte coletivo adequado.

No início da década de 70, as Avenidas Estruturais – previstas com a intenção de direcionar o crescimento linear por meio do adensamento habitacional, comercial e da implantação da via exclusiva para o transporte coletivo – foram abertas e pavimentadas com recursos do Governo Federal. A opção por Eixos Estruturais de crescimento, tangentes ao centro tradicional, permitiu a iniciativa pioneira no Brasil de fechamento de ruas comerciais centrais, privilegiando, nesses espaços, o pedestre em vez do automóvel. A perspectiva de preservar o meio ambiente, entendimento ainda incipiente nas discussões nacionais naquele momento histórico, concretizou-se na cidade por meio de ações de prevenção de enchentes, preservação de fundos de vale e áreas verdes. Para tanto, essas áreas tomaram contornos de áreas de lazer e espaços de

recreação, formando os primeiros parques com essa concepção. A criação do Setor Histórico, ainda nessa década, consolidou o início de uma política institucional de preservação do patrimônio Histórico e Cultural. No que diz respeito ao estímulo ao desenvolvimento econômico, houve a implantação da Cidade Industrial de Curitiba (CIC) na região oeste do município, concentrando o setor produtivo numa área dotada de infraestrutura para tal. Na CIC, a exemplo da totalidade da cidade, o zoneamento local definiu áreas destinadas ao trabalho, à moradia e ao lazer, integradas aos Eixos Estruturais, não caracterizando assim um distrito segregado.

A opção pelo modelo linear de expansão urbana ao longo de eixos estruturais, prevista pelo plano diretor, foi baseada na integração de uma política de uso do solo, circulação e transporte. O desenvolvimento linear foi caracterizado pela implantação de eixos viários formando um sistema trinário, cujas vias tem funções específicas: uma via central, que contém a canaleta para o transporte de massa (ônibus), pistas lentas para atendimento às áreas lindeiras, e duas vias externas, paralelas à via central, com sentido único de tráfego (bairro-centro-bairro), destinadas ao fluxo contínuo e rápido de veículos. A conseqüência imediata da circulação de ônibus em canaleta exclusiva é a diminuição do tempo de viagem, além da diminuição da sobrecarga ao sistema viário, principalmente em áreas de tráfego intenso.

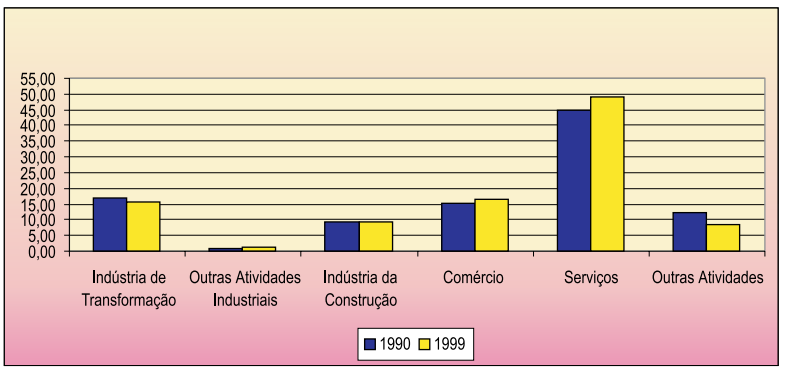
Outra estratégia utilizada para a consecução desses objetivos foi a priorização do transporte coletivo como instrumento indutor de crescimento em áreas com interesse de adensamento habitacional, comercial e de serviços com usos do solo compatíveis. Os eixos, antigos caminhos de acesso à cidade, concentraram os investimentos em infra-estrutura, inclusive com a implantação de terminais de integração do transporte coletivo, concentrando suas demandas (CURITIBA, 2002).

1.1.2 Base de Sustentaçao Econômica

Curitiba tem se caracterizado como uma economia terciária, que tem no setor serviços a sua principal fonte de empregos e que, a partir de meados da década de 90, também conta com esse setor como principal fonte geradora de renda, medida pela composição do Produto Interno Bruto – PIB.

De acordo com o IBGE/PNAD, em 1999 a Região Metropolitana de Curitiba (RMC) tinha 1.183.779 pessoas ocupadas, das quais 49% exerciam suas atividades no setor serviços, 26% na indústria, incluindo-se a construção civil, 16,5% estavam atuando em atividades comerciais e os demais em outras atividades econômicas. Fazendo-se uma comparação com a pesquisa realizada em 1992, pode-se perceber que a proporção de ocupados no setor serviços e no comércio aumentou em detrimento da ocupação proporcional na indústria, o que corresponde a uma tendência global da economia.

Gráfico 1 – População ocupada na RMC de acordo com os setores econômicos – 1990/1999



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, IBGE (PNAD) – 1992/1999
Elaboração: CIC – 2002

A Pesquisa Mensal do Emprego, realizada na RMC desde 1999 pelo IBGE em parceria com o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social – IPARDES, mostra que deste ano até os primeiros meses de 2002, a taxa de desemprego na RMC permaneceu abaixo da média nacional em praticamente todos os meses, mostrando, comparativamente, que a região está apresentando melhores condições de enfrentamento da crise econômica que está afetando não apenas o país, mas todas as demais economias.

Para a mesma direção apontam os dados relativos à evolução da participação de Curitiba e do conjunto da RMC na economia do Estado. Em 1970, a RMC era responsável por 24,04% do PIB do Estado, chegando, em 1996, a 38,88%. Considerando apenas Curitiba no mesmo período, constata-se igualmente um crescimento significativo de 20,07% para 31,24% do PIB estadual, porém menor, proporcionalmente ao crescimento da RMC como um todo. A constatação de que a economia da região cresce relativamente mais do que a economia da Capital confirma-se observando-se a evolução da participação do PIB de Curitiba, no PIB da própria RMC, que diminui de 83,51% em 1970 para 80,36% em 1996, com pequenas oscilações no período. Esses dados mostram que, apesar da polarização que a Capital exerce na região, tanto econômica como político-administrativa, não há inibição do crescimento econômico dos demais municípios (CURITIBA, 2002) .

1.2 Tendências Demográficas dos Últimos 20 Anos

O Estado do Paraná permaneceu despovoado, na maior parcela do seu território, até meados da década de 1930 e início da década de 1940. A ocupação predominante até então se limitava ao litoral do Estado, ao primeiro planalto onde se localiza Curitiba, e ao

segundo planalto de Ponta Grossa e Castro. O processo de ocupação, a partir de meados da década de 1930, foi caracterizado por migrações internas, de origem paulista e mineira no norte do Estado e de origem gaúcha e catarinense no sudoeste e oeste.

A intensa ocupação do território paranaense se esgota já no início da década de 1970, quando o Paraná deixa de ser destino de grandes fluxos migratórios. No decorrer dessa década, em algumas regiões do Estado, ocorre crescimento demográfico negativo. Grandes transformações na estrutura agrícola e fundiária resultaram na expulsão de trabalhadores rurais do Paraná, que foram em busca de outras terras acompanhando o processo de expansão da fronteira agrícola, ou que se dirigiram aos grandes centros urbanos.

A RMC apresentou, a partir dos anos 70, um incremento significativo de sua participação na população urbana do Estado, passando de 11,85% em 1970, para 18,88% em 1980, 23,68% em 1991 e 32,11% no ano 2000. Esse fenômeno da metropolização é coincidente com o contexto brasileiro.

Na década de 1970, esta foi a região que apresentou os maiores índices de crescimento populacional em relação às outras regiões metropolitanas brasileiras. Esse índice foi de 5,78% ao ano, enquanto Belo Horizonte, que ocupa a segunda posição, cresceu 4,7% e o Brasil, 2,48% ao ano.

Na década de 1980, o crescimento torna-se menos intenso. A taxa de Curitiba de 5,34%, na década de 1970, passa a 2,29% ao ano na década de 1980, enquanto a taxa da RMC, de 5,58% (70) passa para 2,95% (80). Nos anos 90, Curitiba apresentou uma taxa anual de crescimento de 2,11%, enquanto a RMC ainda crescia a 3,16%. Nos últimos quatro anos, essas taxas se reduziram ainda mais: Curitiba passou a crescer a 1,83% e a RMC a 2,90%. Se forem observadas as taxas de crescimento da RMC nesses quatro anos, excluindo Curitiba desse contexto, a região passa apresentar uma taxa anual de 4,5%, muito próxima daquelas observadas na década de 1980.

Curitiba, nesse período caracterizou-se pela ocupação de vazios urbanos e pela ocupação de novas áreas por empreendimentos habitacionais de interesse social promovidos principalmente por iniciativa do Poder Público Municipal, chegando, em 2002, a 1.644.599 habitantes, distribuídos por 75 bairros.

1.3 Distribuição das Desiguladades

Curitiba tem consolidado, ao longo dos anos, a imagem de cidade-referência nos diferentes aspectos da vida urbana. A noção de qualidade de vida passou a ser amplamente empregada nos diferentes meios e tornou-se termo vinculado à cidade. Contudo é necessário

entender esse conceito na sua plenitude, com seus vieses e limitações. Uma maneira de interpretá-lo é sob o enfoque de diferenciais intraurbanos, ou seja, observando onde as desigualdades se manifestam no espaço-tempo, no contexto interno da cidade. Se a cidade se projeta como detentora de qualidade de vida, onde isso ocorre e quem usufrui dessa condição?

Essa análise está sendo efetuada desde 1996, utilizando-se o método genebrino-distancial, que mensura as variáveis prioritariamente qualitativas, ou seja, os benefícios sociais alcançados por uma população (IPPUC, 2001). Para isso, definem-se quais variáveis e quais indicadores são relevantes para compor essa avaliação. Em Curitiba, estão sendo avaliadas as variáveis: educação, saúde, habitação e transporte, por meio de um conjunto de indicadores para cada uma dessas áreas, conforme discriminação na Tabela 1.

A cada indicador (medidor) é atribuído um limiar máximo que significa o melhor resultado alcançado, considerando as várias cidades brasileiras, ou os parâmetros internacionalmente aceitos. Igualmente, é atribuído um limiar mínimo, tomando-se como referência a pior situação encontrada.

Esses limiares servirão de parâmetros para a avaliação dos valores reais (empíricos) verificados no município para cada indicador, medindo a distância em que se encontram da situação considerada ótima (limiar máximo).

Os resultados possibilitam uma análise da posição de cada um dos medidores (índice parcial). Calculando-se a média desses valores, chega-se ao índice alcançado em cada uma das áreas – habitação, saúde, educação e transporte – (índice grupal). Da mesma forma, a média dos índices grupais permite obter o índice sintético, que representa o grau de satisfação das necessidades sociais, alcançado pelo município (SLIWIANY, 1997).

A mesma análise é feita para os bairros de Curitiba. Considerando-se como limiares máximo e mínimo, os melhores e os piores resultados, respectivamente, entre os 75 bairros.

A avaliação dos índices da cidade em comparação com a realidade de outras capitais permite dizer que Curitiba alcança um nível de crescimento social positivo, apresentando um índice global de 77,23% de satisfação nos quatro setores considerados, destacando-se o setor Habitação com a melhor performance – 81,74%, seguido pelo setor saúde, com 79,57%, educação, com 77,17% e transporte, com 71,27%.

Apesar do nível global positivo, é possível identificar em quais aspectos os índices de satisfação estão aquém do desejado. Dos 17 medidores (indicadores) utilizados na análise geral, cujos limiares empregaram parâmetros de outras cidades, cinco alcançaram nível de satisfação inferior a 60%, sendo eles: domicílios em aglomerados subnormais (45,21%), baixo peso ao nascer (57,30%), incidência de AIDS (13,89%), distorção idade/série (45,24%) e acesso à rede integrada de transporte (RIT) (49,50%).

Tabela 1 Índices de satisfação da qualidade de vida alcançados por meio dos benefícios sociais nos setores de habitação, saúde, educação e transporte, em Curitiba – 2000.

BENEFÍCIOS SOCIAIS ALCANÇADOS	Leitura dos dados	Valor mínimo	Valor empírico	Valor máximo	Índice parcial	Índice grupal	Índices intético
					0% - 100%		
1.HABITAÇÃO						81,74	77,23
1.1 Domicílios em aglomerados subnormais*	%	13,83	7,60	0,05	45,21		
1.2 Pessoas por domicílio (Área Urbana)	Pessoas	4,42	3,43	3,57	100,00		
1.3 Domicílios com coleta de lixo	%	68,80	99,3	94,25	100,00		
2.SAÚDE						79,57	
2.1 Mortalidade infantil	/1.000	48,25	18,05	24,30	100,00		
2.2 Baixo peso ao nascer (< 2,5 Kg)**	%	8,80	7,78	7,02	57,30		
2.3 Mortalidade geral padronizada***	/1.000	12,00	5,02	4,00	87,25		
2.4 Esperança de vida ao nascer	anos	65,92	71,73	69,51	100,00		
2.5 Incidência de tuberculose	/100.000	61,45	37,15	36,80	98,58		
2.6 Incidência de Aids**	/100.000	29,88	26,76	7,41	13,89		
2.7 Mortalidade < de 5 anos	/1.000	33,09	21,11	22,3	100,00		
3.EDUCAÇÃO						77,17	
3.1 Taxa de reprovação	%	17,90	14,40	12,5	64,81		
3.2 Taxa de abandono	%	19,80	5,50	7,05	100,00		
3.3 Taxa de sucesso	%	62,30	80,10	80,35	98,61		
3.4 Distorção Idade/série	%	64,00	49,07	31,00	45,24		
4.TRANSPORTE						71,27	
4.1 Freqüência***	minutos	17,61	8,75	6,00	76,31		
4.2 Acesso a rede integrada de transporte (RIT)*	n/linhas	4,19	10,64	16,39	49,50		
4.3 Cumprimento das viagens**	%	90,00	98,80	100,00	88,00		
AGENTE DA VARIABILIDADE DOS BENEFÍCIOS SOCIAIS					**ÍNDICES**		
1.1 Renda média				3,3	s.m.		
1.2 Área típica de variação				0,0	<typ< 11,8		
1.3 Concentração (índice)				0,5			
1.4 Concentração (Dist. do Fundo Geral da Renda)	65% da	população	fica com 25 %	da renda	geral		
	5 % da	população	fica com 23 %	da renda	geral		

Fonte: Qualidade de Vida em Curitiba, 2000, IPPUC OBS: RENDA – dados de 1991 (IBGE)

* Limiares calculados a partir das médias dos bairros de Curitiba

** Limiares calculados a partir das médias das capitais brasileiras

*** Limiares definidos a partir de opinião e validação de especialistas

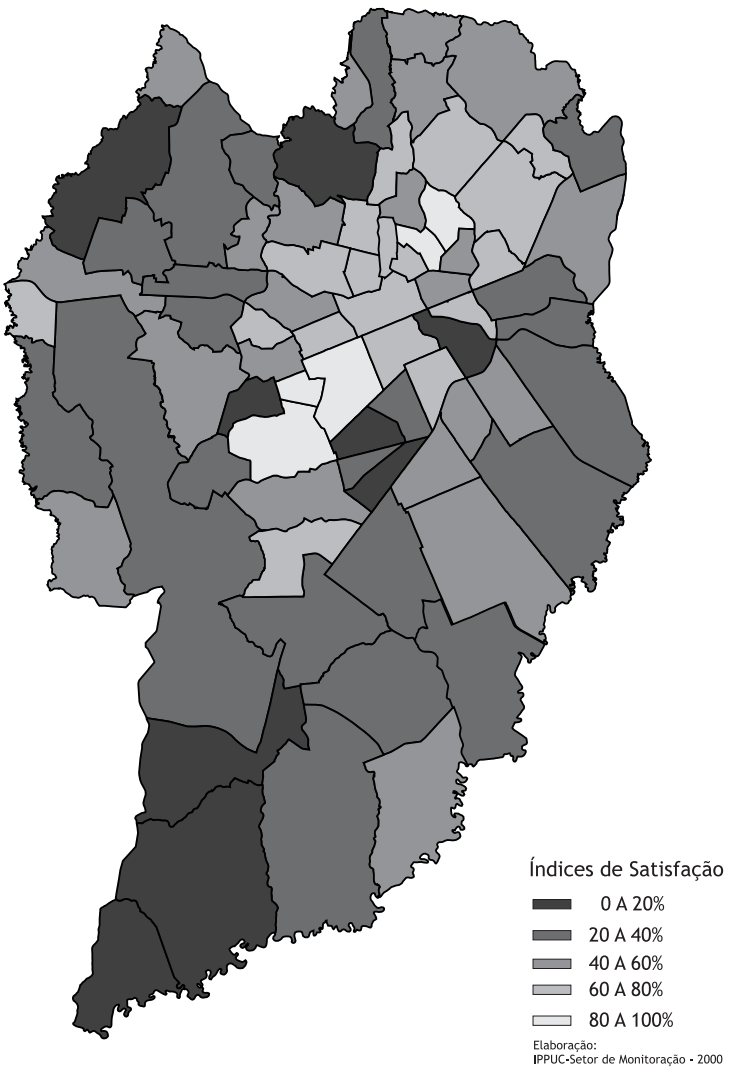
Para os demais medidores, os limiares foram calculados a partir das médias das Grandes Regiões Brasileiras

Na análise intraurbana, verifica-se que o setor de saúde é aquele que possui o maior número de bairros com índices de satisfação inferiores a 60% – 47 bairros que concentram 74,76% da população. É importante ressaltar que, desses bairros, 28 estão na faixa entre 40 e 60% de satisfação. O setor educação é o segundo a concentrar maior número de bairros com níveis de satisfação inferiores a 60% – 45 bairros e 73,05% da população em idade escolar. Se atrelarmos saúde e educação numa análise única, visto que são duas áreas subjacentes, observa-se que mais da metade dos bairros possuem qualidade de vida com indicadores inferiores a 60%, mesmo se a média da cidade atinge mais de 75% de satisfação em qualidade de vida. Isso significa que a maioria da população não goza de um sistema que propicie qualidade impactante em suas vidas.

O transporte aparece como o terceiro setor com maior número de bairros nas faixas inferiores a 60% – 43 bairros com 29,7% da população. Já o setor habitação, que possui 31 bairros com avaliação inferior a 60%, concentra, nessa faixa, 57,86% da população.

A análise intraurbana permite a identificação dos espaços urbanos onde as desigualdades se manifestam, possibilitando, dessa forma, a instrumentalização do planejamento. Observa-se, no Mapa 1, os diferenciais intra-bairros segundo a classificação do índice sintético de satisfação de qualidade de vida, por bairro, em Curitiba. Nota-se a mesma tendência observada em 1996, a média da cidade apresentou um conjunto de indicadores elevados, mostrando uma cidade com condição global favorável. Se na média o município consegue sustentar o título de cidade de qualidade de vida, o mesmo não procede nos níveis locais. Se, por um lado, uma porção da população ostenta uma condição de vida comparável a cidades de países desenvolvidos, grande parte da comunidade está longe de atingir tal status. Quanto mais periférico o bairro, mais deficientes os indicadores se mostram, alertando para uma situação de iniqüidade. Tais heterogeneidades podem ser visualizadas no Mapa 1, onde a figura atesta a grande diferença de cores entre os bairros, ilustrando grandes diferenciais entre as distintas regiões.

Mapa 1 Índice sintético de satisfação da qualidade de vida, por bairro, Curitiba – 2000



Fonte: Qualidade de Vida em Curitiba, 2000, IPPUC

1.4 Organização do Sistema e dos Serviços de Saúde e Relação Entre Sistema Público e Privado

Até o início da década de 1980, a oferta de serviços públicos de saúde em ambulatórios era de responsabilidade, principalmente, do Governo Federal, que atingia especialmente a população previdenciária, por meio do INAMPS. Em 1982, por exemplo, este produziu 87,6% das consultas médicas ofertadas à população de Curitiba. A Secretaria de Estado da Saúde e a Prefeitura Municipal de Curitiba atuavam de forma indistinta e complementar, possuindo uma rede, em 1983, de 14 e 13 unidades básicas de saúde, respectivamente. As ações de caráter preventivo, como a imunização, ficavam sob a responsabilidade do Estado. A rede hospitalar pública também era reduzida – um hospital universitário, uma maternidade, dois hospitais para doenças infecto-contagiosas. A maioria dos internamentos hospitalares se dava nos hospitais filantrópicos e nos hospitais privados, mediante convênios.

Ainda em 1979, iniciou-se uma experiência inspirada nas resoluções da Conferência de Alma Ata, que significou um marco no processo de construção de uma política de saúde.

Nesse processo deu-se a expansão da rede de unidades básicas sob a responsabilidade do município, chegando ao final dos anos 80 com 57 unidades, oferecendo atendimento básico em ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica e odontologia. Igualmente nesse período, teve início o processo de municipalização da atenção básica à saúde e das vigilâncias epidemiológica e sanitária.

Na década de 1990, o processo de construção do SUS em Curitiba implicou o fortalecimento da Secretaria Municipal da Saúde, especialmente para se viabilizar como gerenciadora do Sistema.

A partir de 1991, procedeu-se a uma restruturação organizacional, com vistas à descentralização da gerência e, paulatinamente, à execução das ações, regionalizando os equipamentos e estabelecendo gerências regionais, que correspondem a oito Distritos Sanitários. Ao mesmo tempo, ocorreu a rediscussão do modelo assistencial, paea aperfeiçoá-lo, incorporando novos conceitos e ampliando sua dimensão e abrangência. Tratava-se do desafio de superar a prática voltada, predominantemente, para a atenção básica e incorporar a gerência de um sistema de saúde em toda sua complexidade.

Ao longo das duas últimas décadas, a rede própria de serviços de saúde cresceu significativamente, atingindo, em 2002, o montante de 104 unidades de saúde, sendo cinco delas de pronto-atendimento 24 horas/dia;s 90 possuem clínica odontológica, 11 incluem especialidades médicas ou odontológicas, 42 trabalham com o programa saúde da família e a maioria possui agentes comunitários de saúde fazendo parte de seu quadro

profissional. Conta também com um hospital geral e uma maternidade, um laboratório de análises clínicas e radiologia e uma central de ambulâncias. Atua na forma de gestão plena do sistema municipal desde 1998. Decorre, dessa função, o desenvolvimento de setores organizacionais tais como o controle, a avaliação e a auditoria, a central de marcação de consultas especializadas, a central metropolitana de leitos hospitalares e a central de atendimento ao usuário.

A rede pública própria está voltada, principalmente, para a atenção básica à saúde, sendo responsável, no 1º semestre de 2002, por 92,10% do total dos procedimentos básicos realizados pelo SUS. Quando se avaliam os procedimentos não-básicos (média e alta complexidade), o percentual oferecido pela rede pública equipara-se ao oferecido pela rede privada vinculada ao SUS – respectivamente 54,07% e 45,93% no mesmo período. No entanto, 72,83% do pagamento por esses serviços foram destinados à rede privada, refletindo a maior complexidade das especialidades ofertadas por esse setor. Essa relação fica ainda mais evidente quando se trata dos internamentos hospitalares. No período analisado, 73,98% dos internamentos ocorreram nos hospitais privados conveniados ao SUS, representando 77,39% dos gastos nessa categoria, demonstrando o peso do setor privado de atendimento à saúde em Curitiba.

A característica de pólo metropolitano expressa-se também na área da saúde, uma vez que os serviços de maior complexidade ambulatorial, hospitalar e de apoio diagnóstico concentram-se na capital. No primeiro semestre de 2002, 38,8% dos internamentos ocorridos no município foram de não-residentes, e 27% dos pacientes eram provenientes da Região Metropolitana de Curitiba.

Apesar de existir um núcleo básico de ações determinadas para todo o sistema da SMS, cada Distrito Sanitário (DS) e Unidade de Saúde (US) possui um certo grau de liberdade para trabalhar os momentos estratégico, tático e operacional das ações.

Todas as US, excetuando as 24 horas e as especializadas, responsabilizam-se por um território processo-social, configurando sua área de abrangência. Fora o DS Matriz, que corresponde à região central do município, todos os outros espaços geográficos possuem uma US de referência.

1.5 Prioridades Detectadas com Relação às Políticas Públicas e Principais Estratégias

A definição das áreas prioritárias para intervenção por meio de políticas públicas locais, não é o resultado de um processo unilinear, baseado apenas em informações eminentemente técnicas, trabalhadas na forma de um relatório diagnóstico. A priorização

de problemas requer, também, muita sensibilidade dos administradores para detectar necessidades sentidas pela população, nem sempre expressas por indicadores, criando-se espaços e mecanismos de escuta e de discussão.

Os problemas e estratégias aqui apresentados resultam de uma avaliação que leva em conta os indicadores trabalhados para o dimensionamento dos diferenciais intraurbanos, bem como de necessidades detectadas em estudos a partir de fontes alternativas de dados.

15.1 Problemas Relativos à Qualidade Ambiental

A situação hoje se apresenta ainda longe do ideal, mostrando seqüelas ambientais a serem suplantadas. No que se refere ao esgoto, o total coletado é de 63 a 98%, sendo tratados apenas 52%. A média de consumo diário de água per capita recomendada pela ONU é de 200 l, sendo que Curitiba tem uma média de 154 l. Mesmo com avanços nas várias áreas, Curitiba tem apenas 13% de coleta seletiva de lixo, 14% da condição do ar é considerada regular ou inadequada e quase a totalidade dos cursos d'água do espaço urbano comprometida por poluentes.

O conceito inicial de transformação da cidade pelas políticas ambiental e cultural potencializou seu poder de ação já no final dos anos 80, quando a cidade assumiu sua postura como "Cidade Ecológica". Vários projetos e programas institucionais tomaram corpo e foram absorvidos pela população como ação de rotina.

Hoje o município dispõe de 52m^2 de áreas verdes por habitante, distribuídos em 7.786.020m^2 nos diferentes parques e bosques além de contar com 115 km de ciclovias distribuídas nos diversos bairros, que aliada ao transporte coletivo e a uma legislação municipal rigorosa acerca da poluição industrial, representam um potente instrumento de enfrentamento à produção de gases que contribuem para o aquecimento global.

No que se refere ao saneamento, os primeiros passos de construção de um meio saudável aconteceu já no final da década de 1960, quando a necessidade de contenção de cheias no espaço urbano gerou a necessidade de viabilização de estruturas que estancassem o excesso pluvial. Esses ambientes transformaram-se, invariavelmente, em parques e áreas de recreação, cujo papel sanitário foi potencializado pela concepção de equipamentos sociais, como é o caso do Centro de Criatividade, do Parque Barigüi, da Universidade Livre do Meio Ambiente (UniLivre), entre outros.

O esgotamento sanitário da cidade, ação de competência de órgãos não-municipais, teve uma alternativa local para complementar as atribuições oficiais: o Sistema Curitiba de Esgoto. O esgoto tomou status de prioridade uma vez que a cobertura da água atinge 99% dos domicílios

curitibanos. É um sistema alternativo que coleta e trata o efluente quadra a quadra e possibilita sua ligação à rede pública convencional quando esta estiver completa na cidade.

A cidade criou também uma política específica de resíduos sólidos. Inicialmente com a perspectiva de efetuar uma coleta seletiva, em 1989, lançou o programa "Lixo que Não é Lixo". Tal projeto comporta questões ambientais essenciais: educação ambiental, separação do lixo orgânico do inorgânico e destino final a um aterro sanitário tecnicamente adequado. Conectado a este projeto, nasceu o programa Câmbio Verde, ação de intensa integração com a comunidade onde o lixo reciclável é trocado por hortifrutigranjeiros. Outros projetos complementam a concepção deste, como na área da educação, em que a troca se faz entre o lixo reciclável por cadernos e outros produtos. Existem ainda serviços especiais de coleta de resíduos, como o lixo tóxico (pilhas, baterias de celular, latas de tinta, entre outros) e resíduos de serviços de saúde, que coletam materiais provenientes de hospitais, clínicas e serviços correlatos. O projeto Piá Ambiental, Programa de Integração da Infância e Adolescência, criado em 1990, integra jovens que vivem em áreas de fragilidade ambiental, por meio de um processo educativo com práticas sociais e ambientais. Os jovens aprendem desde práticas de jardinagem e horta, até noções básicas de saúde, alimentação e desenvolvem atividades artísticas.

1.5.2 Transporte

Em Curitiba, o sistema de transporte coletivo funciona num conceito de RIT – Rede Integrada de Transporte –, a qual permite ao usuário o deslocamento de um ponto a outro da cidade, servindo-se de mais de um tipo de linha de ônibus (expresso, alimentador e interbairros) pagando uma única tarifa – a Tarifa Social Única – definida como mecanismo de subsídio auto-sustentado, gerado pelo próprio sistema: as viagens de percursos menores subsidiam as de percursos mais longos, que atendem os bairros mais distantes e as populações de baixa renda.

Observa-se ainda hoje um grande déficit em termos de acesso à RIT e de freqüência irregular das linhas de ônibus. Fatos que impedem a configuração perfeita do sistema, apesar de reputação sólida.

Contudo, a integração se dá nos diversos terminais e possibilita o deslocamento de 85% da população. A otimização das linhas por meio da organização da RIT, acompanhada de um escalonamento de horários de início e término de expediente nos estabelecimentos comerciais, industriais e de serviços, possibilitou melhor distribuição da frota, para atender aos horários de pico, e conseqüente redução do consumo de energia.

Em 1991, começa a circular o Ônibus Ligeirinho, linha direta para transportar até 110 passageiros por viagem, em percurso de poucas paradas, cujo embarque e desembarque

acontecem na Estação-tubo, e que se distribuem pela cidade e nos terminais de integração. Essas estações permitem o pagamento antecipado e o embarque no mesmo nível que o ônibus, agilizando o processo de embarque-desembarque, além de permitir a utilização de um sistema especial de embarque por elevadores destinados aos deficientes físicos.

Em 1992, entra em funcionamento o Biarticulado, veículo com maior capacidade de transporte (270 passageiros), em menor tempo de viagem, proporcionando uma redução de aproximadamente 50% no consumo de energia tradicionalmente requerido por essa mesma frota. Com o objetivo de diminuir ainda mais a poluição causada pelos ônibus, está sendo testado em 20 ônibus um novo combustível – o BIODIESEL, composto de produtos vegetais.

O Sistema Integrado de Transporte é, portanto, formado por uma rede composta por terminais de integração, linhas expressas, alimentadoras, diretas e interbairros. O Sistema de Transporte é complementado por outras linhas que fazem percursos específicos: Convencionais, que fazem a ligação entre bairros e municípios vizinhos e centro; a Linha Circular Centro, que atende a malha central da cidade, a qual é operada por micro-ônibus para fazer percursos mais curtos; a Linha Turismo, destinada a cobrir o itinerário dos Parques Públicos e outros pontos turísticos da cidade, facilitando o acesso da população. Além disso, é oferecido também o transporte para deficientes, com a chamada Linha de Ensino Especial, num total de 28 linhas específicas de ônibus, atendendo aproximadamente 1.700 portadores de deficiência física e mental, por dia útil. O sistema de transporte contempla ainda linhas inter-hospitais e linhas madrugueiras.

O transporte coletivo constitui-se numa permanente preocupação dos gestores urbanos. Em Curitiba, novas propostas estão sendo desenhadas, buscando ampliar a oferta, melhorar a integração do sistema, considerando os demais municípios da região metropolitana. A transformação do trecho urbano da BR 116 em via privilegiada para o transporte e tratamento como parque linear, possibilitará melhorar a integração inter e intramunicipal, bem como reduzir o número e a gravidade dos acidentes de trânsito provocados pelo conflito entre trânsito urbano e rodoviário.

1.5.3 Aglomerados Subnormais

O problema habitacional agravou-se na década de 1980 como resultando da crise econômica e da desarticulação do Sistema Financeiro de Habitação. O número de domicílios em favelas passou de 7.716, em 1982, para 18.442, em 1987. Em 1991, 7,83 % dos domicílios de Curitiba (28.239 domicílios) localizavam-se em áreas de aglomerados subnormais, segundo o IBGE. Em 1996, esse percentual cai para 7,6%, ocorrendo, no entanto, um aumento do número absoluto de domicílios, que passa para 32.689 unidades. Isso ocorre porque há um crescimento geral do número de domicílios, relativizando o

peso dos domicílios em aglomerados subnormais. Em 2000, o percentual de domicílios em aglomerados subnormais cai, novamente para 7,47%, chegando, em números absolutos, a 40.523 unidades habitacionais. Neste ano, 40 bairros de Curitiba apresentaram domicílios em áreas de aglomeração subnormal e em apenas três bairros concentravam-se mais de 50% dos domicílios e moradores nessa situação, formando um cinturão periférico, sendo menos expressivos nas regiões centrais. São os locais onde se concentra a população de mais baixa renda, que vive em condições mínimas de habitabilidade, de acesso aos serviços sociais básicos e de integração urbana. Os efeitos perniciosos desse processo fazem-se notar pela segregação, pela deterioração ambiental e pelo incremento de problemas sanitários e de saúde.

O alinhamento da pobreza com as condições deficientes de habitabilidade engendra as circunstâncias propícias para a concentração e disseminação de sérios problemas de risco social: crianças e adolescentes em situação de risco, violência urbana, dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e baixa renda familiar. Inúmeros estudos demonstram a coincidência entre o mapa da violência e o mapa das carências e da exclusão social.

O problema de subhabitação vem sendo enfrentado com de um conjunto de medidas:

- Urbanização e regularização fundiária de ocupações irregulares que não se encontram em áreas de risco (áreas sujeitas a alagamento, faixas de transmissão de alta tensão de energia elétrica e áreas de proteção ambiental). A urbanização compreende a realização de obras de infra estrutura – circulação viária, calçamento, iluminação pública – e a alocação de equipamentos sociais.

- Relocação de habitações que se encontram em áreas de risco, em áreas em regularização que não comportam todas as moradias ou para viabilizar obras de infra-estrutura, utilizando-se dos programas da Companhia de Habitação do município que financiam lotes urbanizados, com recursos de Fundo Municipal de Habitação e de investimentos externos.

Atualmente tais estratégias vem sendo viabilizadas pelo Programa Nossa Vila – ação que tem como objetivos promover a urbanização e a regularização fundiária de ocupações irregulares – selecionadas por critérios sociais, físico-territoriais e legais; a integração dessas áreas ao seu entorno e à cidade legal; a melhoria sócio-econômica das famílias beneficiárias e a prevenção de novas invasões nas áreas de intervenção do projeto. Busca-se alcançar esses objetivos utilizando-se o "Modelo Curitiba de Participação" que, por meio de discussões com a comunidade, aponta a complementação da infra-estrutura básica, equipamentos sociais e serviços públicos de seu interesse, além de envolver a população em todo o processo de regularização, para dar sustentabilidade às ações de intervenção. Atua ainda na geração de trabalho e renda.

As dificuldades de financiamento nessa área limitam o alcance das ações, exigindo um esforço de priorização dos aglomerados subnormais sujeitos a intervenção.

1.5.4 Violência Urbana

A falta de informações sistematizadas e confiáveis tem dificultado o estudo de uma variável muito importante para a avaliação da qualidade de vida da população. Trata-se das informações relativas à violência urbana, tema que tem se apresentado como uma das maiores preocupações, especialmente das populações moradoras dos grandes centros urbanos.

Os acidentes e as violências vêm se mantendo como a terceira causa de morte em Curitiba e a primeira entre crianças, adolescentes e adultos jovens. Chama a atenção o crescimento da mortalidade por homicídio, que em 2001 supera o coeficiente de mortalidade por acidentes de trânsito, vitimando principalmente os jovens do sexo masculino, contribuindo para a redução da expectativa de vida entre os homens. O coeficiente de morte por homicídio sai de um patamar de 16,59 por 100 mil habitantes em 1994, para 23,45 em 2001, enquanto o coeficiente de óbitos por acidentes de trânsito reduz-se de 42,06 por 100 mil em 1994 para 21,54 em 2001. A queda mais significativa de mortes no trânsito ocorre após a implantação do novo Código Brasileiro de Trânsito, mantendo-se a partir daí, relativamente estável, em patamar ainda elevado, quando comparado com outras capitais.

Além dos dados de mortalidade, poucas informações estão disponíveis, não permitindo um melhor dimensionamento e qualificação da violência. Essa situação tem exigido um esforço na busca por dados, numa área em que o poder público municipal não tem tradição de atuação. Com o objetivo de criar um sistema de informações sobre a violência, a Secretaria Municipal de Saúde e o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba realizaram levantamentos no Instituto Médico Legal, na Delegacia da Mulher, no SOS Criança, nos Conselhos Tutelares, no Serviço de Atendimento ao Trauma em Emergência – SIATE, na Polícia Militar e nas Delegacias Especializadas da Polícia Civil.

Com base nesses dados, pode-se identificar que as mulheres e as crianças constituem um grupo populacional em risco para a violência, sendo a violência doméstica preponderante frente às demais. Uma das estratégias para o enfrentamento dessa realidade é objeto do relato descrito na Parte II.

PARTE II

REDE DE PROTEÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE EM SITUAÇÃO DE RISCO PARA A VIOLÊNCIA

DESCRIÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os maus-tratos contra crianças e adolescentes independem da classe social, etnia, religião ou escolaridade das famílias e são importante causa para as demais formas de violência urbana. À medida que se estabelece um padrão de comportamento baseado na violência, abre-se caminho para a marginalização de crianças e adolescentes e para a formação de adultos que tendem a reproduzir tal padrão de relacionamento familiar e social.

Poucos dados existem sobre o problema que, mesmo após mais de uma década da vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, permanece no senso comum, como um problema de foro privado. Estima-se que, em cada vinte casos de violência contra crianças e adolescentes, apenas um é denunciado. Pesquisa realizada em 1998 pelo Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba e Secretaria Municipal da Saúde, no Instituto Médico Legal de Curitiba, registrou um total de 1.496 crianças e adolescentes que sofreram agressões físicas, sexuais e, conseqüentemente, emocionais. (CURITIBA, 1998)

O SOS Criança de Curitiba atende a uma média de nove crianças ou adolescentes por dia, vítimas de violência doméstica – agressão, negligência, cárcere privado, abandono. Os Conselhos Tutelares de Curitiba atenderam, em 1999, 11.617 denúncias de violação de direitos de crianças e adolescentes, dos quais 46% tinham como agentes violadores os familiares. Apesar da magnitude desses números, sabe-se que eles representam apenas uma pequena parte da realidade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê, em seus artigos 13 e 245, a obrigatoriedade da denúncia de violação de direitos, citando expressamente os profissionais da saúde e da educação. No entanto, muitos profissionais desconhecem essa obrigatoriedade, ou simplesmente se omitem e, dessa forma, a maioria dos casos de abuso infantil permanece oculto e as vítimas sem assistência e proteção.

A PROPOSTA – OBJETIVOS

A constatação dessa realidade motivou a Construção da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência (CURITIBA, 2002a), objetivando sensibilizar

e capacitar os profissionais diretamente envolvidos no atendimento a esse grupo populacional, para que reconheçam os sinais de violência, avaliem a gravidade da situação, notifiquem e desenvolvam ações de proteção à criança ou ao adolescente e de ajuda à família para que ela tenha condições de cumprir seu papel de criar, educar e proteger seus filhos. Dessa forma, objetiva-se intervir precocemente nas situações geradoras de violência, interrompendo o processo de repetição e agravamento dos maus-tratos.

A normatização e padronização de um instrumento de notificação da violência observada – Ficha de Notificação Obrigatória da Violência ou Suspeita de Violência na Infância e Adolescência – é uma das ferramentas utilizadas para o acompanhamento dos casos e manutenção de um banco de dados, ao mesmo tempo em que cumpre o previsto no ECA no que diz respeito à obrigatoriedade da denúncia.

A Rede de Proteção adota uma concepção de trabalho que dá ênfase para a atuação integrada e intersetorial, envolvendo todas as instituições que desenvolvem suas atividades com crianças e adolescentes e suas famílias, destacando-se as escolas, creches, unidades de saúde, programas de contra-turno escolar (programa de atividades e acompanhamento do estudante, em turno contrário ao turno do estudo regular), entre outras.

Dessa forma, participam da formulação e implantação deste projeto as Secretarias Municipais da Saúde, da Educação, da Criança, do Meio Ambiente, a Fundação de Ação Social, o Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba, o Instituto Municipal de Administração Pública, a Secretaria do Estado da Educação, os Conselhos Tutelares e a Sociedade Paranaense de Pediatria.

A concepção de rede permite que novos parceiros se agreguem, ampliando o espectro inicial de instituições e, portanto, de alternativas de intervenção. Essa é uma das diretrizes que norteiam a Rede de Proteção – ampliar parcerias, envolver instituições governamentais e não-governamentais e a comunidade.

Como parte de uma rede, cada um tem o seu papel. Isso implica a mudança das posturas e das práticas disseminadas, tanto nos serviços como na própria comunidade – a de não envolvimento e a de passar o problema adiante.

A partir de uma situação de violência contra a criança ou o adolescente identificada por um professor, médico, enfermeiro, educador, assistente social, dentista, psicólogo, pedagogo, ou qualquer outro profissional, desencadeia-se um processo que se inicia pelo levantamento de informações que possibilitem a avaliação da gravidade da situação e do risco de novas agressões. Para essa avaliação, deve-se considerar as condições da vítima, o tipo e as características da violência sofrida, as características do agressor e as condições da família em prestar socorro e proteção à criança ou ao adolescente vitimizado. Dessa

avaliação deverá resultar a definição dos procedimentos a serem tomados pelo serviço que identificou o problema.

Os casos mais graves exigem procedimentos emergenciais, como a comunicação imediata por telefone com o SOS Criança ou com o Conselho Tutelar e/ou encaminhamento imediato a um serviço de saúde e/ou acionamento de serviços de segurança. Após o atendimento em caráter emergencial, deverá ser preenchida e encaminhada a Ficha de Notificação Obrigatória.

Os casos de menor gravidade, considerados de risco leve, desencadeiam procedimentos de rotina – preenchimento e encaminhamento da Ficha de Notificação Obrigatória, orientação aos pais ou responsáveis, visita domiciliar, atenção constante sobre a criança, consulta de retorno, encaminhamento da criança e da família para outros serviços de acordo com a especificidade do caso, estímulo à participação dos pais em atividades de orientação familiar, entre outros.

A Ficha de Notificação Obrigatória é preenchida e encaminhada independentemente da avaliação da gravidade, para todos os casos de suspeita ou de violência comprovada. Trata-se de um formulário de uso comum para as diferentes unidades notificadoras, composto por três vias carbonadas. A unidade notificadora arquiva a terceira via, encaminha a primeira via para o Conselho Tutelar da região e a segunda para o SOS Criança. Conselheiros e técnicos avaliam o caso, complementam informações, se necessário, verificam em seus bancos de dados a existência de registros anteriores que possam indicar reincidência e definem os procedimentos cabíveis.

Todos os casos, tanto leves, como moderados e graves, são acompanhados e monitorados pelos serviços que atendem aquela criança ou adolescente e sua família. Tais serviços atuam de forma integrada, organizando-se como uma Rede Local de Proteção. Cada Rede Local tem sob sua responsabilidade a população residente em um dado espaço geográfico, definido de acordo com a delimitação da área de abrangência da Unidade de Saúde que a compõe. Assim, as escolas, creches, programas de contra-turno escolar ou qualquer outro serviço localizado na circunscrição de uma unidade de saúde, formam uma rede e trabalham como tal, discutindo e acompanhando os casos identificados no âmbito daquela área.

Todas as redes locais vinculam-se a uma Coordenação Regional, igualmente composta de forma intersetorial, com representantes de todas as instituições que compõem a Rede de Proteção naquela Regional. As Coordenações Regionais vinculam-se a uma Coordenação Municipal, composta por representantes de todas as instituições envolvidas. Essa composição e organização tem possibilitado respeitar as diversidades regionais e locais e, ao mesmo tempo, manter um núcleo comum de ação e unidade conceitual que definem a Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência.

RESULTADOS OBTIDOS E AVALIAÇÃO

A implantação teve início em agosto de 2000, com um Projeto Piloto em uma Regional Administrativa. Objetivava-se avaliar o projeto em todos os seus aspectos, readequar os pontos que se mostraram falhos ou deficientes, para então expandir para as demais regionais, o que aconteceu entre outubro de 2001 e setembro de 2002 . Foram capacitados aproximadamente 2.500 profissionais entre educadores, médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, pedagogos, agentes comunitários de saúde, dirigentes de ONGs conveniadas à Prefeitura, que, por sua vez, têm a incumbência de atuar como multiplicadores em seus respectivos serviços e equipes. Atualmente existem em torno de cem Redes Locais implantadas, envolvendo mais de 600 equipamentos.

Os principais resultados obtidos referem-se aos avanços realizados no processo de integração institucional, objetivo perseguido em vários outros projetos, mas de difícil execução dada a tradição setorilizada e verticalizada, que marca a estrutura e organização do serviço público.

A melhoria observada nas relações entre os Conselhos Tutelares e os profissionais responsáveis pelo atendimento às crianças e aos adolescentes, fruto da compreensão dos papéis de cada um e do reforço ao trabalho em parceria, tem sido apontado e sentido por todos como um benefício alcançado pela Rede de Proteção.

Em termos quantitativos, ocorreram 544 notificações no período compreendido de janeiro a setembro de 2002, número significativo considerando-se que a implantação completa da Rede se deu apenas em final de setembro deste ano. Dessas notificações, 47,6% foram considerados como casos graves, em que estão incluídos os casos de violência sexual e aqueles que apresentam risco de vida, 28% moderados e 24,4% foram classificados como casos leves.

O aumento registrado no número de notificações referentes à violência sexual praticada contra crianças e adolescentes, percebido quando se compara com os dados de anos anteriores, do SOS Criança, apontado na tabela a seguir, denota que o subregistro dessa forma de abuso, que se caracteriza pelo anonimato, está diminuindo e possibilitando que mecanismos de proteção possam ser acionados.

Análise comparativa da média mensal de atendimentos de violência sexual realizados pelo SOS Criança – 1990 a setembro de 2002

Período	Atendimentos	Média/Mês
Década de 1990*	433	3,6
Ano de 2000	20	1,7
Ano de 2001	14	1,2
Janeiro a setembro 2002	114	12,7

* Dados relativos ao período 1990-99.

Fonte: SMS

A organização de serviços, especialmente na área de atendimento à saúde mental dentro do SUS, voltados para o atendimento às vítimas e agressores, tem significado uma alternativa concreta de atendimento especializado que a Rede de Proteção pode contar.

Outro avanço importante alcançado foi a melhoria da qualidade do atendimento às vítimas de violência sexual, pela realização dos exames periciais nas Unidades Hospitalares de Referência. Essa é uma conquista não apenas da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente, mas também do programa voltado para o atendimento a mulher vitimizada, por meio da parceria entre o Estado e o Município.

Muito há que se caminhar ainda para tornar esse Projeto cada vez mais resolutivo. No entanto, a equipe responsável pelo seu desenvolvimento entende que a violência contra crianças e adolescentes é multicausal e, conseqüentemente, as necessidades de intervenção não se esgotam em um projeto. Especialmente quando se trata dos casos mais graves, já cronificados, qualquer ação tem alcance limitado. Assim, o objetivo maior da Rede de Proteção é intervir precocemente nas situações que se configuram como de risco para a violência, procurando evitar a progressão do problema.

A construção de indicadores e de instrumentos de avaliação dos resultados, alcançados pela Rede de Proteção, são novos desafios que se colocam, ao lado de outros, como a própria continuidade do Projeto em médio e longo prazo, a manutenção de equipes capacitadas, a ampliação de parcerias, as mudanças na legislação penal, entre tantas outras tarefas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Leis, decretos, etc. "Estatuto da criança e do adolescente". Curitiba: COMTIBA, 1990

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. "Rede de proteção à criança e ao adolescente em situação de risco para a violência: manual de atendimento". Curitiba, 2002a.

CURITIBA. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. "Violência urbana: ocorrências, agressores e vítimas: levantamento realizado no IML: Clínica Médica Legal". Curitiba: IPPUC: Secretaria Municipal da Saúde, 1998.

INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA. "Qualidade de vida de Curitiba". 2001

CURITIBA. Prefeitura Municipal. "Curitiba na prática". Curitiba, 2002b.

CURITIBA. Prefeitura Municipal. "Indicadores de sustentabilidade". Curitiba, 2002c.

SLIWIANY R. M. "Sociometria: como avaliar a qualidade de vida e projetos sociais". Petrópolis: Vozes, 1997.

OBSERVATÓRIO DE SAÚDE URBANA DE BELO HORIZONTE

Ada Ávila Assunção
MD, PhD – DMPS/UFMG
Cláudia Di Lorenzo Oliveira
MD, MSP – DMPS/UFMG
Eli Iola Gurgel Andrade
PhD – DMPS/UFMG
Fernando Augusto Proietti (Coord)
Departamento de Medicina Preventiva e Social/UFMG
Soraya Almeida Belisário
MD, PhD – UFMG
Mariangela Cherchiglia
MD, PhD – DMPS/UFMG
Veneza Berenice de Oliveira
MD, Mestre em Demografia – DMPS/UFMG
Waleska Teixeira Caiaffa
MPH, SeD – DMPS/UFMG
Maria Angélica de Salles Dias
MD, MSP – SMASBH
Sônia Gesteira Matos
MD, MSP – SMASBH
Celeste de Souza Rodrigues
MD, MSP – SMASBH

Por que ruas tão largas?
Por que ruas tão retas?
...
Cidade grande é isto?
...
Aqui tudo é exposto
Evidente
Cintilante.
Aqui obrigam-me a nascer de novo, desarmado.
(Carlos Drummond de Andrade, Boitempo II)

RESUMO

Belo Horizonte, cidade planejada, foi inaugurada em 1897. Nos últimos 50 anos, a cidade e sua região metropolitana apresentaram expressivo incremento populacional, especialmente até o final dos anos 70. A cidade compartilha, com outros grandes centros urbanos brasileiros, importantes iniqüidades em relação a indicadores de morbidade, de mortalidade, sócio-econômicos e de acesso a bens e serviços de saúde e trabalho. Três indicadores específicos para o contexto da cidade procuram expressar a complexidade da qualidade de vida no município. Esses indicadores, conhecidos como Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU), Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e Índice de Risco à Saúde (IRS), são compostos por diversas dimensões da cidadania. Os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde (SMSABH) estão organizados em base territorial, em nove Distritos Sanitários. A partir de 2000, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários e posteriormente do Programa de Saúde da Família, as áreas de abrangência dos centros de saúde foram subdivididas em microáreas, tendo em cada uma de cem a duzentas famílias. A SMSABH opera sua intervenção por meio das equipes de saúde da família, que se relaciona com outros níveis hierárquicos do sistema de saúde, no sentido de promover cuidado integral à população. Projeto piloto e prioritário, o Programa BH–Cidadania é proposto como principal estratégia utilizada pela Prefeitura de Belo Horizonte, no intuito de enfrentar os problemas decorrentes da situação de aglomerado urbano. Propõe, em sua essência, garantir de forma integrada o acesso às políticas sociais de educação, saúde, segurança alimentar, assistência, convivência, esportes, lazer, cultura, trabalho e condições de vida mais dignas para a população residente em áreas socialmente críticas da cidade.

DESCRITORES: Saúde Urbana, Iniqüidade Social, Saúde da Família.

PARTE I

BELO HORIZONTE E SUA HISTÓRIA

A concepção e origem da cidade de Belo Horizonte se destaca da maioria das cidades mineiras. Até o final do século XIX, a busca e o achado de ouro e de pedras preciosas pelo interior do país, principalmente na região central das Minas Gerais, propiciou a conformação de inúmeros vilarejos, que eram constituídos em função desta atividade econômica. Assim, surgiram as cidades de Ouro Preto (antiga capital do Estado), Mariana, Sabará, Congonhas, entre outras. Todas elas guardavam (e ainda guardam), em sua arquitetura e projeto urbanístico, com suas ruelas e becos, com suas igrejas barrocas e seus casarões, as marcas do período colonial e da dominação portuguesa no país.

A discussão sobre a criação de uma cidade que viesse a ser a nova capital do Estado remonta ao período da Inconfidência Mineira, no século XIX. Contudo, essa discussão só ganhou novo impulso com o esgotamento das minas de ouro e com a emergência de novos pólos econômicos importantes, principalmente aqueles relacionados com a cultura cafeeira no leste e no sul do Estado e com a pecuária. Além das causas econômicas, vários fatores favoreciam a idéia da mudança da capital do Estado, tais como a localização de Ouro Preto e sua estruturação urbana, que limitava a expansão da cidade e a construção de um pólo industrializado e moderno. Todos os argumentos eram reforçados pelos novos ares advindos do processo da Proclamação da Republica: fazia-se necessário o rompimento com o velho, com o núcleo inicial das Minas Gerais e o surgimento de uma nova mentalidade política, mais compatível com a nova era técnica do século XX.

Assim, em 28 de outubro de 1891, foi promulgada a Lei nº 1, adicional à Constituição Mineira, designando uma Comissão Construtora encarregada de avaliar cinco localidades diferentes para selecionar aquela onde seria construída a nova capital: Belo Horizonte, Paraúna, Várzea do Marçal (hoje São João Del Rei), Barbacena e Juiz de Fora. Em cada um desses vilarejos, deveriam ser avaliadas algumas condições consideradas de fundamental importância para a construção da cidade, tais como: a capacidade de abastecimento de água potável (volume e qualidade); a facilidade de edificação e construção em geral; as condições naturais de salubridade em relação à posição geográfica; a natureza do solo e subsolo; a facilidade de se obter gêneros alimentícios em produtores próximos e a fertilidade do solo; a existência de malha viária já em funcionamento e as facilidades para a construção de novas estradas, entre outras. Enfim, para os técnicos e idealizadores que integravam a Comissão Construtora, os objetivos perseguidos eram erguer uma cidade moderna, física e socialmente higiênica, livre de doenças, mas também livre de todo tipo de desordem e revoluções.

O projeto criado por essa Comissão encerrou seus trabalhos em maio de 1895 e o modelo traçado de cidade era inspirado em outras grandes metrópoles do mundo, tais como Washington e Paris. Fundamentalmente, a cidade seria dividida em três grandes áreas: a área central-urbana, a área suburbana e a área rural. Na parte central, predominava um traçado geométrico e regular, formando uma espécie de quadriculado de ruas. As avenidas, mais largas, se dispunham de forma diagonal no projeto. Nessa área estariam concentrados os principais equipamentos urbanos, tais como estrutura de transporte, educação, saneamento e assistência médica, abrigando os edifícios públicos e os respectivos funcionários.

A área suburbana era constituída por ruas irregulares, não comportando grandes investimentos em infraestrutura, uma vez que sua ocupação se daria a partir do esgotamento da área urbana. Por fim, na área rural, estariam cinco colônias agrícolas e várias chácaras, que teriam como objetivo abastecer com seus produtos agrícolas as duas áreas anteriores.

Belo Horizonte foi inaugurada em 12 de dezembro de 1897, apesar de parte de suas construções não estarem completamente concluídas.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Por ser um importante polo de atração de população, a caracterização demográfica de Belo Horizonte será analisada na perspectiva do crescimento populacional da cidade, considerando os principais fatores intervenientes nessa dinâmica populacional. A evolução dos principais indicadores demográficos será apresentada no contexto da Região Metropolitana, dada a situação de interdependência entre os municípios que a compõe (Mapa 1).

Até 1989 a Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) era composta por 14 municípios: Belo Horizonte, Betim, Caeté, Contagem, Ibirité, Lagoa Santa, Nova Lima, Pedro Leopoldo, Raposos, Ribeirão das Neves, Rio Acima, Sabará, Santa Luzia e Vespasiano. Neste ano, mais quatro municípios foram incorporados à Região Metropolitana: Brumadinho, Esmeraldas, Igarapé e São José da Lapa. Em 1992, os municípios de Juatuba e de São José da Lapa foram desmembrados, respectivamente, de Mateus Leme e Vespasiano.

O CRESCIMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO HORIZONTE

Entre 1940 e 1996, a população da RMBH passou de 368.784 para 3.803.249 habitantes (IBGE 1940, 1996). Proporcionalmente, a contribuição do Município de Belo Horizonte foi de 57,3% (211.223 habitantes) e 55% (2.091.371 habitantes), mostrando-se estável no período.

Entretanto, as taxas de crescimento anuais da população mostram que ocorreram mudanças significativas na Região Metropolitana, no Município de Belo Horizonte e no seu entorno (demais cidades da Região) neste mesmo período (Tabela 1). Até a década de 1970, o crescimento populacional da Região, de Belo Horizonte e de seu entorno apresentavam taxas de crescimento anuais altas e muito próximas, em torno de 5,7%. A partir daí, as taxas de crescimento anuais passam a ser decrescentes para a Região Metropolitana e para a cidade de Belo Horizonte e crescentes para os demais municípios da Região. Nas décadas de 1980 e 1990,as taxas de crescimento de Belo Horizonte diminuem de forma expressiva, refletindo uma tendência semelhante a outras grandes metrópoles brasileiras.

Tabela 1– Taxas de crescimento anuais (%) da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Belo Horizonte e entorno 1940-1996.

Período	RMBH	Belo Horizonte	Entorno
1940/ 50	3,49	5,12	0,78
1950/ 60	5,77	6,76	3,35
1960/ 70	5,77	5,77	5,76
1970/ 80	4,53	3,66	6,71
1980/ 91	2,50	1,15	4,87
1991/ 96	2,03	0,69	3,80

Fonte: IBGE. Censos Demográficos 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991 e Contagem da População, 1996

O cenário mencionado acima reflete, de certa forma, o comportamento de queda da fecundidade das mulheres mineiras, principalmente nos grandes centros urbanos do Estado de Minas Gerais. Em 20 anos, a fecundidade na Região Metropolitana de Belo Horizonte reduziu em 56,2 %, enquanto no Estado de Minas Gerais essa redução foi de 59,5%. Com valores próximos do nível de reposição, a diminuição da fecundidade determina um outro processo demográfico importante que é o envelhecimento da população.

Entre 1970 e 2001 a proporção de pessoas no grupo etário de 0 a 14 anos de Belo Horizonte passou de 38,4% para 26,4%. Para o mesmo período, o Índice de Idoso (razão entre a população da faixa etária de 60 e mais anos e a de 0 a 14 anos) passou de 11,9 para 30,5. Este é, certamente, o fenômeno demográfico mais expressivo nas últimas três décadas na cidade de Belo Horizonte.

INIQÜIDADES E O ESPAÇO URBANO

Belo Horizonte compartilha, com outras grandes cidades brasileiras, importantes inqüidades em relação a indicadores de morbidade, mortalidade e de acesso a bens e serviços de saúde e trabalho. Três indicadores ou índices específicos para o contexto da cidade procuram expressar a complexidade da qualidade de vida do lugar urbano. Esses indicadores, conhecidos como Índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU), Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e Índice de Risco à Saúde (IRS), são compostos por diversas dimensões da cidadania.

O IRS de maior especificidade para a área de saúde foi desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH) e agrega indicadores de saúde, renda, escolaridade e presença de áreas de favela. É representado por uma escala que varia de zero a dez, com o maior valor indicando maior risco à saúde. Permite localizar espacialmente os diferentes eventos relacionados à saúde e seus possíveis determinantes, tanto para setores censitários como para cada uma das 81 unidades de planejamento da cidade (Mapas 2 e 3).

Por exemplo, ao se analisar a taxa de primeiras internações por asma em menores de cinco anos, por setores censitários de residência do paciente, no período de 1997 a 2000, verifica-se que os eventos ocorreram em 1.501 (71%) dos 2.110 setores que compõem a base de Belo Horizonte (1996). Comparando esse mapa com o IRS, verifica-se uma sobreposição entre os setores de maior risco e uma maior incidência dos eventos.

Como segundo exemplo, temos a mortalidade por homicídios em Belo Horizonte. A taxa de mortalidade por homicídio no período de 1990 a 2000 apresentou um incremento de 108,5%. A distribuição dos 1551 homicídios mostra evidente aglomeração dos eventos, em algumas áreas da cidade. Essa aglomeração não estava somente relacionada à densidade de população nessas áreas, o que se verifica pela heterogeneidade encontrada nas taxas de homicídio entre as unidades de planejamento (UP). Os marcadores utilizados para caracterizar as condições de vida foram capazes de evidenciar as desigualdades existentes entre as UP. Por exemplo, a variável que apresentou maior heterogeneidade entre as UP foi o percentual da população vivendo em favelas. Ainda, o aumento no percentual de moradores em favelas, na proporção de analfabetos, o maior número de moradores por domicílio e a piora nos indicadores IVS e IRS foram associados ao aumento das taxas de mortalidade por homicídio.

Mudanças profundas nas atividades no setor de indústrias e serviços na cidade, devido a novas técnicas e contemporâneas regras de produção, como reflexo de uma mudança econômica mundial, engendram efeitos nos trabalhadores urbanos que são inéditos em sua forma e freqüência de sua ocorrência. Deterioração das condições de trabalho, nutricionais, e saúde mental representam causas óbvias de desemprego ou subemprego, piorando ainda mais as condições gerais de saúde. Além disso, estabelece-se o paradoxo contemporâneo: exigência de trabalhadores polivalentes, instruídos, com iniciativa, mas sem as condições requeridas para os fins previstos, gerando uma vez mais situações adversas à saúde das populações urbanas

ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Os serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde estão organizados em base territorial, em nove Distritos Sanitários, que correspondem às Administrações Regionais da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Consolidaram-se no Sistema Municipal de Saúde três instâncias de planejamento e decisão: o nível central da SMSA-BH, cujo objeto de atuação corresponde ao território global do município; o nível distrital, gestor do território do distrito; e o nível local, que coordena as ações de saúde e responsabiliza-se pela população da área de abrangência do centro de saúde.

Essas instâncias procuram manter a organicidade do sistema, na busca de um funcionamento integrado, trabalhando com base em decisões colegiadas e procurando garantir a participação dos Conselhos de Saúde, que são representações organizadas dos cidadãos, definidas pela Constituição.

Cada Distrito Sanitário, portanto, tem definido um certo espaço geográfico, populacional e administrativo. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito, constituído de unidades básicas (Centros de Saúde) e unidades secundárias como os PAM (Postos de Assistência Médica), além da rede hospitalar pública e contratada. Cada unidade básica, por sua vez, tem um território de responsabilidade denominado "área de abrangência de Centro de Saúde".

A partir de 2000, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) e posteriormente com o Programa de Saúde da Família (PSF), as áreas de abrangência dos Centros de Saúde foram divididas em setores censitários, seguindo parâmetros do IBGE, e subdivididos em micro áreas, tendo em cada uma de 100 a 200 famílias. Dessa forma, cada família terá como referência de saúde uma equipe composta por diversos profissionais do Centro de Saúde. Cada equipe é responsável pelo cuidado às famílias, desde o nível primário ao referenciamento, de forma adequada, para

outros níveis de atenção, prevenindo agravos e promovendo a saúde por meio da participação ativa junto à comunidade. A saúde passa a ter uma abordagem diferenciada da lógica curativa, fragmentada, pouco resolutiva, que eleva os custos na atenção secundária e terciária, partindo para uma lógica ativa de intervenção conjunta com saberes diversos, incluindo o da própria população.

A rede de atendimento ambulatorial da Secretaria Municipal de Saúde, é constituída por 160 unidades ambulatoriais próprias (sendo 127 Centros de Saúde, 7 laboratórios, 16 unidades especializadas, 6 policlínicas e 4 unidades de urgência). Além disso, a rede ambulatorial conta com 138 unidades contratadas e conveniadas (ambulatórios e laboratórios que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde, SUS) que atendem aos usuários encaminhados pelos Centros de Saúde e Unidades próprias da SMSA-BH. Essas unidades, de direito privado ou de caráter filantrópico, prestam serviços à clientela do SUS, por contrato ou convênio, sob regulação do Sistema Municipal de Saúde. É característico dos serviços da rede contratada e conveniada o propósito curativo da atenção, por meio de consultas ou exames laboratoriais. Nesses serviços, o usuário do SUS não necessita fazer nenhum pagamento adicional.

Para o atendimento aos serviços de diagnósticos de alta complexidade, o sistema conta com 13 hospitais, cinco unidades ambulatoriais e cinco bancos de sangue. A rede hospitalar do município de Belo Horizonte é composta por 69 hospitais. Para o atendimento do SUS, conta-se com um hospital próprio e 49 hospitais contratados e conveniados, que ofertam 6.054 leitos especializados e não-especializados. Quanto à rede contratada e conveniada, encontram-se sob gestão do município: onze hospitais públicos estaduais, um público federal, doze filantrópicos e vinte e cinco privados lucrativos.

No ano de 2002, foram realizados 230 mil internações hospitalares e 39 milhões de procedimentos ambulatoriais, sendo 15 milhões em atenção básica, na rede hospitalar e ambulatorial do SUS – própria, contratada e conveniada.

PRIORIDADES DETECTADAS E POLÍTICAS PÚBLICAS

Sendo Belo Horizonte um grande centro urbano, a lógica de organização do seu espaço não se distancia da lógica das megacidades: acúmulo de lixo, poluição do ar, desorganização do trânsito, condições deficitárias de habitação e relações sociais complexas. Toda essa dinâmica vem determinando uma deterioração das condições de vida, com importantes implicações na realidade sanitária e com o aumento de problemas sociais. Associada a esta, a magnitude das áreas periféricas, consolidando grandes aglomerados de favelas, marcados pela desigualdade social, pela maior vulnerabilidade da sua população no processo

de adoecer e morrer e pela pouca acessibilidade a bens e serviços urbanos, aprofunda a iniqüidade e favorece o surgimento de agravos à saúde.

O Município de Belo Horizonte tem objetivado, como uma de suas prioridades, a consolidação de um sistema de informação espacializado, que possa possibilitar a identificação rápida de agravos decorrentes da aglomeração intra-urbana. A partir daí, tem priorizado o desenvolvimento de intervenções para agravos típicos desta dinâmica como, por exemplo, a asma a dengue e a violência.

A asma é uma doença de determinação múltipla e complexa, que envolve fatores genéticos e ambientais. Dentre os fatores ambientais destaca-se a poluição extra e intradomiciliar, estando, especialmente a última, intimamente relacionada ao nível sócio-econômico. Indivíduos mais carentes são os mais expostos à poluição ambiental. Geralmente residem em domicílios mais propensos à exposição aos alergenos e moram em regiões mais poluídas, tornando evidentes as disparidades na ocorrência da asma e de suas conseqüências. Um estudo realizado em Belo Horizonte mostrou que as internações por asma formam agregados espaciais especialmente nos grandes complexos favelares da cidade (Mapa 3).

Para a asma, ainda são insuficientes as ações intersetoriais desenvolvidas com os orgãos de planejamento urbano relacionados à habitação e ao meio ambiente, no que diz respeito aos agentes poluidores do ar. Entretanto, as ações setoriais da SMSA-BH são pioneiras no Brasil na implantação de um programa de reorganização da assistência à criança asmática. Para estas, são desenvolvidas ações que priorizam a atenção primária com o fornecimento, nas unidades básicas, de medicamentos para alívio e controle dos sintomas de asma, além das ações de prevenção e promoção em relação ao cuidado com o ambiente alergênico para a criança. Esse programa já apresenta resultados positivos para os pacientes acompanhados nas unidades básicas, tais como a redução de atendimentos nos serviços de urgência, de internações desnecessárias, de complicações da doença, bem como qualificando a vida do pequeno paciente.

Para a dengue, também não se pode prever apenas o desenvolvimento de ações em saúde, já que a sua determinação é também múltipla e intimamente relacionada com a desorganização do espaço urbano. O acúmulo de lixo, a proliferação de descartáveis, a presença de pontos estratégicos, tais como as borracharias, a organização do espaço domiciliar com a presença de vasos de plantas e caixas de água descobertas são fatores que favorecem a proliferação do *Aedes aegypti*.

A experiência de Belo Horizonte com o trabalho conjunto entre as Secretarias de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Estrutura Urbana e Serviço de Limpeza Urbana tem se mostrado efetivo no controle da doença, com grande redução do número de casos.

A violência, expressa pelos homicídios, violência doméstica, abuso sexual e acidentes de trânsito, é determinada por condições relativas ao estilo de vida e a condicionantes sociais, históricos e ambientais. Portanto, exige intervenções complexas, que vão muito além da abrangência do setor saúde, exigindo intervenções intersetoriais de várias esferas de governo.

Nessa perspectiva, a SMSA-BH vem desenvolvendo um trabalho conjunto com outras Secretarias e Instituições: 1) na atenção às vítimas de abuso sexual, com a Secretaria Municipal de Direitos da Cidadania como parceira principal; 2) no combate à criminalidade, com o desenvolvimento de projeto piloto em área identificada e considerada de alto risco, em parceria com o Governo do Estado de Minas Gerais; 3) na atenção às vítimas de violência doméstica – mulheres, crianças e idosos, com a Secretaria Municipal de Direitos da Cidadania como parceira principal; 4) na prevenção e redução do número de acidentes de trânsito, com a Empresa de Trânsito de Belo Horizonte.

Para os diversos agravos em saúde identificados como prioritários para um determinado local e população residente, tendo como exemplo a depressão em idosos, a dependência química, a gravidez precoce, as doenças crônico-degenerativas, a SMSA-BH realiza ações de promoção e assistência por meio de sua rede descentralizada de serviços de saúde. Opera sua intervenção com equipes de saúde da família nas unidades básicas de saúde que se responsabilizam por uma população adscrita numa rede que se relaciona com outros níveis hierárquicos do sistema de saúde, a fim de promover cuidado integral à população.

Somadas a esse processo, agregam-se ações intersetoriais articuladas dentro de um projeto piloto e prioritário da Prefeitura de Belo Horizonte, chamado BH-Cidadania. Inicialmente está sendo realizado em nove regiões mais vulneráveis da cidade para cerca de 10 mil famílias e será em breve expandido para 60 mil famílias residentes nas regiões mais críticas em relação à exclusão social. O projeto inaugura um momento privilegiado de ações intersetoriais das políticas públicas sociais e em algumas etapas das urbanas, rompendo com o corporativismo e o isolamento dos diversos setores socias. Vem seguindo uma nova lógica, a partir da identificação de problemas e de intervenções conjuntas da saúde, da educação, da cultura, dos esportes, da assistência social, da segurança alimentar e do abastecimento, buscando ampliar o acesso e qualificar a assistência aos que necessitam das políticas públicas e de maior resolutividade na solução dos seus problemas.

PRINCIPAIS ESTRATÉGIAS QUE VÊM SENDO UTILIZADAS NO SENTIDO DE ENFRENTAR OS PROBLEMAS DECORRENTES DA SITUAÇÃO DE AGLOMERADO URBANO

Aponta-se a proposta do Programa BH-Cidadania como a principal estratégia utilizada pela Prefeitura de Belo Horizonte, no intuito de enfrentar os problemas decorrentes da situação de aglomerado urbano.

Tal proposta, advinda da reorganização dos programas desenvolvidos ao longo da experiência de oito anos de governo, encontra-se em processo de construção e formulação desde o ano de 2001 e se apresenta como uma proposta de construção coletiva de inclusão social.

O Programa BH-Cidadania pode ser definido como "um programa de inclusão social que busca garantir maior resolutividade e acessibilidade dos bens e serviços públicos à população vulnerabilizada. Busca também implementar um modelo de gestão baseado na descentralização, articulação e integração intersetorial, e inverter a lógica setorial e fragmentada de operação dos diversos programas da área social da Prefeitura de BH".

O programa apresenta cinco eixos estratégicos de atuação: a transferência de renda, a inclusão produtiva, a educação, a saúde e a socialidade.

Propõe, em sua essência, garantir de forma integrada o acesso às políticas sociais de educação, saúde, segurança alimentar, assistência, convivência, esportes, lazer, cultura, trabalho e condições de vida mais dignas para a população residente em áreas socialmente críticas da cidade.

Adota um conceito ampliado de inclusão social e, em decorrência do mesmo, se desenvolve numa perspectiva para além da suficiência/insuficiência de renda ou bens, envolvendo, também, questões relativas à promoção do acesso à segurança, à justiça, à cidadania e à representação política.

Sua operacionalização se dá a partir do território, com a identificação de áreas de risco, onde os setores e territórios menos favorecidos são priorizados, apresentando a família como seu enfoque prioritário.

Para identificar as desigualdades sociais e sua distribuição territorial, utiliza o censo social e o cadastro como sua base de dados, possibilitando a construção de indicadores georreferenciados para subsidiar a formulação de políticas públicas, bem como a identificação e a caracterização socioeconômica da população da cidade.

Implantado inicialmente em nove áreas-piloto que apresentavam alto risco em saúde, as quais constituíram-se, posteriormente, alvos prioritários das discussões e definições de obras no orçamento participativo regional.

Cada uma de suas nove áreas de implantação conta também com um Núcleo de Apoio Sociofamiliar (NASF), estrutura de articulação que atende às demandas identificadas na unidade de saúde, escola ou comunidade e que funciona como uma unidade que presta e organiza informações, faz encaminhamentos e organiza as ações locais a partir da ênfase ao trabalho comunitário.

Assim, a implantação do BH-Cidadania pressupõe tanto o trabalho com informações intersetoriais, com o intuito de unificar o planejamento e o desenvolvimento das políticas sociais, como a integração das ações desenvolvidas nas diversas áreas sociais; rompe com o isolamento das diversas políticas públicas e possibilita uma melhor qualificação e resolutividade da assistência ao usuário dos serviços públicos. Atividades esportivas, culturais, bem como programas voltados para a juventude, no intuito de prevenir a violência, também são objetos do Programa.

Destaca-se, nessa proposta, a garantia do direito universal à saúde, desenvolvida por intermédio do Programa BH-Vida, que adota o Programa de Saúde da Família como eixo estruturante do setor saúde.

PARTE II

BH-VIDA – PROMOVENDO A SAÚDE E REDUZINDO AS DESIGUALDADES

A Prefeitura de Belo Horizonte adotou o BH-Vida/Programa de Saúde da Família como eixo estruturante de suas ações na saúde, visando reorganizar todo o sistema a partir da atenção básica. Suas características de estreito vínculo entre trabalhadores e usuários – responsabilidade, humanização, ação intersetorial, participação e envolvimento da comunidade – são bases para o reordenamento dos demais níveis do sistema, com os quais essa estratégia vem-se articulando para consolidar e fazer avançar o Sistema Único de Saúde no município.

Embora esse modelo tenha mostrado resultados muito positivos em vários países do mundo – pobres ou ricos–, um longo processo de discussão envolvendo o Conselho Municipal de Saúde, gestores, trabalhadores, representações de corporações, usuários e outras entidades, foi necessário para que as devidas adequações à realidade de Belo Horizonte se concretizassem.

O número de famílias adscrito a cada equipe (compostas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde) é variável, segundo a estratificação de risco de adoecer e morrer na cidade, variando de até 600 famílias nas áreas de risco muito elevado, 750 nas áreas de risco elevado a 900 nas de médio risco.

A nova forma de trabalho adotada pressupõe que a atenção à saúde prestada por cada equipe esteja voltada a todos os componentes da família, independentemente do sexo ou da idade, não estando restritas apenas às doenças já estabelecidas, pois seu compromisso envolve, também, ações a serem realizadas enquanto os indivíduos ainda se encontram saudáveis. Para a consecução desses objetivos, a equipe elabora um plano de trabalho que envolve não apenas a agenda de atendimentos diários, mas também – com base no levantamento dos problemas identificados no território–, uma proposta de ação que busque ter como resultado a melhoria contínua da saúde da população.

O principal objetivo do programa é a redução de desigualdades na saúde e a melhoria contínua da qualidade de vida dos cidadãos. A pactuação de um conjunto de indicadores que denotem essa situação ao longo tempo é parte constituinte do projeto. Metas ousadas, como a redução da mortalidade infantil para índices menores que 10 óbitos por mil nascidos vivos até o final de 2004, fazem parte do escopo do projeto.

PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO

A implantação do programa teve início em fevereiro de 2002, quando foram estruturadas 172 equipes. A partir desta data, vêm sendo acrescidas novas equipes, permitindo a cobertura quase total das áreas de muito elevado e elevado risco de adoecer e morrer (aproximadamente 600 mil habitantes), mais de 60% das áreas de médio risco (aproximadamente 700 mil habitantes), já tendo sido iniciadas as discussões para a cobertura das áreas de baixo risco. A meta é ligar todos os cidadãos de Belo Horizonte a alguma equipe.

Paralelamente, vem-se dando a estruturação das equipes matriciais de apoio, com a incorporação progressiva de outros profissionais ao projeto, por meio da estruturação de equipes ampliadas, com a participação de profissionais de serviço social, das equipes de saúde bucal, equipes de saúde mental, núcleos de especialidades etc., com o objetivo de, ao término do projeto, termos toda a rede básica e a atenção secundária envolvidas. Em futuro não muito distante, o objetivo é articular também as redes de atenção à urgência e aos hospitais.

Um dos exemplos mais ilustrativos dessa articulação com outros níveis é o núcleo de especialidades de Venda Nova. Este núcleo, constituído por um pequeno grupo de cinco especialistas (oftalmologista, otorrinolaringologista, ortopedista, cardiologista e dermatologista), trabalha diretamente ligado a um conjunto de 25 equipes. Esse processo vem permitindo uma grande agilidade no acesso à atenção secundária, com redução acentuada do tempo de espera para consultas.

A reorganização do processo de trabalho nas unidades e a capacitação dos trabalhadores tem-se constituído em prioridades. Constituir-se como equipe de saúde da família é um processo que se dá entre os membros da equipe, mas, também (e acima de tudo), na relação com as famílias concretas pelas quais cada equipe se torna responsável. Esse arranjo, além de possibilitar o estabelecimento de compromissos com a saúde dos cidadãos adstritos, propicia, ao mesmo tempo, a realização pessoal e profissional dos trabalhadores.

Para dar suporte a essa profunda mudança no sistema, um extenso leque de capacitações profissionais necessitou ser desenvolvidas. Entre eles, cabe destacar o Curso de Especialização em Saúde da Família, ministrado pela Universidade Federal de Minas Gerais, com metodologia especialmente desenvolvida para a realidade de Belo Horizonte, que está sendo apoiado pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Social (BNDES), pelo Ministério da Saúde e pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, com a finalidade de servir de modelo para outros centros urbanos. Ao contrário do que muitos imaginam, o profissional de saúde da família necessita ser altamente capacitado, com profundidade em vários campos do conhecimento.

Além dessa especialização, várias outras iniciativas de capacitação em serviço, palestras, videoconferências, educação continuada à distância via Internet, conversas

com especialistas e outras iniciativas foram estruturadas de forma a fomentar a mais ampla gama de oportunidades de formação dos profissionais.

O programa não envolve apenas os trabalhadores da saúde, mas vem-se articulando progressivamente com outros setores da Prefeitura, além de órgãos governamentais e não–governamentais, a fim de possibilitar ações intersetoriais que possibilitem resolver ou minorar os complexos problemas pelos quais passa um contingente expressivo de famílias da cidade. O exemplo mais completo e imediato dessa articulação é o BH-Cidadania, projeto que integra todas as áreas sociais da prefeitura.

Os desafios administrativos e organizacionais a serem superados para a plena implantação do projeto são substantivos e têm demandado uma atuação integrada pelos níveis central, regional e local. A adequação da infra-estrutura física, dos equipamentos, dos materiais de uso rotineiro, dos medicamentos etc. necessita ser efetivada de forma que os trabalhadores possam contar com um ambiente de trabalho satisfatório.

CONCLUSÃO

A estratégia adotada por Belo Horizonte para estruturação do BH-Vida/Programa de Saúde da Família foi a da transformação dos serviços existentes, com a incorporação dos atuais trabalhadores em um intenso e participativo processo de discussões, acoplado a um sólido trabalho de reconversão laboral, que coloca a totalidade de suas equipes em cursos formais de especialização, especialmente desenhados para esta realidade. Esse movimento, diferente do rumo adotado pela maioria das cidades de médio e grande porte do País – que consistiu basicamente na implantação do programa com o acréscimo de novos serviços –, se por um lado é mais trabalhoso e por vezes mais conflituoso, por outro aumenta a viabilidade econômica do projeto, por demandar um número menor de novos recursos humanos e infra-estrutura física, facilitando coberturas populacionais mais amplas.

O tempo transcorrido desde a implantação do projeto é relativamente curto para que possamos ter uma avaliação autorizada de seus resultados. A estruturação de indicadores objetivos de avaliação se encontra ainda em curso e demandará avanços e reestruturação dos sistemas de informação hoje existentes, de forma que eles possam ser readequados aos novos processos de trabalho vigentes nas unidades. No entanto, a melhoria no acesso aos serviços, com redução ou mesmo eliminação das filas para atendimento em um grande número de unidades, com maiores coberturas populacionais pelo Programa, aliada a um grande apoio e satisfação dos usuários, demonstra claramente o acerto dos rumos tomados pelo mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COELHO, I. B. "BH-vida: promovendo a saúde e reduzindo as desigualdades". Pensar BH – Política Social, v. 5, p. 44-46, dez 2002/mar 2003.

DIAS, M. A. S. "Internações e reinternações por asma em Belo Horizonte: apontando um caminho", 1997-2000. 2002. 104 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/Epidemiologia, [S.l.], 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. "Censos Demográficos 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1991. Contagem da População", 1996.

MARTINS JR, J. S. et. al. "Construção de Índice de Vulnerabilidade à saúde para a delimitação de áreas homogêneas: o caso de Belo Horizonte". [S.l.: S.n.], 1998. (Mimeo)

MATOS, S. G. "Óbitos por violência em Belo Horizonte", 1990-2000. 2002. 133 f. Dissertação (Mestrado) – "Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública/Epidemiologia", [S.l.], 2002.

MONTE-MOR, R. L. M.; LEMOS, C. B.; COSTA, H. S. M. "Belo Horizonte: espaços e tempos em construção". Belo Horizonte: CEDEPLAR, 1994. p. 94.

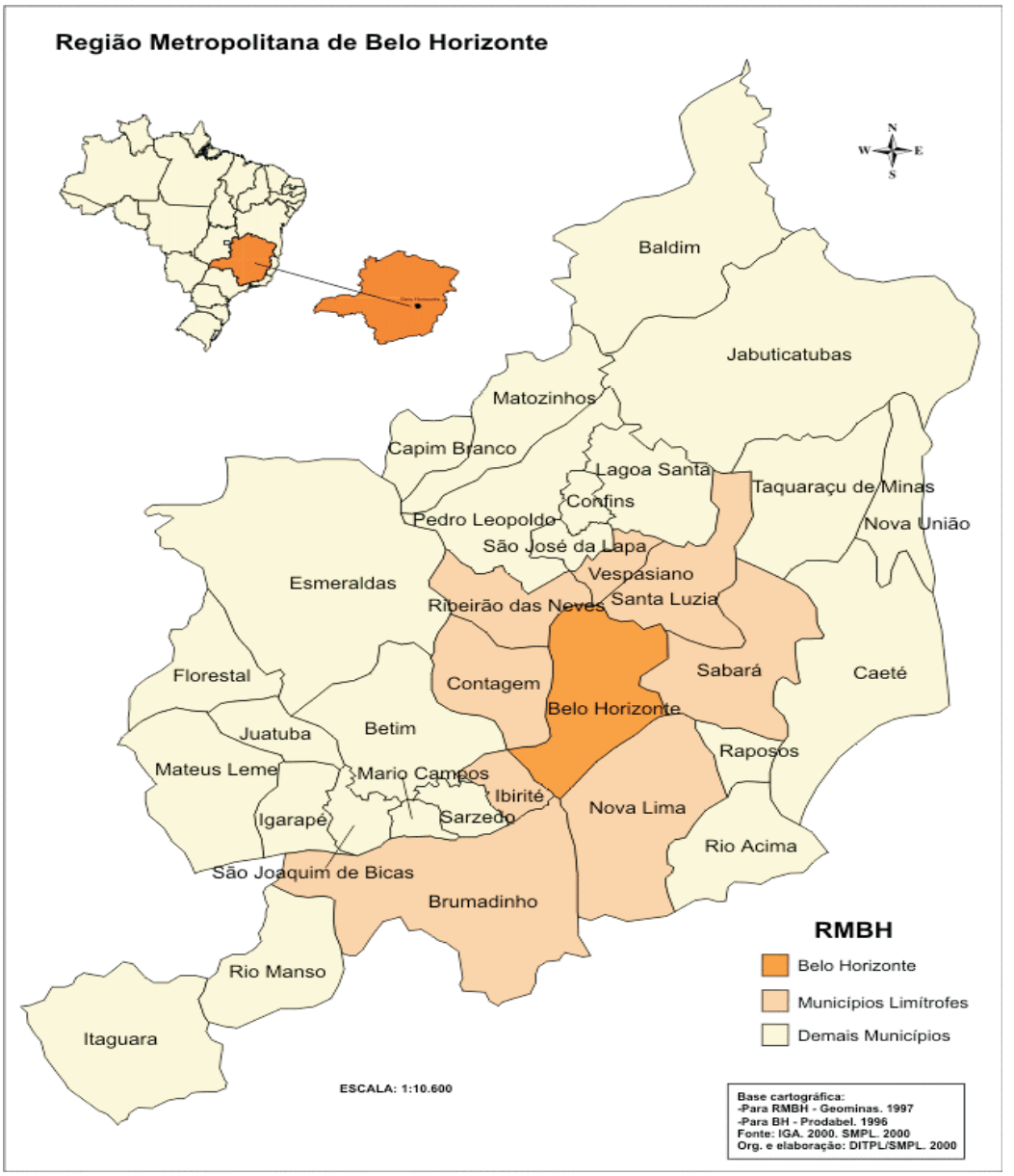
NAHAS, M. I. P. "O sistema de indicadores intra-urbanos de Belo Horizonte para a gestão e monitoramento da qualidade de vida urbana: 1993 – 2000". Pensar BH - Política Social, [S.l.], v. 2, p. 31-37, fev/abr 2002.

PENSAR BH – POLÍTICA SOCIAL. [S.l.]: Secretaria Municipal da Coordenação de Política Social, 2001-

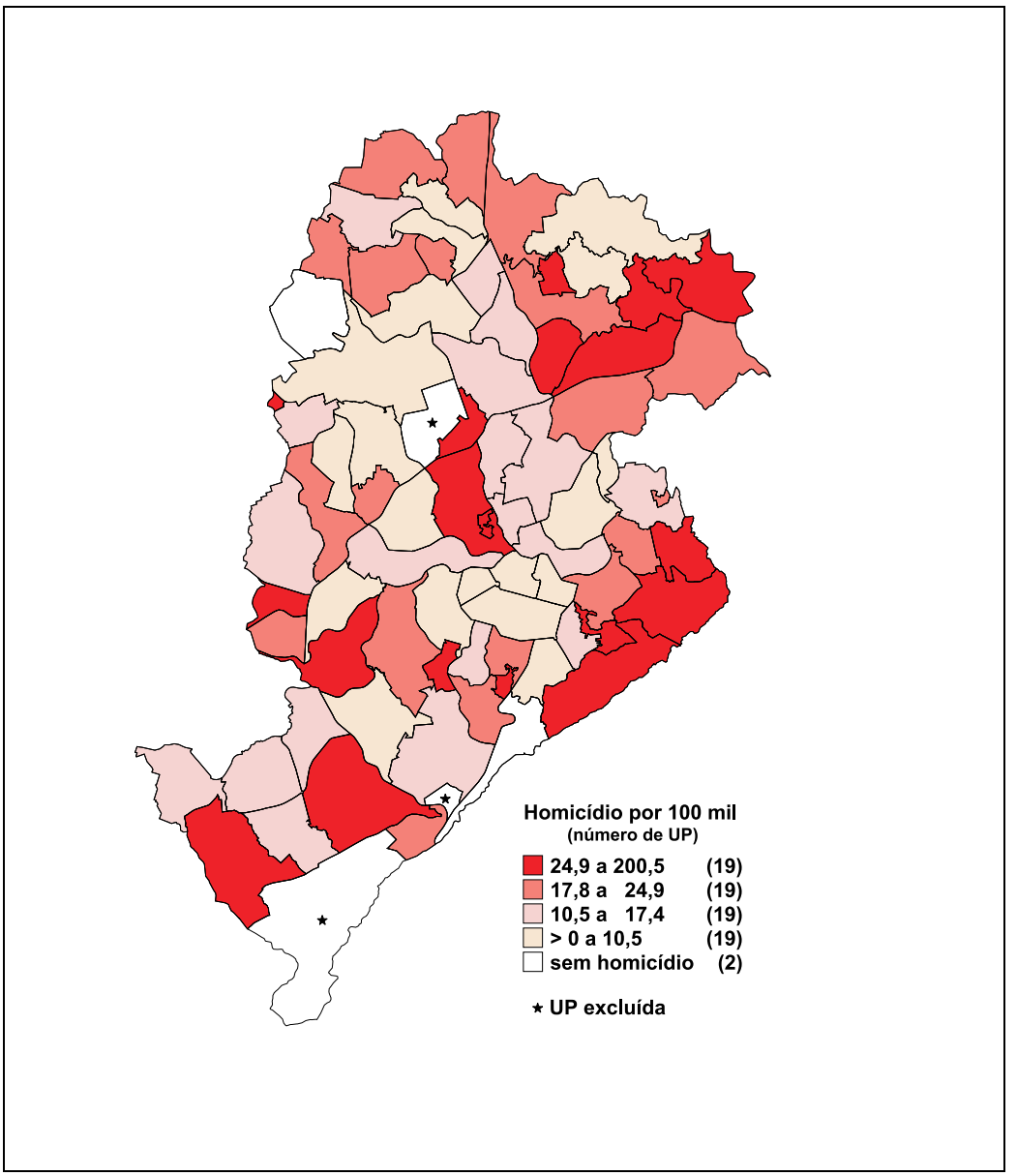
PROIETTO, F. A. et al. "A saúde das cidades: o observatório de saúde urbana da região metropolitana de Belo Horizonte". Pensar BH – Política Social, [S.l.], v. 3, p. 33-36, mai/jul 2002.

SANTA ROSA, J. "BH-Cidadania". Política Social, [S.l], v. 0, p. 27-29, jul/ago, 2001.

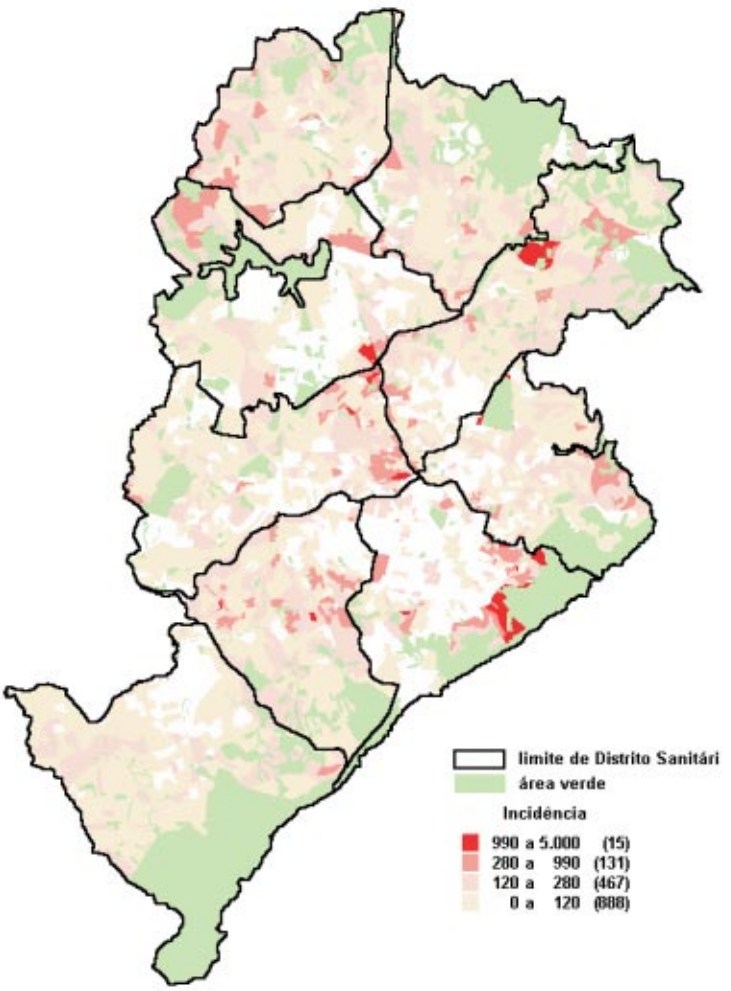
Mapa 1 Localização geográfica do município de Belo Horizonte e da Região Metropolitana



Mapa 2 Distribuição das taxas de homicídio (100 mil habitantes), em quartis, de acordo com a Unidade de Planejamento de residência. Belo Horizonte, 1998-2000.



Mapa 3 Taxa de incidência de primeiras internações (100 mil habitantes) para asma, menores de 5 anos por setor censitário de residência. Belo Horizonte, 1997 – 2000.



Fonte: Banco de Dados do Estudo Asma, obtido do banco de laudos de internação hospitalar, SMSA-BH.

A METRÓPOLE RIO DE JANEIRO: DESAFIOS PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE

José Carvalho de Noronha

Doutor em Saúde Coletiva, Prof. Adjunto do Dep.Políticas, Planejamento e Administração em Saúde do Inst. Medicina Social/UERJ. Médico do Departamento de Informações em Saúde do CICT/FIOCRUZ

Cristiani Vieira Machado

Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ; Doutoranda do IMS/UERJ.

Luciana Dias de Lima

Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da ENSP/FIOCRUZ; Doutoranda do IMS/UERJ

CARACTERÍSTICAS GERAIS

O Estado do Rio de Janeiro situa-se na Região Sudeste, a região geoeconômica mais importante do país, respondendo, juntamente com São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, por mais de 50% do PIB brasileiro. É um dos principais portões de entrada do Brasil e está estrategicamente bem localizado em relação ao Mercosul.

O território fluminense, com uma área de 43.864,3 km^2, está dividido em 92 municípios, agrupados em oito Regiões de Governo. O relevo do Estado é caracterizado por dois grandes domínios: as terras altas e as baixadas. As baixadas são mais conhecidas pelas suas denominações locais: Baixada dos Goytacazes (ou Campista), Baixada dos Rios Macaé e São João, Baixada da Guanabara e Baixada de Sepetiba. A denominação Baixada Fluminense fica restrita à porção do território que abrange os Municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados e São João de Meriti, que integram a Região Metropolitana e são tributários do Município do Rio de Janeiro, capital do Estado.

A mais importante bacia hidrográfica é a do Rio Paraíba do Sul, que é o mais extenso do estado, com 464 km de comprimento. Outro rio importante, também aproveitado para o abastecimento de água, o uso agrícola e a geração de energia elétrica é o Guandu (26,5 km). Apenas 36,4 % do território estadual são cobertos por vegetação remanescente (florestas, mangues e restingas) e secundária. O restante é ocupado por pastagens, áreas cultivadas e/ou urbanizadas (Fundação CIDE, 2002).

HISTÓRICO

Em 1º de janeiro de 1502, a primeira expedição portuguesa que veio explorar a costa brasileira, ao entrar na barra da Baía de Guanabara, confundiu-a com a foz de um grande rio, chamando-a de Rio de Janeiro, nome que passou a designar as terras que ficavam em torno da baía. A fundação da cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro em 1º de março de 1565, às margens da baía, teve como função principal a defesa desse trecho do litoral brasileiro.

Para efetivar o povoamento da região, sesmarias foram distribuídas e surgiram os engenhos de açúcar, as lavouras, os curtumes. Ainda no final do século XVI, começaram a chegar os primeiros escravos da África para trabalhar nos engenhos. Ao iniciar-se o século XVII, existia, à margem da Baía de Guanabara, um modesto povoado, que se estendia até a várzea, sem a preocupação de urbanização. Foi o século da agricultura, da fixação dos povoadores nas sesmarias distribuídas pelos governadores e da construção dos conventos. Ao final do século a cidade estava constituída administrativa e socialmente, com uma população de cerca de 12 mil habitantes.

No século XVIII, com o desenvolvimento da mineração, o porto do Rio Janeiro torna-se o principal centro exportador e importador para as vilas de Minas Gerais, por onde saem ouro e diamante, e entram escravos e produtos manufaturados. A zona urbana do Rio de Janeiro começa a ampliar seus limites e em 1763, a cidade torna-se sede do Governo Geral, em substituição a Salvador.

Com a vinda, em 1808, da família real portuguesa para o Brasil, o aspecto da cidade melhora com as primeiras medidas sanitárias e de infra-estrutura urbana. A população aumenta, o comércio se expande, o porto moderniza-se. O café começa a ser cultivado no Rio de Janeiro e segue o seu caminho pelo Vale do Paraíba. Assim, o Rio de Janeiro chega, ao final do século XVIII, com cerca de 50 mil habitantes.

Após a declaração de Independência, a cidade continua como capital, enquanto a província enriquece com a agricultura canavieira da região de Campos e, principalmente, com o cultivo do café. Para separar a província e a capital do Império, em 1834 o Rio de Janeiro é convertido em município neutro, e a nova capital da província do Rio de Janeiro passa a ser Niterói. Como centro político e administrativo do país, o Rio de Janeiro concentra a vida político-partidária do Império e os movimentos abolicionista e republicano.

A cidade do Rio de Janeiro se expande: a evolução dos transportes coletivos, o trem e o bonde assinalam o desenvolvimento dos subúrbios e dos novos bairros residenciais. A transformação da cidade se expressa pela expansão da infra-estrutura (abastecimento

de água, iluminação a gás, e depois eletricidade, novos processos de comunicações) e adoção de medidas a favor da higiene ...–... o sistema de esgotos, construção de hospitais e cemitérios públicos ...–... que vieram contribuir para a melhoria das precárias condições de saúde. As crescentes necessidades de escoamento da produção cafeeira do Vale do Paraíba levam à construção da Estrada de Ferro Central do Brasil, permitindo o crescimento da área urbanizada em direção à Baixada Fluminense, que passa a ser ocupada pelas populações mais pobres.

No início do século XX, na gestão do prefeito Pereira Passos, o Rio sofre uma grande transformação marcada, entre outros fatores, pela inauguração do novo Porto do Rio de Janeiro em 1910, e pelo saneamento da cidade sob o comando de Oswaldo Cruz, acabando com três epidemias que assolavam a população: febre amarela, varíola e peste bubônica.

Durante a República Velha, com a decadência de suas áreas cafeeiras, o estado perde força econômica e política para São Paulo e Minas Gerais. A industrialização avança em São Paulo e apenas a cidade do Rio de Janeiro consegue manter sua vitalidade por força de seu estatuto de capital da República e de Distrito Federal.

A aliança entre Minas e São Paulo dá um golpe na cidade com a mudança da capital para Brasília, em 1960. Apesar disso, o Rio de Janeiro, transformado em cidade-estado da Guanabara, consegue continuar sendo importante pólo turístico, cultural e comercial. Os investimentos públicos se intensificam nas áreas mais ricas, acelerando o processo de especulação imobiliária.

Durante o regime militar, o governo federal determina, em 1975, a fusão dos estados da Guanabara e do Rio de Janeiro. A cidade passa a ser a capital do estado com o título de Município do Rio de Janeiro. A conseqüência social dessa fusão foi a brusca necessidade de incorporação aos benefícios de uma infra-estrutura urbana adequada, do grande contingente populacional que já residia na Baixada Fluminense. Os municípios da Baixada, tributários economicamente da cidade do Rio, não eram reconhecidos pelo antigo Estado do Rio e haviam ficado à margem dos investimentos públicos. Contaminada pela presença política da nova capital e pela redemocratização do país, a Baixada não pôde mais ficar de fora da partilha pelos recursos de infra-estrutura. Esse fato é ilustrado pelo início do fornecimento de água da adutora do Rio Guandu para diversos bairros do Município de Nova Iguaçu, por onde passava a tubulação para abastecer a cidade do Rio de Janeiro, sem que até então aqueles bairros fossem beneficiados.

Nas duas últimas décadas do século XX, o Rio sofre, mais que muitas unidades da federação, as conseqüências da crise econômica que se instala no país e com o esvaziamento do Estado face à afirmação da hegemonia neoliberal.

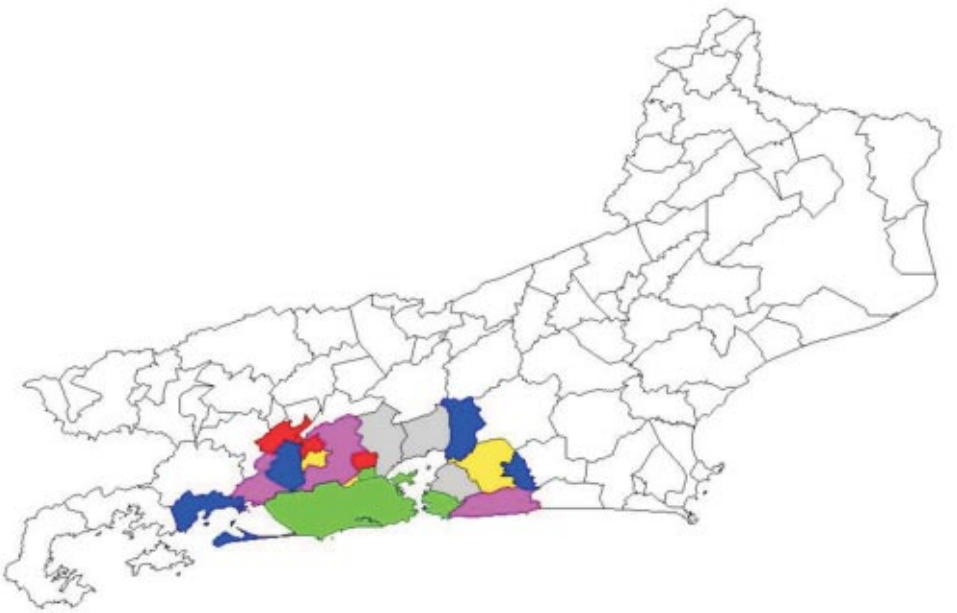
Pelo breve histórico apresentado, observa-se que, desde sua fundação até os dias de hoje, a Cidade do Rio de Janeiro tem tido várias funções de abrangência não apenas regional e estadual, como muitas vezes nacional: funções de defesa, de porto, comerciais, administrativas, políticas, industriais, cultural, e turísticas[1].

DEFINIÇÃO DA ÁREA METROPOLITANA

A definição dos municípios que integram a Região Metropolitana do Rio de Janeiro varia de acordo com o órgão público. A Secretaria de Planejamento do Estado do Rio de Janeiro, considera que a Região Metropolitana é composta pela capital e outros 19 municípios –...– Duque de Caxias, Itaguaí, Mangaratiba, Nilópolis, Mesquita, Nova Iguaçu, São Gonçalo, Itaboraí, Seropédica, Magé, Maricá, Niterói, Paracambi, Petrópolis, São João de Meriti, Japeri, Queimados, Belford Roxo, Guapimirim –...– que constituem o chamado Grande Rio, com uma área de 5.384km. Como se verá adiante, para a Secretaria de Estado de Saúde, a região foi dividida em duas, com pequenas diferenças dos municípios que as integram, mas que não afetam de maneira significativa as análises que faremos para a região de governo, face ao contingente populacional proporcionalmente pequeno dos municípios constantes em um e não no outro agrupamento.

1 Texto adaptado e livremente modificado de Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2003.

Mapa 1 Estado do Rio de Janeiro e Região Metropolitana do Rio de Janeiro

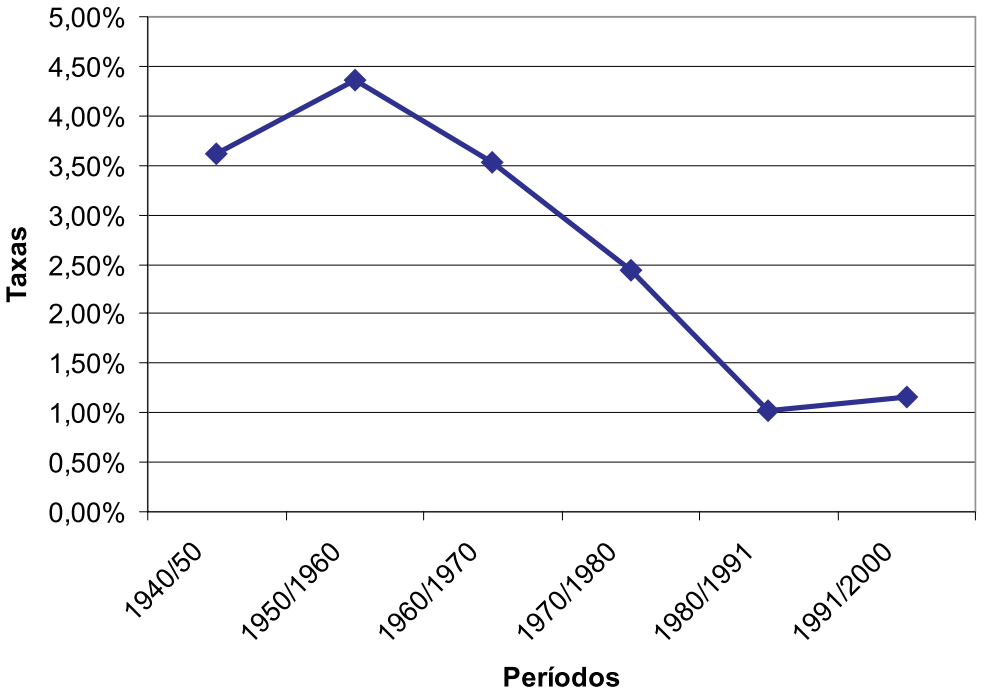


Fonte: DATASUS, 2003, trabalhado pelos autores.

POPULAÇÃO

A população da Região Metropolitana no Censo Demográfico de 2000 era de 10.894.156, correspondendo a 75,7% da população do Estado. Essa proporção dá ao Estado do Rio de Janeiro um caráter bastante peculiar, com uma altíssima taxa de urbanização e forte concentração metropolitana. O município da capital abriga 53,8% da população da Região. As taxas geométricas anuais de crescimento populacional caem acentuadamente a partir da década de 1970, atingindo apenas 1,17% no período 1991-2000 (Gráfico 1), uma das mais baixas das áreas metropolitanas do país, e inferior à do Estado, que se situou em 1,3%. Os municípios que apresentaram maiores taxas de crescimento, Maricá, Mangaratiba, Guapimirim, Itaguaí e Itaboraí, situam-se na periferia da região e constituem a área atual de expansão da malha urbana. Vale notar a baixíssima taxa de crescimento da cidade do Rio de Janeiro, com apenas 0,74% no período (Tabela 1).

Gráfico 1 Taxas geométricas anuais de crescimento populacional. Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 1940-2000



Fonte: Taxas calculadas a partir de dados de Fundação CIDE, 2002, Tabela 3.2.

Tabela 1 Taxas de crescimento anual, urbanização e densidade demográfica municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro - 2000

Municípios	Taxas		Densidade demográfica (hab./km^2)
	Média geométrica de crescimento anual 1991/2000 (%)	Média geométrica de urbanização (%)	
Estado	***1,30***	***96,0***	***328,1***
Região Metropolitana	***1,17***	***99,3***	***1.913,5***
Belford Roxo	2,09	100,0	5.499,7
Duque de Caxias	1,67	99,6	1.655,9
Guapimirim	3,44	67,4	104,9
Itaboraí	3,34	94,5	436,8
Itaguaí	3,40	95,4	291,5
Japeri	2,67	100,0	1.023,1
Magé	2,57	94,2	532,1
Mangaratiba	3,72	79,8	68,8
Maricá	5,71	82,6	210,9
Mesquita	1,75	100,0	3.992,3
Nilópolis	-0,31	100,0	7.923,3
Niterói	0,58	100,0	3.416,0
Nova Iguaçu	2,02	100,0	1.449,6
Paracambi	1,18	91,1	216,7
Queimados	2,37	100,0	1.590,5
Rio de Janeiro	0,74	100,0	4.858,1
São Gonçalo	1,49	100,0	3.583,1
São João de Meriti	0,60	100,0	12.953,2
Seropédica	2,48	79,5	243,3
Tanguá	1,27	86,1	182,5

Fonte: Fundação CIDE, 2002.

Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 2000		
Grupos de idade (anos)	**Número**	**Percentual**
Total	***10.894.156***	***100,00%***
0 a 4	915.424	8,40%
5 a 9	887.588	8,15%
10 a 14	886.278	8,14%
15 a 19	980.009	9,00%
20 a 24	985.050	9,04%
25 a 29	891.743	8,19%
30 a 34	848.355	7,79%
35 a 39	854.118	7,84%
40 a 44	789.891	7,25%
45 a 49	680.962	6,25%
50 a 54	560.371	5,14%
55 a 59	416.777	3,83%
60a 64	364.792	3,35%
65a 69	302.147	2,77%
70a 74	236.548	2,17%
75a 79	149.127	1,37%
80a 89	144.976	1,33%
90a 99	18.332	0,17%
100 +	1.446	0,01%
Fonte: IBGE.		

CARACTERÍSTICAS DOS DOMICÍLIOS

Os domicílios da região estão em sua grande maioria conectados à rede geral de abastecimento de água (87,2%), com acesso à água tratada. Na capital, essa proporção atinge 97,8% dos domicílios, apesar do grande contingente populacional em favelas. As menores proporções são observadas nos municípios mais distantes do centro e das redes adutoras, como é o caso de Maricá (21,5%), Itaboraí (24,2%) e Tanguá (24,8%). Já a conexão à rede de esgotamento sanitário atinge 65,7% dos domicílios, variando entre 78% no município do Rio de Janeiro e 9,8% em Maricá. O lixo é coletado em 94,4% dos domicílios da Região, variando entre 98,9% na capital e 71,8% em Maricá.

Em 2001, 66,7% dos lares brasileiros metropolitanos tinham linha telefônica fixa, o que representava um acréscimo de quase 40 pontos percentuais em relação a 1992. O percentual de domicílios com telefone fixo na Região Metropolitana do Rio passou no mesmo período de 27,2% para 57,7%, inferior ao da média brasileira e das outras regiões

do Sudeste, do Sul, do Distrito Federal e de Salvador. Quanto à telefonia celular, cujos dados estão disponíveis apenas para o ano de 2001, metade dos domicílios da RMRJ possuem ao menos um aparelho. Esse percentual é melhor que o da média das regiões (45,8%) e só é inferior ao do Distrito Federal (57,8%) e de Porto Alegre (59,3%).

A RMRJ apresentou percentuais de domicílios com acesso ao microcomputador (18,2%) e à Internet (13,9%) mais baixos que a média das regiões metropolitanas. No Brasil esses percentuais foram de 19,9% e 14,5%, respectivamente, devido ao peso de São Paulo e do Distrito Federal.

Em termos habitacionais, o Rio deixou de ser a região com melhor densidade domiciliar, entendida como menor percentual de domicílios com mais de duas pessoas por dormitório. A RMRJ não conseguiu reduzir muito o número de domicílios com mais de duas pessoas por dormitório, passando de 15,6% em 1992 para 11,9% em 2001. Por outro lado, desde o início do período analisado, o Rio de Janeiro metropolitano possui quase a totalidade dos seus domicílios construídos com materiais duráveis e, em 2001, alcançou o melhor índice entre todas as regiões (99,7%).

A televisão está presente nos lares brasileiros metropolitanos (96,1%), sobretudo nos do Rio de Janeiro, que apresenta o maior percentual (98%). A posse da televisão chega a ser mais expressiva que a da geladeira, sendo que o Rio também apresenta o maior percentual de domicílios com esse eletrodoméstico (97,8%) entre as regiões. (FONTES et al, 2003).

CONDIÇÕES ECONÔMICAS

Na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, em 2001, cerca de 22,8% das pessoas eram pobres, ou seja, pertenciam às famílias com renda per capita abaixo da linha de pobreza, enquanto 8% encontravam-se em situação de indigência. Em números absolutos, isso representa 2,4 milhões de pobres e 839 mil indigentes. A intensidade da pobreza no Rio, todavia, é mais baixa que no Brasil metropolitano, onde, em 2001, cerca de 9,8% da população pertenciam às famílias com renda inferior à linha de extrema pobreza (indigência) e 26% às famílias com renda inferior à linha de pobreza.

A redução da pobreza foi generalizada nas regiões metropolitanas do Brasil entre 1992 e 2001, influenciada fortemente pelo ano de 1995. O ritmo de queda no Rio foi mais baixo, o que o levou o estado a perder posição em relação às outras regiões. Em 1992, era a segunda região com o menor percentual de pobres, acima apenas de São Paulo, já em 2001 passou para o quarto lugar, acima também de Belo Horizonte (19,9%) e Curitiba (19,6%).

O crescimento da renda domiciliar per capita nesse período beneficiou os estratos mais elevados da distribuição de renda, mais especificamente os 10% mais ricos do Rio. A parcela de renda apropriada por esse grupo foi a única que aumentou, passando de 44,5% para 46,6%, entre 1992 e 2001.

O Rio é, entre as regiões metropolitanas do Sul e do Sudeste analisadas, a que possui os maiores índices de desigualdade de renda (Theil 0,69 e Gini 0,58). Contudo, esses índices são inferiores aos registrados para o Brasil Metropolitano (Theil 0,71 e Gini, 0,59). Vale apontar que, entre 1992 e 2001, a desigualdade de renda cresceu em todas regiões metropolitanas, com exceção de Belo Horizonte. Fortaleza teve o maior crescimento e a maior desigualdade registrados.

CONDIÇÕES DE SAÚDE

O padrão dos indicadores de saúde tende, em geral, a reproduzir a distribuição da pobreza na região. Houve melhoras significativas nas taxas de mortalidade infantil entre 1996 e 2001, como mostra a Tabela 3. Entretanto, não se observam mudanças nas distribuições das taxas e alguns municípios apresentam degradação de seus indicadores. Queimados apresentava a pior taxa de mortalidade infantil em 1996 (39,49), e piora em 2001 (42,33). Niterói e Rio de Janeiro permanecem na liderança de melhores indicadores em todos os anos considerados, sendo digno de nota o fato do município de o Rio de Janeiro aproximar-se da casa dos 10 óbitos por mil nascidos vivos em 2001 (11,35).

	Ano			
Município	1996	1998	2000	2001
Belford Roxo	30,98	26,84	27,21	23,60
Duque de Caxias	26,33	22,33	18,85	16,60
Guapimirim	20,04	34,90	19,32	16,03
Itaboraí	25,84	20,01	16,88	13,96
Itaguaí	28,11	19,29	24,59	21,90
Japeri	35,22	32,88	21,30	22,08
Magé	29,76	24,97	20,46	17,33
Mangaratiba	19,72	10,59	16,39	20,64
Maricá	17,42	17,62	21,16	17,92
Nilópolis	26,10	21,57	19,58	31,25
Niterói	18,62	19,25	17,18	15,08
Nova Iguaçu	30,96	28,18	22,29	18,49
Paracambi	27,32	28,78	23,92	22,49
Queimados	39,49	58,18	39,94	42,33
Rio de Janeiro	21,14	18,19	16,77	11,35
São Gonçalo	21,71	18,92	15,66	20,90
São João de Meriti	25,53	21,74	18,20	12,93
Seropédica	-	16,64	16,98	13,22
Tanguá	-	17,11	18,26	28,00
Total RM	25,86	22,56	19,74	16,98

Fonte: Tabela montada a partir de dados obtidos de Brasil, Min
http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2002/pacmap.htn

Fonte: Tabela montada a partir de dados obtidos de Brasil, Ministério da Saúde, Datasus, Pacto da Atenção Básica - 2002, http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/siab/pacto2002/pacmap.htm, acessado em 13/04/2003 e dados fornecidos pela SES-RJ para 2001.

Tabela 4 Proporção dos dez principais grupos de causas determinadas de morte (CID-10), municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, 2002

Grupo de causa	Proporção	Proporção Acumulada
IX. Doenças do Aparelho Circulatório	32,32%	
II. Neoplasias (Tumores)	15,68%	48,00%
XX. Causas Externas de Morbidade e Mortalidade	14,68%	62,68%
X. Doenças do Aparelho Respiratório	12,00%	74,67%
IV. Doenças Endócrinas Nutricionais e Metabólicas	7,14%	81,81%
I. Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias	5,51%	87,32%
XI. Doenças do Aparelho Digestivo	4,57%	91,89%
XIV. Doenças do Aparelho Geniturinário	2,14%	94,03%
XVI. Algumas Afec originadas no Período Perinatal	2,04%	96,07%
VI. Doenças do Sistema Nervoso	1,39%	97,46%

Fonte: Cálculo efetuado a partir de informações de Estado do Rio de Janeiro, Secretaria de Estado de Saúde, Indicadores e Informações em Saúde, http://www.saude.rj.gov.br/informacoes/obitos.shtml, acessado em 13/04/2003.

Os três primeiros grupos de causas de mortalidade, doenças do aparelho circulatório, neoplasias e causas externas, responderam por quase 75% dos óbitos em 2002. Causas mal definidas foram registradas em 12,08% do total dos 82.236 óbitos ocorridos naquele ano (Tabela 4). A comparação histórica é um pouco prejudicada pelas diferenças entre a 9ª e 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde, mas pode ser feita com essa ressalva. Em 1980, as doenças infecciosas e parasitárias ocupavam o quarto lugar entre os grupos de causas (7,24%) e as causas externas estavam em segundo lugar, respondendo, porém, por uma proporção inferior das causas determinadas (11,47%). Em um exame mais detalhado das causas de morte, a cobertura por saneamento básico da região e o acesso a serviços de saúde reduziu o número de óbitos por doença infecciosa intestinal de 1705 no ano de 1982, para 447 em 1992, atingindo 179 (0,17% do total de óbitos) em 2002. A tuberculose pulmonar, mais dependente das condições de habitação, nutrição e controle de casos, não apresenta redução tão significativa. Em 1982, morreram 807 pessoas, em 1992 foram 826 óbitos, caindo para 666 no ano de 2002, número extremamente elevado, se considerarmos que a tuberculose é uma doença curável e a proporção de casos associados à SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida, ainda é inferior aos 3%.

O câncer das vias respiratórias, associado ao fumo e à contaminação atmosférica, matou 1.134 indivíduos em 1982, 1.527, em 1992, atingindo a cifra de 1.870 em 2002. A SIDA, matou em 2002, 1230 moradores da região metropolitana do Rio de Janeiro. As mortes por agressões passam de 1.695, em 1982, para 3.079, em 1992, atingindo a cifra de 7.071 em 2002, dos quais 5.703 são por projéteis de arma de fogo. Acidentes de transporte, 1.128 óbitos em 1982, 1.154 em 1992 e 1.016 em 2002. Dos últimos, 578 eram ciclistas ou pedestres. Foram imputadas a deficiências nutricionais 1.119 mortes, 1982, 768 em 1992 e, em 2002, ainda 512 óbitos.

Se listarmos as quinze primeiras causas de internação, observa-se um conjunto de problemas que não levam ao parto mas que representam demanda sobre os serviços de saúde. Além dos partos, que praticamente em sua totalidade são realizados em instalações hospitalares no Rio de Janeiro, destacam-se a categoria "outras complicações da gravidez e parto", os abortos (ditos espontâneos), as doenças mentais e o trauma. (Tabela 5).

Tabela 5 Quinze principais causas de internações pagas pelo Ministério da Saúde, RMRJ, 2002

Causa CID BR	Número	%	% acumulado
.. Parto único espontâneo	83.159	15,87%	
.. Outras complicações da gravidez e do parto	25.952	4,95%	20,83%
.. Pneumonia	24.581	4,69%	25,52%
.. Insuficiência cardíaca	19.106	3,65%	29,16%
.. Asma	17.239	3,29%	32,46%
.. Esquizofrenia transt esquizotípicos e delirant	11.531	2,20%	34,66%
.. Outras gravidezes que terminam em aborto	9.499	1,81%	36,47%
.. Bronquite enfisema e outr doenç pulm obstr crôn	8.872	1,69%	38,16%
.. Fratura de outros ossos dos membros	8.806	1,68%	39,84%
.. Diarréia e gastroenterite origem infecc presum	8.706	1,66%	41,51%
.. Hérnia inguinal	8.503	1,62%	43,13%
.. Aborto espontâneo	7.638	1,46%	44,59%
.. Diabetes mellitus	7.510	1,43%	46,02%
.. Outras doenças do aparelho respiratório	7.387	1,41%	47,43%
.. Colelitíase e colecistite	6.382	1,22%	48,65%
Total	**523.911**	**100,00%**	

Fonte: SIH/SUS, 2003.

Esses dados servem para ilustrar a complexidade dos problemas de saúde da área metropolitana do Rio de Janeiro, onde se superpõem os problemas da pobreza, com os da aglomeração urbana, dos modos de andar na cidade e os das populações mais desenvolvidas. Sua determinação diversa e necessidades também distintas para o seu enfrentamento tanto do ponto de vista das medidas preventivas quanto curativas, de reabilitação e cuidados de longo prazo, impedem a formulação de uma estratégia única para a ordenação da assistência à saúde. O planejamento é necessariamente complexo e multisetorial. Dificilmente seria possível determinar um eixo central de organização dos serviços de saúde, sendo que a idéia de cuidados básicos em uma área metropolitana como a do Rio de Janeiro deve levar em conta essa complexidade. A integração de programas como o da saúde da família, com ambulatórios especializados, hospitais e com a rede de serviços de emergência de níveis variados de complexidade é um desafio para o planejamento e operação dos serviços.

A hierarquização de prioridades também adquire um significado particular em aglomerações humanas do tamanho do Rio de Janeiro. A utilização de taxas, corretamente empregadas para avaliação da importância relativa dos problemas, pode ocultar a dimensão real de um dado problema e as dificuldades impostas para o seu enfrentamento, bem como orientar recursos para áreas onde a situação, igualmente grave, é de menor

magnitude. Os caso dos recém-nascidos com menos de 1.500g ilustram bem o argumento. No ano de 2000, foram registrados 31.275 nascimentos de crianças com menos de 1.500g. A Região Metropolitana do Rio de Janeiro registrou 2.642 casos, correspondendo a 8,5% do total, ficando em segundo lugar, atrás de São Paulo, cifra superior a todas as outras unidades da federação. A pobreza metropolitana esconde-se atrás de suas multidões.

O SISTEMA DE SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO

BREVE HISTÓRICO E ESPECIFICIDADES

As características do sistema de saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro expressam por um lado, a dinâmica de ocupação e desenvolvimento econômico e social regional e, por outro, a história de formação da rede pública de serviços de saúde na região.

Um primeiro aspecto a ser ressaltado é que os dois municípios que são pólos de desenvolvimento regionais, Rio de Janeiro e Niterói, concentram grande parte dos serviços de saúde da região, que, por sua vez, atraem a população de vários municípios vizinhos para atendimento. Na realidade, o freqüente deslocamento de pessoas dos demais municípios da região metropolitana e outras regiões do Estado, para os dois municípios-pólo, relaciona-se tanto à sua inserção no mercado de trabalho (formal ou informal), como à busca de atendimento nos serviços públicos existentes, entre os quais os de saúde. Esse movimento se dá mesmo a partir de municípios de grande porte, como Duque de Caxias e Nova Iguaçu (situados na Baixada Fluminense), que apesar de terem população acima de 800 mil habitantes, são mais pobres, carentes de postos de trabalho e de serviços públicos, e, portanto, bastante dependentes do Município do Rio de Janeiro. Ressalta-se também a situação de São Gonçalo, município duas vezes mais populoso do que Niterói, porém bem mais carente e dependente no que diz respeito aos equipamentos sociais.

A história da formação do sistema de saúde imprime outras especificidades à rede de serviços da região: a) o peso dos serviços públicos na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive no âmbito hospitalar; b) a presença de importantes hospitais públicos universitários na região e a persistência de alguns hospitais federais de grande porte e de um número ainda expressivo de unidades estaduais no Município do Rio de Janeiro; c) os marcantes conflitos intergovernamentais relacionados à gestão do sistema e comando sobre os hospitais públicos e as dificuldades de integração da rede de serviços.

Essas peculiaridades têm relação com o fato de o Município do Rio ter sido a capital federal até 1960, concentrando um grande número de serviços públicos federais, entre os quais as unidades de assistência médica originalmente vinculadas aos Institutos de

Aposentadorias e Pensões no âmbito da Previdência Social e as diretamente ligadas ao Ministério da Saúde. Na década de 1970, o Estado da Guanabara já conta com um importante aparato de serviços públicos de saúde, compreendendo serviços ambulatoriais e de internação de vinculação federal (ligados ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Previdência), várias unidades próprias do Estado (ambulatoriais e hospitalares, incluindo unidades de emergência), hospitais universitários, hospitais militares, hospitais destinados aos servidores públicos federais e estaduais. Observa-se, também nessa época, uma expansão da rede de serviços privados contratados e conveniados pelo INAMPS, para a prestação de assistência médica.

Um outro momento histórico importante é a fusão dos Estados da Guanabara e do Estado do Rio de Janeiro em 1975, que introduz mudanças no plano federativo, em geral, e no âmbito da saúde, em particular (PARADA, 1997). No âmbito da saúde, vale mencionar a transferência de hospitais localizados no antigo Estado da Guanabara para a Secretaria Estadual de Saúde do novo estado do Rio de Janeiro, como fruto de negociações do grupo de trabalho pré-fusão, explicando a existência até os dias de hoje de um número expressivo de hospitais estaduais no Município do Rio.

Esse breve histórico sugere a complexidade da implementação de políticas integradas de saúde na Região Metropolitana do Rio nas décadas subseqüentes. No período de 1980 a 2000, a gestão do sistema de saúde na região é caracterizada por diversos conflitos intergovernamentais, bem como por dificuldades de integração da rede de serviços públicos. No âmbito do município do Rio de Janeiro, esses problemas se manifestam, por exemplo, nos conflitos entre autoridades federais, estaduais e municipais, referentes às políticas de descentralização de hospitais e ao poder sobre essas unidades, dificultando o funcionamento articulado da extensa rede de serviços existente. Destaque-se que as unidades federais, ainda existentes no município do Rio de Janeiro, são unidades orçamentárias, que mobilizam vultuosos recursos em relação ao teto financeiro total estipulado para custeio da assistência prestada no Estado e no Município. Os recursos para essas unidades não estão sujeitos às mesmas regras de fixação e controle das demais unidades do SUS.

No âmbito regional e estadual, cabe assinalar a tendência de atuação autônoma e de não-subordinação do Município do Rio às políticas da Secretaria de Estado de Saúde, face à trajetória histórica e traços institucionais deste município, assim como da rede própria do nível federal, pelas razões acima apontadas e pela natureza e alcance nacional de muitas de suas ações.

As características da implantação do SUS nos anos 90, em particular do processo de descentralização político-administrativa com ênfase na municipalização, tenderam a exacerbar alguns desses conflitos e dificuldades, uma vez que a extensa rede de serviços

do Município do Rio é de grande importância para o atendimento da população residente nos diversos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, especialmente dos municípios mais carentes da Baixada Fluminense, e ainda para o atendimento de alta complexidade à população de diversos outros municípios do Estado.

No que diz respeito a Niterói, município com grande rede de serviços de saúde e nacionalmente reconhecido por avanços no âmbito da gestão municipal, principalmente a partir dos anos 90, também se observam conflitos e impasses relacionados à grande quantidade de pessoas residentes em outros municípios da região que precisam dos serviços de saúde localizados em Niterói (com destaque para São Gonçalo).

Dessa forma, ao final da década de 90, um grande desafio a ser enfrentado pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro para a implantação de políticas de saúde adequadas na Região Metropolitana do Rio se relacionava à necessidade de maior integração dos municípios da região, o que levou à adoção de diversas estratégias de promoção da regionalização em saúde, que serão aprofundadas adiante.

CARACTERIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A caracterização da rede de serviços na região metropolitana do Rio de Janeiro será feita com base na divisão territorial, contida na proposta de regionalização e integração dos sistemas municipais de saúde desenvolvida pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-RJ). Pela proposta, a Região Metropolitana do Rio de Janeiro, devido, principalmente, ao seu grande contingente populacional, capacidade instalada e elevado fluxo migratório observado entre os municípios para utilização de serviços, foi subdividida em duas: Região Metropolitana I e Região Metropolitana II.

O recorte da saúde é muito semelhante à divisão geográfica utilizada pela Secretaria de Estado de Planejamento (SECPLAN) e pela Fundação IBGE, dele diferindo-se apenas pela exclusão dos municípios de Guapimirim (Região Serrana), Mangaratiba (Região da Baía da Ilha Grande) e Paracambi (Região Centro-Sul Fluminense) e pela inclusão dos municípios de Rio Bonito e Silva Jardim (oriundos da Região da Baixada Litorânea). A diferença na composição dos municípios praticamente não altera o número populacional. As duas regiões concentram 75,29% da população total do Estado em 2002, sendo a Região Metropolitana I composta por doze municípios (63,35% da população do estado) e tendo como pólo a capital, e a Região Metropolitana II por sete municípios (11,94% da população do estado), sendo o município-pólo Niterói.

Como já ressaltado anteriormente, as políticas de investimentos públicos no setor da saúde desenvolvidas no âmbito do estado, privilegiaram a cidade do Rio de Janeiro, enquanto antiga capital da República, e Niterói, capital do antigo Estado do Rio de Janeiro. No entanto,

a expansão do segmento privado também foi expressiva nesta região. A tendência da elevada concentração de serviços públicos, mas também dos serviços privados (não necessariamente vinculados ao SUS) permanece até os dias atuais e não foi superada mesmo com o processo de transferência gradativa de responsabilidades e recursos financeiros, e conseqüente maior participação dos municípios do interior na oferta de serviços, observada na década de 1990.

Segundo levantamento a partir dos dados fornecidos pela Pesquisa Assistência Médico-Sanitária (AMS) do IBGE[2] , dos 3.750 estabelecimentos de saúde existentes em 1992 no estado, 2.349 (62,64%) situavam-se na Região Metropolitana I e II e, principalmente, no município do Rio de Janeiro (36,67%). Embora a concentração de serviços na região diminua um pouco em 1999, esta se mantém, ainda, bastante significativa – dos 4.240 estabelecimentos de saúde existentes, 2.550 localizavam-se na região (60,14%) e 1.562 no município do Rio de janeiro (36,84%).

Se considerarmos os segmentos público e privado separadamente, veremos também a importância da rede de serviços localizada na Região Metropolitana para o restante do estado do Rio de Janeiro. Segundo a AMS, em 1992, 38,93% dos estabelecimentos públicos e 76,40% dos estabelecimentos privados, pertencentes ou não à rede SUS, localizavam-se na região. Esses percentuais passam a 32,96% e 75,10%, respectivamente, em 1999.

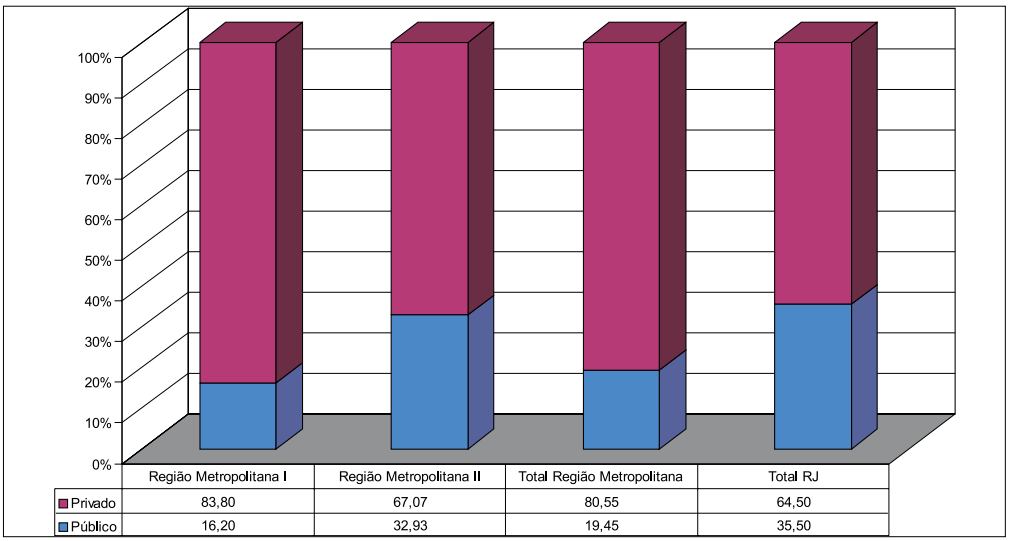
O segmento privado é também expressivo no interior da Região Metropolitana, mas principalmente na Região Metropolitana I, como se observa no Gráfico 2. Em 1992, 77,18 % do total de estabelecimentos existentes na Região Metropolitana I e II são privados e, em 1999, esse percentual chega a 80,55% (Gráfico 2)[3] . A participação percentual desse segmento no total do estado, em 1992 e 1999, é inferior, respectivamente, 63,28% e 64,5%.

É preciso também considerar que a relação público-privado diferencia-se entre os municípios da Região Metropolitana. Se, para os municípios mais populosos, como o Rio de Janeiro, São Gonçalo e Niterói, a rede privada é superior a 70% nos dois anos considerados e tende a crescer no período, nos municípios menores, como Seropédica, Rio Bonito, Silva Jardim e Tanguá, a importância do segmento privado é menos expressiva e seu crescimento entre 1992 e 1999 não é tão grande.

2 A Pesquisa Assistência Médico-sanitária (AMS) é realizada periodicamente pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nessa pesquisa, é feito um levantamento, em todo o país, de todos os estabelecimentos que prestam serviços de saúde, com ou sem fins lucrativos, particulares ou públicos, em regime de internação ou não. São considerados todos os locais que possuem um mínimo de técnica apropriada para o atendimento rotineiro à população, segundo os critérios do Ministério da Saúde.

3 A análise da relação público-privado nesse artigo se restringe à apresentação de alguns dados sintéticos de oferta de serviços públicos e privados. A caracterização do setor privado suplementar foge ao escopo desse texto, apesar da importância desse setor na Região Metropolitana do Rio, visto que estimativas a partir PNAD/IBGE de 1998 sugerem que cerca de 36% da população da região possui algum plano privado de saúde, sendo que esse percentual aumenta nos segmentos com renda mais elevada (CARNEIRO, 2002).

Gráfico 2 Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde Públicos e Privados Segundo Região Metropolitana I e II do Estado do RJ – 1999



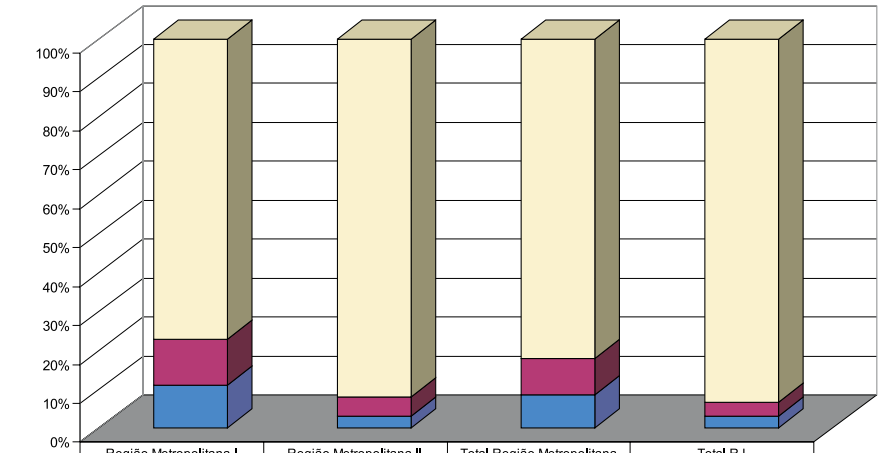
	Região Metropolitana I	Região Metropolitana II	Total Região Metropolitana	Total RJ
Privado	83,80	67,07	80,55	64,50
Público	16,20	32,93	19,45	35,50

Fonte: AMS/IBGE, 1999.

No que se refere à natureza jurídica dos estabelecimentos públicos, no período analisado, observamos um crescimento de 14% na participação dos estabelecimentos municipais no total dos estabelecimentos públicos situados na Região Metropolitana. Em 1999, os estabelecimentos municipais representavam 77,18% dos estabelecimentos públicos da Região Metropolitana I e 92,02% da Região Metropolitana II (Gráfico 3). O crescimento da oferta municipal deve-se, basicamente, à municipalização de unidades federais[4] e estaduais no município do Rio de Janeiro (Região Metropolitana I) e à expansão de estabelecimentos municipais em Niterói e São Gonçalo (Região Metropolitana II).

4 Destacam-se, nesse período, a municipalização de PAMS, Maternidades Federais e da Colônia Juliano Moreira.

Gráfico 3 Distribuição dos Estabelecimentos de Saúde Municipais, Estaduais e Federais no total dos Estabelecimentos Públicos da Região Metropolitana I e II do Estado do RJ – 1999



	Região Metropolitana I	Região Metropolitana II	Total Região Metropolitana	Total RJ
Municipal	77,18	92,02	82,06	93,29
Estadual	11,71	4,91	9,48	3,59
Federal	11,11	3,07	8,47	3,12

Fonte: AMS/IBGE, 1999.

Ressalta-se que, mesmo com o processo de crescimento da oferta municipal, as unidades públicas de responsabilidade da União e do estado permanecem concentradas nas cidades do Rio de Janeiro e Niterói. Em 1999, 89,36% dos estabelecimentos federais e 87,04% dos estabelecimentos estaduais localizavam-se na capital. Essas unidades, com destaque para as federais (Instituto Nacional do Câncer, Hospital dos Servidores do Estado, Instituto Nacional de Cardiologia de Laranjeiras, Instituto Nacional de Traumato-Ortopedia e Hospital de Bonsucesso, entre outros) e para os hospitais universitários (vinculados às universidades públicas federais e estaduais), devido à maior abrangência e à complexidade dos serviços oferecidos, apontam para a importância do município como pólo de referência estadual e nacional.

Em relação à oferta vinculada à rede SUS, os dados cadastrais obtidos por meio dos sistemas de informações do DATASUS/MS – Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) –, permitem uma análise mais atual e detalhada da capacidade instalada hospitalar e ambulatorial existente.

Na Tabela 6, observa-se que a elevada concentração de estabelecimentos hospitalares e leitos totais[5] na Região Metropolitana tende a respeitar a maior concentração da população do estado nessa área. No entanto, verifica-se, pelos indicadores selecionados, uma certa sobreoferta de leitos em alguns municípios e insuficiência em outros também

5 Inclui os leitos das diversas especialidades clínicas e cirúrgicas e os leitos de UTI.

com elevado porte populacional. Isso é particularmente evidente nos municípios pertencentes à Baixada Fluminense, como, por exemplo, Belford Roxo, Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti. Esses municípios, além de populosos, são aqueles que apresentam os piores indicadores relacionados às condições de saúde e oferta de serviços públicos e, portanto, são os que possuem maior demanda para ações e serviços de saúde. Um outro aspecto que merece destaque nessa Tabela refere-se à maior proporção de leitos de UTI na Região Metropolitana I (71,91%) e no município do Rio de Janeiro (62,35%). Essa concentração de leitos de UTI repercute na capacidade de oferta total em terapia intensiva no estado.

Tabela 6 Distribuição da População e da Capacidade de Oferta Hospitalar por Municípios da Região Metropolitana I e II do Estado do RJ, Segundo Indicadores Selecionados

Região/Municípios	% Pop. 2002	% Unidades Hospitalares (jan 2003)	% Leitos Totais Cred. na Rede SUS(jan 2003)	Leitos Totais Cred. por 1000 hab. (jan 2003)	% Leitos UTI(jan 2003)	Leitos UTI por 1000 hab. (jan 2003)
Metropolitana I	***63,35***	***44,09***	***53,53***	***2,16***	***71,91***	***0,05***
...Belford Roxo	3,06	0,96	0,60	0,50	-	-
...Duque de Caxias	5,42	3,19	2,70	1,27	3,38	0,03
...Itaguaí	0,58	0,64	0,34	1,49	0,88	0,07
...Japeri	0,59	0,96	0,48	2,07	-	-
...Magé	1,46	1,28	0,66	1,15	-	-
...Mesquita	1,16	0,32	0,44	0,96	0,74	0,03
...Nilópolis	1,04	0,96	0,81	1,98	1,32	0,06
...Nova Iguaçu	5,30	0,96	1,66	0,80	3,24	0,03
...Queimados	0,86	0,64	0,44	1,30	-	-
...Rio de Janeiro	40,32	31,63	43,61	2,76	62,35	0,07
...São João de Meriti	3,09	2,56	1,81	1,49	-	-
...Seropédica	0,47	-	-	-	-	-
Metropolitana II	***11,94***	***15,02***	***14,34***	***3,07***	***9,12***	***0,04***
...Itaborai	1,34	1,60	3,00	5,73	0,74	0,03
...Maricá	0,56	0,32	0,11	0,52	-	-
...Niteroí	3,15	5,75	4,70	3,80	5,00	0,07
...Rio Bonito	0,34	0,64	1,75	12,99	-	-
...São Gonçalo	6,21	6,07	4,26	1,75	3,38	0,03
...Silva Jardim	0,15	0,32	0,04	0,64	-	-
...Tanguá	0,18	0,32	0,48	6,62	-	-
Total Região Metropolitana	***75,29***	***59,11***	***67,87***	***2,30***	***81,03***	***0,05***
Total RJ	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**2,55**	**100,00**	**0,05**

Fonte: DATASUS/MS.

Os dados do DATASUS confirmam a tendência já observada em 1999 pela AMS. Do total de unidades hospitalares públicas e privadas credenciadas ao SUS na Região Metropolitana, em janeiro de 2003, 49,73% eram estabelecimentos privados, 26,49% unidades municipais1 , 14,05% estaduais, 6,49% hospitais universitários e 3,24% federais. Entretanto, devido ao porte elevado da rede pública em alguns municípios, a participação de leitos municipais, estaduais e universitários cresce de importância no total de leitos credenciados na região, respectivamente, 27,27%, 18,72% e 10,58%. A rede pública é responsável, atualmente, por cerca de 55% das internações efetuadas na região, o que corresponde à cerca de 37% do total das internações no estado.

Na Tabela 7, verifica-se também uma concentração importante de unidades ambulatoriais e consultórios na Região Metropolitana. Porém, diferentemente da oferta hospitalar, a capacidade instalada ambulatorial não segue a distribuição populacional observada na Região Metropolitana I, que parece apontar para uma certa carência de serviços dessa natureza.

6 Em 2000, o processo de municipalização de estabelecimentos hospitalares federais foi intensificado. Destaca-se, neste processo, a transferência para a gestão municipal dos Hospitais da Lagoa, Andaraí, Ipanema, Cardoso Fontes, Raphael de Paula Souza e Piedade.

Tabela 7 Distribuição da População e da Capacidade de Oferta Ambulatorial por Municípios da Região Metropolitana I e II do Estado do RJ, Segundo Indicadores Selecionados

Região/Municípios	% Pop. 2002	% Unidades Ambulatoriais (jan 2003)	% Consultórios (jan 2003)	Consultórios por 1000 hab (jan 2003)
Região Metropolitana I	***63,35***	***27,04***	***51,23***	***0,72***
.... Belford Roxo	3,06	1,54	1,37	0,40
.... Duque de Caxias	5,42	4,45	3,68	0,61
.... Itaguaí	0,58	1,73	1,93	2,94
.... Japeri	0,59	0,30	0,56	0,85
.... Magé	1,46	1,76	0,93	0,57
.... Mesquita	1,16	0,64	0,63	0,48
.... Nilópolis	1,04	1,39	1,97	1,70
.... Nova Iguaçu	5,30	3,12	3,85	0,65
.... Queimados	0,86	0,79	0,72	0,75
.... Rio de Janeiro	40,32	9,36	33,06	0,73
.... São João de Meriti	3,09	1,64	2,11	0,61
.... Seropédica	0,47	0,33	0,41	0,79
Região Metropolitana II	***11,94***	***11,14***	***11,52***	***0,86***
.... Itaboraí	1,34	1,61	1,25	0,83
.... Maricá	0,56	0,91	0,48	0,76
.... Niterói	3,15	2,94	4,16	1,18
.... Rio Bonito	0,34	1,27	0,58	1,50
.... São Gonçalo	6,21	3,63	4,62	0,66
.... Silva Jardim	0,15	0,55	0,24	1,41
.... Tanguá	0,18	0,24	0,20	0,96
Total Região Metropolitana	***75,29***	***38,19***	***62,74***	***0,74***
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**0,89**

Fonte: DATASUS/MS.

Dos 1.261 serviços ambulatoriais credenciados ao SUS na Região Metropolitana, em janeiro de 2003, 65,8% eram públicos e, destes, 88,3% municipais (o que representa 58,13% do total). Do universo de unidades existentes, 27,3% correspondem a postos, centros de saúde e unidades de saúde da família. Merece destaque a maior proporção de consultórios especializados e de Prontos Socorros nessa região em relação ao sistema estadual, sendo que 73% dos ambulatórios de hospitais gerais e especializados localizavam-se no município do Rio de Janeiro, 23% dos Prontos Socorros na Região Metropolitana I e 19% na Região Metropolitana II.

Em relação aos serviços ambulatoriais de terapia especializada e de alta complexidade, verifica-se que o município do Rio de Janeiro é o principal pólo de referência para o estado, apresentando uma grande diversidade de serviços. No entanto, outros municípios na Região Metropolitana I possuem serviços de TRS e oncologia, situando-se como pólos de referência para a região, em especial Nova Iguaçu (TRS e oncologia) e Duque de Caxias (TRS). Na Região Metropolitana II, Niterói concentra o maior número de serviços, destacando-se como o principal pólo regional em TRS e oncologia.

BREVE DIAGNÓSTICO DA ATENÇÃO BÁSICA

Mesmo com a concentração de serviços de maior complexidade na Região Metropolitana, chama atenção o baixo desempenho e a desigualdade dos municípios em relação a alguns indicadores utilizados no monitoramento da atenção básica. Os indicadores contidos na Tabela 3 fazem parte da lista dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, que consiste em um conjunto de metas pactuadas anualmente entre as três esferas de governo. Para análise da cobertura das ações e serviços de atenção básica nos municípios, utilizou-se o parâmetro recomendado pelo Ministério da Saúde em relação à cobertura vacinal de DPT e o número de consultas médicas por habitante/ano. Nos demais indicadores, tomou-se como referência para comparação a média observada na região.

Na Região Metropolitana I, poucos municípios apresentam desempenho satisfatório em todos os indicadores selecionados. Nova Iguaçu e Queimados, por exemplo, possuem baixas coberturas vacinais e de consultas no pré-natal. Além disso, o município do Rio de Janeiro informa um número de consultas médicas básicas bem abaixo do esperado em função do grande número de unidades existentes e dos atendimentos realizados.

Tabela 8 Cobertura da Atenção Básica por Municípios da Região Metropolitana I e II, Segundo Indicadores Selecionados – Pacto da Atenção Básica 2002 – Dados Referentes a 2000.

Município	Cob. Vac. DTP<1a (alerta: < 90%)	%NV c/ >3 cons. PN (alerta < 85%)	%NV c/ >6 cons. PN (alerta: < 50%)	Cons. Méd. Esp. Bás/Hab (alerta: < 1,5)
Metropolitana I				
Belford Roxo	82,81	94,34	36,31	2,32
Duque de Caxias	96,29	85,98	43,31	1,67
Itaguaí	126,71	88,11	56,77	6,48
Japeri	104,15	83,55	46,85	5,17
Magé	109,41	87,17	64,35	4,33
Nilópolis	113,86	89,16	53,85	3,63
Nova Iguaçu	71,43	84,42	40,62	2,67
Queimados	70,41	81,84	45,90	2,54
Rio de Janeiro	104,46	88,17	56,88	1,42
São João de Meriti	107,44	91,62	55,18	2,89
Seropédica	65,28	88,42	50,43	2,52
Região Metropolitana I	***98,03***	***87,99***	***52,38***	***1,88***
Metropolitana II				
Itaboraí	123,82	93,01	57,80	3,14
Maricá	100,74	87,20	60,54	3,17
Niterói	113,01	94,12	81,17	1,49
Rio Bonito	135,65	85,02	43,13	2,59
São Gonçalo	86,13	95,59	80,85	1,83
Silva Jardim	111,42	79,58	36,38	2,63
Tanguá	92,11	87,13	41,84	3,95
Região Metropolitana II	***99,58***	***93,78***	***74,30***	***2,01***
Total Região Metropolitana	**98,27**	**88,88**	**55,75**	**1,90**

Fonte: DATASUS, considerando as seguintes bases de dados para os diversos indicadores: Cobertura Vacinal – PNI

%Nascidos Vivos c/ mais de 3 consultas no Pré-natal - SINASC

%Nascidos Vivos c/ mais de 6 consultas no Pré-natal - SINASC

Média cons. Médicas por habitante nas especialidades básicas - SIA/SUS e IBGE

Na Região Metropolitana II, o desempenho dos municípios, embora um pouco superior ao da Região Metropolitana I, também aponta para problemas relacionados à baixa cobertura de ações e serviços de atenção básica.

Ainda em relação à atenção básica, destacam-se as baixas coberturas do Programa de Saúde da Família (PSF) na Região Metropolitana I (a mais baixa do estado), mesmo tendo sido considerada uma estratégia prioritária para reorganização da atenção à saúde nessa área, pela própria Secretaria de Estado de Saúde (Tabela 9). Sabe-se que, a partir de 1998, o PSF é introduzido e sofre uma forte expansão dos níveis de cobertura nominal nos municípios grandes e capitais nas regiões centro-oeste, sudeste e sul do país. Explicam essa última fase de expansão do PSF, as mudanças e o aumento na remuneração das equipes de saúde da família estabelecido pelo MS, bem como o fortalecimento institucional do programa. No entanto, essa expansão não parece se verificar nessa região, onde se concentra a maioria da população do estado.

Tabela 9 Situação do Programa de Saúde da Família nas Regiões do Estado do Rio de Janeiro – Julho de 2002

Regiões	População Total	Existentes		% Cobertura nominal da população PSF
		ESF	ACS	
Metropolitana I	9.232.847	117	1.187	4,37
Metropolitana II	1.735.855	290	1.884	52,64
Norte	707.475	53	481	25,85
Noroeste	300.514	46	393	52,81
Serrana	847.989	73	584	29,70
Litorânea	460.029	55	290	41,25
Médio Paraíba	795.931	58	502	25,14
Centro Sul	298.685	79	480	91,25
Baía da Ilha Grande	179.220	17	101	32,73
Total Geral RJ	***14.558.545***	***788***	***5.360***	***16,75***

Fonte: SES-RJ.

Na Região Metropolitana II, destacam-se, atualmente, maiores índices de cobertura nominal do programa nos municípios de São Gonçalo e Niterói. O último, município pioneiro na introdução do modelo *médico de saúde da família* e exemplo para adoção da estratégia saúde da família em nível nacional. Nos dois municípios, o PSF tem sido considerado uma prioridade na política de saúde local.

GESTÃO E FINANCIAMENTO DO SISTEMA

O processo de descentralização no Sistema Único de Saúde foi regulado a partir do início da década de 1990, pela edição de Normas Operacionais, portarias do Ministério da Saúde que dispõem sobre os critérios para a transferência de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e municípios. A NOB SUS 01/93 introduziu o conceito de habilitação e o mecanismo de transferência fundo a fundo de recursos para os municípios, ou seja, a transferência direta de recursos federais do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde de municípios habilitados na condição de gestão mais avançada, na época denominada "semiplena", que a partir daí assumiam a responsabilidade pela gestão do SUS no âmbito municipal. No estado do Rio de Janeiro, seis municípios chegaram a se habilitar nessa condição de gestão, sendo três da Região Metropolitana do Rio: Duque de Caxias e Itaguaí, da Metropolitana I, e Niterói, da Metropolitana II.

Já o movimento de habilitação de municípios na norma operacional subseqüente, a NOB SUS 01/96[7], foi intenso entre 1998 e 2001 e abrangeu a totalidade dos municípios do estado, incluindo todos os da Região Metropolitana, que passaram então a assumir uma série de funções de gestão e a receber diretamente em seus fundos de saúde uma parcela expressiva dos recursos federais correspondentes ao teto estadual. A Tabela 5 mostra a distribuição dos municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro segundo as condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 01/96, e destaca o maior peso dos municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal em termos populacionais e de participação no recebimento de recursos federais.

A NOB SUS 01/96 estabeleceu duas novas condições de gestão para os municípios. A Gestão Plena da Atenção Básica implica que o gestor municipal assuma as responsabilidades pela gestão da Atenção Básica no território, recebendo diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde o conjunto de recursos federais correspondentes ao financiamento da Atenção Básica. Já a Gestão Plena do Sistema Municipal pressupõe o comando pleno do gestor municipal sobre o sistema de saúde em seu território, com o

7 A NOB SUS 01/96 estabeleceu duas novas condições de gestão para os municípios. A Gestão Plena da Atenção Básica implica que o gestor municipal assuma as responsabilidades pela gestão da Atenção Básica no território, recebendo diretamente do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde o conjunto de recursos federais correspondentes ao financiamento da Atenção Básica. Já a Gestão Plena do Sistema Municipal pressupõe o comando pleno do gestor municipal sobre o sistema de saúde em seu território, com o recebimento em bloco e automático no Fundo Municipal de Saúde dos recursos federais correspondentes ao seu teto financeiro total. No estado do Rio, ainda não houve nenhuma habilitação de município na NOAS SUS 01/02.

recebimento em bloco e automático no Fundo Municipal de Saúde dos recursos federais correspondentes ao seu teto financeiro total. No estado do Rio, ainda não houve nenhuma habilitação de município na NOAS SUS 01/02.

Tabela 10 Distribuição dos municípios da Região Metropolitana segundo condição de gestão no SUS e participação nas transferências de recursos federais – 2001*.

Condição de Gestão Municipal	Municípios	% População Regional	% Transferências Federais da Região*
Metropolitana I		**100%**	**100%**
Gestão Plena da Atenção Básica	Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Queimados, Seropédica	8,76%	3,33%
Gestão Plena do Sistema Municipal	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São João de Meriti	91,24%	96,67%
Metropolitana II		**100%**	**100%**
Gestão Plena da Atenção Básica	Maricá, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá	62,33%	33,63%
Gestão Plena do Sistema Municipal	Itaboraí e Niterói	37,67%	66,37%
Total Metropolitana I + II		**100%**	**100%**
Gestão Plena da Atenção Básica	11 municípios	17,24%	6,89%
Gestão Plena do Sistema Municipal	8 municípios	82,76%	93,11%

Fonte: Condições de gestão: SES-RJ – www.saude.rj.gov.br; dados populacionais – IBGE; Transferências Federais – SIOPS/DATASUS.

*Nota: Transferências Federais (segundo o SIOPS/DATASUS)– compreendem tanto as transferências diretas para os fundos municipais como os pagamentos por produção efetuados diretamente pelo Ministério da Saúde aos prestadores localizados nos municípios. Foram usados os dados de 2001, por estarem mais completos no SIOPS/DATASUS.

Observa-se que, na Região Metropolitana I, a metade dos municípios está habilitada na condição de Gestão Plena da Atenção Básica e a outra metade em Gestão Plena do Sistema Municipal. Como os municípios de maior porte estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, mais de 90% da população reside nesses municípios e mais de 96% dos recursos federais de financiamento do SUS dessa região são atribuídos a esses municípios, e transferidos diretamente para os fundos municipais de saúde.

No que diz respeito à Região Metropolitana II, apenas dois entre sete municípios – Niterói e Itaboraí – estão habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal. O município de maior porte da região, São Gonçalo, está habilitado em Gestão Plena da Atenção

Básica, recebendo diretamente em seu fundo de saúde apenas os recursos federais para gestão desse nível de atenção. Note-se que cerca de 62% da população da região reside em municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica, enquanto os recursos federais transferidos para esses municípios correspondem a menos de 35% do total de recursos federais. Isso ocorre devido à concentração de recursos federais no município de Niterói (que recebe mais de 50% dos recursos federais da Metropolitana II), que apresenta uma rede de serviços mais densa e atende residentes de vários outros municípios da região, incluindo São Gonçalo.

A Tabela 11 apresenta em maior detalhe alguns indicadores do gasto público em saúde nos municípios da Região Metropolitana em 2001.

Tabela 11 Municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro segundo indicadores municipais de gasto em saúde – 2001

Municípios*	Despesa receita própria/hab	Transferência SUS/hab	Despesa total em saúde/hab	% Transf.SUS/despesa total	% Aplic. Rec. Própria em Saúde
Belford Roxo	28,59	40,22	68,81	58,46	21,96
Duque de Caxias	53,40	58,78	116,02	50,67	17,66
Itaguaí	111,95	77,36	189,31	40,86	24,27
Japeri	30,92	37,28	68,20	54,66	19,47
Mesquita	10,57	11,41	21,98	51,89	7,04
Nilópolis	9,32	35,57	44,89	79,24	5,27
Nova Iguaçu	9,66	126,66	136,32	92,91	7,24
Queimados	10,64	26,38	37,01	71,26	5,14
Rio de Janeiro	54,46	100,89	164,31	61,40	9,97
São João de Meriti	(53,35)	83,47	30,45	274,14	(42,01)
Total Met I	***41,93***	***90,88***	***139,06***	***65,35***	***9,87***
Itaboraí	18,67	95,08	113,75	83,58	10,23
Maricá	50,81	36,98	87,79	42,13	16,27
Niterói	93,20	118,94	214,15	55,54	19,29
Rio Bonito	52,65	18,92	71,56	26,43	14,43
São Gonçalo	32,96	34,48	67,44	51,12	23,27
Silva Jardim	141,68	37,49	179,17	20,92	26,82
Tanguá	40,84	45,08	85,92	52,46	10,84
Total Met II	***50,25***	***63,51***	***114,30***	***55,57***	***19,35***
Total Met. I + II	***43,28***	***86,43***	***135,04***	***64,01***	***10,87***

Fonte: SIOPS/DATASUS.

Nota: Os municípios de Magé e Seropédica não constam na tabela por não terem apresentado dados para o ano de 2001.

Observa-se que a despesa pública em saúde por habitante nos municípios da Região foi em média de R$135,04 no ano de 2001, tendo variado de R37,01 (em Queimados) a R$214,15 (em Niterói). Já a participação dos recursos federais no total da despesa em saúde foi de cerca de 64% para o total da região, apresentando uma variação expressiva de uma faixa de 20 a 30% (em Silva Jardim e Rio Bonito) a mais de 90% (em Nova Iguaçu e em São João de Meriti).

A análise do indicador de proporção de recursos próprios municipais aplicados na saúde, à luz das regras estabelecidas pela Emenda Constitucional nº 29 de 2000[8], mostra que a maior parte dos municípios da região cumpriu a Emenda no ano de 2001, com exceção de Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados e São João de Meriti, que não aplicaram na saúde a proporção mínima da receita própria legalmente exigida.

Em relação à situação de gestão estadual, vale destacar que o Estado do Rio de Janeiro, assim como várias Unidades da Federação do país, não chegou a se habilitar às condições de gestão da NOB SUS 01/96. Apenas recentemente, com a habilitação na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02, o Estado do Rio passou a receber transferências diretas de recursos federais do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, correspondentes ao valor do teto estadual de recursos federais, descontadas as transferências diretas aos municípios que já estavam habilitados a uma das condições de gestão estabelecidas pela NOB SUS 01/96[9]. Como a totalidade dos municípios do estado já estava habilitada, com vários municípios de grande porte em Gestão Plena do Sistema Municipal, a transferência de recursos federais para o Fundo Estadual é pequena se comparada às transferências diretas para os fundos municipais[10].

Os dados apresentados são úteis para caracterizar o processo de descentralização no estado do Rio em geral e na Região Metropolitana em particular nos anos 90, marcado pela ênfase na municipalização, com transferências diretas do Fundo Nacional para os municípios, habilitação estadual tardia e pouco poder financeiro do estado[11].

Essas características, associadas às peculiaridades da rede de serviços regional já apontadas, sugerem as dificuldades da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro em desempenhar um papel de coordenação do SUS no âmbito da Região Metropolitana do Rio de Janeiro nos anos 90, ainda que alguns esforços tenham sido empreendidos nesse sentido. É nesse contexto que, principalmente a partir de 1999, o debate sobre a integração regional em saúde volta a ocupar lugar central na agenda política da SES-RJ, e a estratégia de regionalização em saúde passa a ser prioritária, envolvendo uma série de iniciativas que têm implicações para o sistema de saúde da Região Metropolitana do Rio.

8 A Resolução nº 316 de 4/4/2002 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta aplicação da Emenda Constitucional nº 29, estabeleceu para o ano de 2001 que a proporção mínima de receita própria municipal a ser aplicada na saúde seria 8,6%. Até 2004, todos os municípios brasileiros deverão estar aplicando 15% da receita própria em saúde.

9 As habilitações na NOAS SUS 01/02 ainda não foram iniciadas para os municípios do estado, estando em vigor as habilitações municipais pela NOB SUS 01/96.

10 Considerando somente os recursos federais para financiamento da média e alta complexidade, a portaria de habilitação do Estado do Rio de Janeiro publicada no DOU de 12 de agosto de 2002, definiu que o valor anual da transferência do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde seria de R$ 210.216.811,56, enquanto a transferência direta para os fundos municipais de saúde seria de R$ 853.397.115,44. Ou seja, os recursos federais de média e alta complexidade transferidos diretamente para o Fundo Estadual de Saúde correspondem a somente 19,8% do total de recursos federais de média e alta complexidade transferidos fundo a fundo para financiamento do SUS no estado. Esse percentual seria bem menor se considerados os recursos destinados à atenção básica, que são integralmente transferidos de forma direta para os municípios.

11 O limitado poder financeiro do estado se relaciona tanto ao fato de até recentemente o estado não receber transferências federais diretas no Fundo Estadual de Saúde (e mesmo posteriormente, já que essa proporção é baixa) como à baixa aplicação de recursos próprios estaduais na saúde. O dado que consta no SIOPS/DATASUS de aplicação de receitas próprias do estado do Rio de Janeiro na saúde para 2001 é de 5,05%, bem abaixo da proporção mínima determinada pela EC nº 29 de 8% para o referido ano, sendo o estado com a proporção mais baixa entre todos que apresentaram informações nesse ano, estando bem abaixo da média dos estados brasileiros de 8,56%.

A ESTRATÉGIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL EM SAÚDE NA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO[12]

A partir de 1999, a integração regional em saúde é assumida como prioritária para a Secretaria de Estado de Saúde, passando a ser promovida mediante um conjunto de estratégias articuladas, entre as quais merecem destaque: o processo de Planejamento Estratégico Situacional; a formação e funcionamento do Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE); a elaboração do Plano Diretor de Regionalização; a Programação Pactuada e Integrada; e a implementação de Centrais de Regulação das Ações de Saúde. Esse conjunto de estratégias se norteia pela finalidade primordial de redução das desigualdades em saúde no âmbito estadual, considerando a perspectiva de integralidade das ações de saúde, e a necessidade de atuação conjunta de estado e municípios para o alcance dessa finalidade.

O processo de Planejamento Estratégico Situacional teve como objetivo, por um lado, aumentar a articulação das diversas áreas da SES-RJ para buscar a integralidade e efetividade das ações de saúde e, por outro, assegurar uma dinâmica participativa na formulação de estratégias e definição das políticas em uma lógica ascendente. Vale destacar que a abordagem do Planejamento Estratégico Situacional balizou, no período de 1999 a 2002, as diversas reuniões regionais, com a participação das diversas áreas da SES-RJ e representação do conjunto de municípios de cada região. Essas reuniões voltaram-se para a identificação de prioridades, elaboração do Plano Estadual de Saúde, elaboração do Plano Diretor de Regionalização e também discussões temáticas e implementação de políticas específicas, orientadas para problemas de saúde prioritários (MARTINS, 2002).

Para viabilizar esse processo, foi criado, ainda em 1999, o Núcleo de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDE), como um grupo da SES-RJ, voltado para a articulação interna das áreas técnicas e coordenação dos processos regionais de gestão compartilhada do sistema de saúde, com vistas ao estabelecimento de parcerias para a solução das prioridades identificadas regionalmente. A idéia inicial era manter um grupo de técnicos fixo mínimo na SES-RJ, trabalhando de forma matricial com profissionais das diversas áreas, e estimular a constituição de um NIDE em cada região de saúde do estado, composto por representação da SES-RJ e de cada município da região (além da sugestão de representações do NERJ-RJ, do Conselho Estadual de Saúde e de hospitais federais, estaduais e universitários). Esses NIDEs regionais atuariam como instâncias de integração técnica, voltadas para a gestão de projetos de saúde de caráter regional e teriam flexibilidade em termos de estruturação e lógica de funcionamento, de forma a se adequar às necessidades específicas de cada região (SES-RJ, 2002a). Na prática, a formação desses NIDEs regionais foi bem mais tardia – ocorre em geral no ano de 2002 – do que a do NIDE estadual e seu funcionamento não se deu de forma homogênea entre as regiões

12 Os autores agradecem à equipe da SES-RJ pelo fornecimento de diversas informações relevantes para este item, em especial a Ceres Albuquerque, Magda de Souza Chagas, Cláudia Regina de Andrade Pereira, Juliano de Carvalho Lima e Franklin Monteiro da Silva.

do estado, sendo marcada, em muitas regiões, pela flexibilidade, oscilação na participação de representantes municipais e caráter técnico das discussões, com variações importantes na efetividade das propostas e encaminhamentos, como será analisado adiante[13].

No que diz respeito ao planejamento regionalizado do estado, vale destacar que a Baixada Fluminense foi selecionada como piloto da estratégia de integração regional, pela complexidade da situação política e sanitária, e pelas deficiências na organização da atenção à saúde e articulação da rede de serviços. As primeiras oficinas de planejamento da Baixada realizadas no início de 2000 identificaram doze macroproblemas, a partir dos quais foram priorizadas as questões de "ações da área materno-infantil deficientes" e "insuficiência de cobertura do Programa de Saúde da Família"[14]. Para o enfrentamento desses dois problemas definidos como prioritários, foram elaborados projetos específicos, envolvendo as dimensões de infra-estrutura, organização de recursos humanos e modelo de atenção, além da proposição de um modelo de gestão para esses projetos.

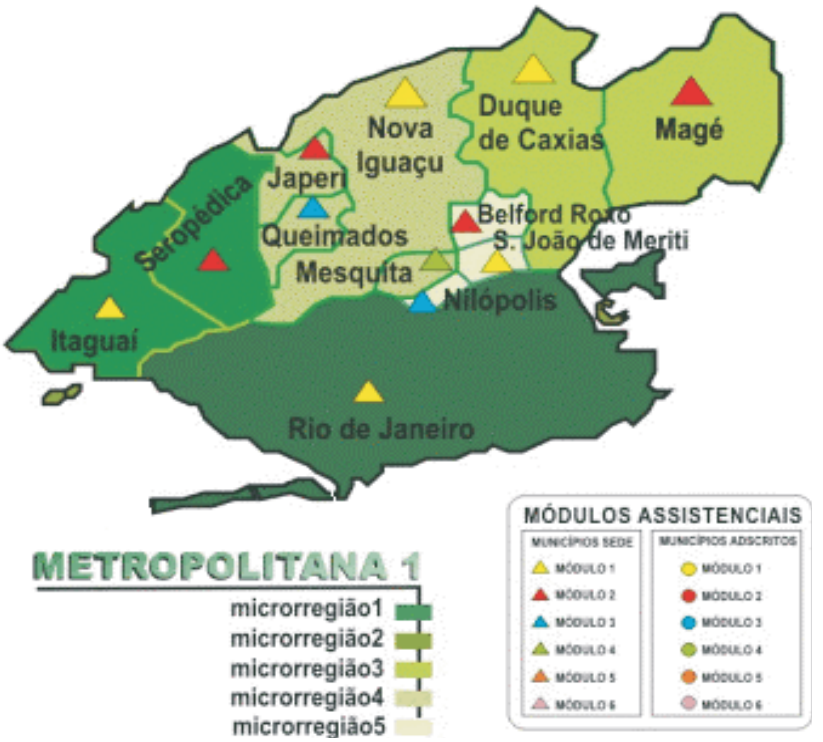
Em continuidade ao processo de planejamento estratégico, e visando ajustar a regionalização em andamento às proposições e ao cronograma da Norma Operacional de Assistência à Saúde 01/01, em meados de 2001, a SES-RJ coordenou diversas oficinas regionais de planejamento, que geraram a construção de um Plano Estratégico Regional para cada região de saúde, subsidiando a elaboração do Plano Diretor de Regionalização do estado do Rio de Janeiro para o período 2001-2004 (SES-RJ, 2002b).

No que diz respeito à Região Metropolitana, definiu-se, para as Regiões Metropolitanas I e II, o papel dos diversos municípios no sistema, sendo proposta a divisão em microregiões de saúde e em módulos assistenciais, conforme demonstrado nos Mapas 2 e 3. Dessa forma, foram identificados claramente os municípios que constituem pólos assistenciais para os diversos níveis de atenção, nas diferentes microregiões. Além dos pólos principais de média e alta complexidade, Rio de Janeiro (Metropolitana I) e Niterói (Metropolitana II), foram identificados como pólos microregionais para média complexidade na Metropolitana I os municípios de Duque de Caxias e Nova Iguaçu, e, na Região Metropolitana II, o município de São Gonçalo. Cabe ressaltar que, para algumas microregiões de saúde da Região Metropolitana, não foram definidos pólos de média complexidade, pela baixa oferta de serviços dos respectivos municípios nesse nível de atenção. Esse é o caso das microrregiões I.[2] (formada por Itaguaí e Seropédica) e I.[5] (formada por Belford Roxo, São João de Meriti e Nilópolis) da Região Metropolitana I, e das microrregiões II.[3] (formada por Itaboraí e Tanguá) e II.[4] (formada por Rio Bonito e Silva Jardim) da Metropolitana II.

13 Ao que parece, essa maior flexibilidade de funcionamento em relação ao inicialmente previsto se deve, ao menos em parte, a receios por parte tanto de atores da SES-RJ quanto de atores municipais de que os NIDEs regionais viessem a se transformar em novas estruturas gestoras, "ressuscitando" as antigas coordenadorias regionais da SES-RJ, que foram extintas no bojo do processo de municipalização da saúde.

14 Os outros dez macroproblemas foram: baixa integração entre os municípios; baixa resolutividade hospitalar; dificuldade de acesso aos serviços de alta e média complexidade; dificuldade de realização de diagnóstico; insuficiente atendimento à demanda de sangue, componentes e hemoderivados; dificuldade para o usuário obter medicamentos; inadequada política de RH; insuficiência das atividades de promoção à saúde; insuficiência gerencial no SUS; sistema de informações deficiente (MARTINS, 2002).

Mapa 2 Proposta de Regionalização – Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro.



Fonte: Plano Diretor de Regionalização – 2001 a 2004 – SES-RJ.

Mapa 3 Proposta de Regionalização – Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro.

Fonte: Plano Diretor de Regionalização – 2001-2004 - SES-RJ.

Em decorrência das necessidades identificadas no processo de elaboração do Plano Diretor de Regionalização, começam também a ser mapeadas as prioridades de investimentos na região.

Outra estratégia que merece destaque, bastante relacionada ao Plano Diretor de Regionalização, é o processo de Programação Pactuada e Integrada. Vale ressaltar que a SES-RJ já apresentava certa tradição na área de programação físico-financeira, e o estado do Rio de Janeiro foi o primeiro a apresentar tetos financeiros definidos para todos os municípios, com explicitação e publicação da parcela a ser destinada às referências intermunicipais[15] . Dessa forma, as informações anteriormente disponíveis de programação de referências intermunicipais serviram para subsidiar o processo de regionalização, e a PPI foi adequada à nova estratégia de planejamento regionalizado no estado. A PPI estadual representa uma estratégia fundamental de articulação entre os municípios coordenada pelo gestor estadual, que envolve a realização de oficinas regionais de negociação e estabelecimento de pactos quanto às referências intermunicipais para atendimento da

15 O estado do Rio de Janeiro já tinha tetos financeiros definidos para todos os municípios do estado desde 1995. Naquela época, havia uma estimativa aproximada de referências intraregionais e interregionais para fins de definição do teto, sem que houvesse pactuação direta de referências entre gestores municipais. Após a publicação da NOB SUS 01/96, que introduziu o conceito e as diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada, foram feitos vários esforços de aprimoramento da negociação das referências entre os gestores municipais. Em 1998, esse processo envolveu a criação da "Comissão PPI", a elaboração de instrumentos técnicos de programação (software, fichas, relatórios) e a realização de numerosas oficinas regionais de pactuação intermunicipal, culminando com a implantação de um sistema permanente de revisão dos tetos financeiros municipais a partir do início de 1999. Desde então, a PPI estadual tem sido continuamente ajustada em função do processo de regionalização em curso. Para maiores detalhes, ver Albuquerque e Araújo (2002).

população nos serviços de saúde, com repercussão para os tetos financeiros dos municípios, que são periodicamente revistos. Além da coordenação política do processo pelo estado, a SES desempenha um importante papel na elaboração de instrumentos técnicos de suporte, entre os quais pode ser destacado o desenvolvimento de um software específico para consolidação das referências ambulatoriais pactuadas, com a emissão de relatórios técnicos e financeiros voltados para o acompanhamento do cumprimento dos pactos.

Além da negociação para encaminhamento de pacientes a procedimentos específicos de média e alta complexidade, o processo de pactuação de referências ambulatoriais também envolve a definição da abrangência de serviços especializados, como os centros de terapia renal substitutiva e a organização de redes de referência específicas, como as de Hemoterapia e Oncologia. Já a negociação das referências para internações hospitalares se baseia tanto na disponibilidade de serviços como na análise dos fluxos de internações reais, visto que os indicadores de "invasão" e "evasão"[16] podem ser obtidos a partir dos bancos de dados oficiais de internações hospitalares. A situação desses indicadores para os municípios que mais internam na Região Metropolitana do Rio é apresentada na Tabela 12.

Tabela 12 - Situação dos indicadores de invasão e evasão de internações nos municípios que mais internam na Região Metropolitana do Rio de Janeiro – 2002

Região/Município	nº internações no município	nº int. residentes outros municípios	% invasão internações	% evasão internações
Metropolitana I				
Duque de Caxias	27.509	5.091	18,5	45,5
Nova Iguaçu	27.998	8.174	29,2	60,3
Rio de Janeiro	302.325	51.278	17,0	3,8
São João de Meriti	28.651	10.085	35,2	34,1
Metropolitana II				
Niterói	44.569	19.386	43,5	11,9
São Gonçalo	61.918	2.338	3,8	22,8

Fonte: Cálculo a partir dos dados do SIH/SUS – TABWIN.

16 O indicador de invasão corresponde à proporção de pessoas internadas em um dado município que reside em outros municípios. Já a evasão corresponde ao percentual de residentes em um município que se interna em outros municípios, em relação ao total dos residentes que foram internados.

Observa-se que o Município do Rio de Janeiro é o que mais interna, em números absolutos, pessoas residentes em outros municípios do estado (a maior parte reside na própria Região Metropolitana). Em termos relativos, o percentual de invasão também é importante (17%), merecendo destaque o baixíssimo percentual de evasão, confirmando que a rede hospitalar localizada no município é responsável pela imensa maioria das internações de pessoas que residem no Rio de Janeiro. No que diz respeito aos municípios de Duque de Caxias, Nova Iguaçu e São João de Meriti, apesar da invasão ser alta em termos relativos, chama a atenção o alto percentual de evasão, demonstrando que uma proporção expressiva da população desses municípios é internada em outros municípios, com destaque para o Rio de Janeiro.

No que concerne à Região Metropolitana II, apesar de São Gonçalo apresentar o maior número absoluto de internações hospitalares, essas se referem basicamente à população do próprio município, chamando atenção a elevada evasão, com mais de 22% das internações de residentes de São Gonçalo ocorrendo em outros municípios. Niterói sobressai como pólo regional, uma vez que mais de 43% das internações ali realizadas são de pessoas residentes em outros municípios, com destaque para São Gonçalo, que responde por quase 30% das internações.

As informações apresentadas sugerem a complexidade do processo de organização da rede e fluxos de usuários, negociação de referências e definição da distribuição de recursos na região, que tende a ocupar parte expressiva da agenda de debates regional. A análise da implantação dos Núcleos de Integração e Desenvolvimento Estratégico (NIDEs) na Região Metropolitana é ilustrativa nesse sentido. Quando a SES-RJ intensifica o estímulo à constituição desses núcleos regionais de planejamento no ano de 2002, a Região Metropolitana I é uma das que se apresenta com maior dificuldade de desencadeamento do processo, tendo sido realizada apenas uma reunião do NIDE nessa região, com perspectivas de continuidade duvidosas. Já na Região Metropolitana II, o processo conta com a participação mais intensa dos diversos municípios e ganha impulso. Somente no último trimestre de 2002, são realizadas três reuniões consecutivas abordando questões estratégicas, como os gargalos da atenção à saúde, as necessidades de investimentos, o acompanhamento da PPI e das referências intermunicipais, e a definição de tetos financeiros, com propostas concretas de desdobramentos.

Uma outra iniciativa de promoção da integração regional que merece destaque é o esforço de constituição de Centrais de Regulação das Ações de Saúde, com o objetivo de regular a oferta de serviços especializados e organizar a demanda por esses serviços, em uma lógica de regionalização e hierarquização da rede de serviços de forma a "facilitar o acesso adequado de forma responsável e ágil aos recursos assistenciais para cada demanda" (SES-RJ, 2001). A estratégia de implantação de um sistema de regulação originalmente proposta pela SES-RJ

e apresentada no Plano de Regionalização compreende a constituição de uma rede de centrais a ser implementada em parceria com as secretarias municipais, visando organizar e controlar a oferta de internações, consultas especializadas e exames de média e alta complexidade, que funcionaria de forma informatizada e interconectada. Esse complexo regulatório deve ser formado por dez centrais, sendo um pólo estadual e nove núcleos regionais.

Na prática, o processo de constituição e implementação das centrais tem se dado de forma lenta, e tanto a sua abrangência como a sua efetividade na regulação da assistência é bastante heterogênea nas regiões do estado que já começaram a operar essas centrais. Na Região Metropolitana, há três centrais em funcionamento, sendo duas na Metropolitana I (uma no município do Rio de Janeiro e a outra em Nova Iguaçu) e uma na Metropolitana II (em Niterói). A Central de Regulação localizada no município do Rio de Janeiro está sob gestão municipal, e regula basicamente a utilização dos leitos de cirurgia cardíaca localizados no município, com a ressalva de que nem todos os procedimentos dessa área são regulados. A Central localizada em Nova Iguaçu está sob gestão do Consórcio Intermunicipal da Baixada Fluminense, e tem por objetivo a regulação de todos os leitos obstétricos dos municípios da Baixada. Já a Central localizada em Niterói está sob gestão municipal e regula leitos de diversas especialidades, localizados tanto no próprio município como em alguns outros municípios da Região Metropolitana II, com a ressalva de, nem todos os hospitais localizados nos municípios atualmente abrangidos pela central disponibilizam os leitos para regulação. Portanto, no que concerne ao funcionamento atual das Centrais de Regulação localizadas na Região Metropolitana do Rio, podem ser apontadas as seguintes características: a) caráter relativamente recente e funcionamento incipiente; b) escopo limitado de ações de saúde reguladas (regulação restrita a leitos, de uma ou mais especialidades, dependendo da central); c) abrangência limitada em termos de municípios envolvidos e hospitais regulados.

A análise das diversas iniciativas de ordenamento do sistema de saúde na Região Metropolitana do Rio, que compõem a Estratégia de Integração Regional coordenada pela SES-RJ nos últimos anos, permite, por um lado, identificar os substantivos esforços que têm sido empreendidos por aquela Secretaria, nos últimos anos, para promover maior articulação das ações e serviços de saúde na região. Por outro lado, evidencia que as dificuldades nesse âmbito têm sido imensas, sofrendo a influência de variáveis de diversas ordens, das quais destacam-se: os obstáculos e tensões na implementação do SUS nos anos 90 (dificuldades de financiamento, características do processo de descentralização em saúde); os desafios específicos da organização de sistemas integrados de saúde em grandes aglomerados urbanos; as especificidades da trajetória histórica e das características estruturais e institucionais do sistema de saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro; a multiplicidade de interesses, os impasses e conflitos entre os diversos atores envolvidos nas políticas de saúde na região.

CONCLUSÕES

A organização dos serviços de saúde na área metropolitana do Rio de Janeiro, como nos aglomerados urbanos em geral, deve dar conta de, pelo menos, quatro grandes eixos: i) a grande concentração de pessoas, ii) vivendo em uma área de comunicação e trânsito intenso, com distâncias geográficas relativamente curtas, iii) compartilhando uma diversidade de problemas de determinação, expressão e graus de complexidade distintos e iv) submetidas à gestão de vários municípios contíguos com administração independente e mandato restrito à sua unidade territorial. Em conseqüência, cabem as seguintes conclusões:

1 - São restritas as possibilidades de desenhar um modelo assistencial único para as áreas metropolitanas. Há diversos modelos possíveis, necessariamente complexos e dependentes da trajetória histórico-institucional de cada região.

2 - É ilusória a idéia de adscrição de clientela em áreas onde populações podem se deslocar livremente em busca das melhores alternativas para obter o cuidado que necessitam ou demandam.

3 - Pode ser implementada a vinculação de clientela a equipes do tipo saúde da família ou a alternativas mais complexas do modelo centro de saúde, policlínicas ou ambulatórios hospitalares, que disponham de capacidade resolutiva. Mas é importante estabelecer mecanismos de registro de trânsito da população, como cartões de saúde que documentem os contatos da clientela ou equivalentes, e estruturas administrativas que gerenciem os processos de referência e contra-referência.

4 - Não apenas por preceito, mas por imposição da demanda, é extremamente difícil estabelecer programas focalizados de atendimento à saúde. A oferta de serviço qualificado em qualquer ponto da malha metropolitana tende a atrair numeroso contingente de usuários.

5 - É preciso encontrar instâncias administrativas que organizem esse processo. A proposta de estruturação de autoridades metropolitanas de saúde, com uma gestão compartilhada entre o estado e os municípios que integram a região, parece ser uma alternativa desejável em uma situação onde uma autoridade municipal é obrigada a atender a população de outro município em relação à qual a princípio não tem obrigação legal. Da mesma forma, não pode ser permitido a nenhum município da região, se a ele cabe essa tarefa, a recusa de atendimento a pessoas oriundas de outro município. Apenas uma autoridade supramunicipal, com a participação do estado e obrigações compartilhadas, poderia desempenhar esse papel de coordenação.

Por fim, é importante ressaltar que a situação de regiões metropolitanas como a do Rio de Janeiro impõe aos gestores públicos da área da saúde enormes desafios. A complexidade das necessidades de saúde se expressa com singularidade, evidenciando a coexistência de doenças do atraso e da modernidade, além de problemas específicos desses aglomerados, como os acidentes relacionados aos freqüentes deslocamentos populacionais, e a violência urbana. Em termos de oferta de serviços, a presença de todos os níveis de complexidade na área metropolitana faz os princípios da integralidade, continuidade e coordenação dos cuidados se expressarem com enorme vigor. E, ainda, a alta densidade populacional e o convívio próximo no espaço metropolitano entre riqueza e pobreza evidenciam de forma particular a gravidade das desigualdades sociais em nosso país, desafiando os gestores públicos em sua tarefa de concretizar os princípios do SUS de universalidade e eqüidade, fundamentais para a garantia do preceito constitucional da saúde como direito de cidadania.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, Ceres; ARAÚJO, Patrícia S. X., "Programação Pactuada e Integrada: uma proposta de organização da assistência à saúde no estado do Rio de Janeiro". In: BRASIL. Ministério da Saúde (Ed.). Experiências inovadoras no sus: relatos de experiências: gestão dos serviços de saúde/experiências de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, 2002

2. BRASIL. Ministério da Saúde. "Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei". Brasília, 1993.

3. BRASIL. Ministério da Saúde. "Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (DOU de 6/11/1996)". Brasília, 1996.(mimeo).

4. BRASIL. Ministério da Saúde. "Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com eqüidade no acesso: a Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS SUS 01/02". Brasília, 2002a

5. BRASIL. Ministério da Saúde. "Portaria nº 1.121, de 17 de junho de 2002". Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 jun 2002b. Seção 1.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. "Portaria nº 1.438, de 13 de agosto de 2002". Diário Oficial [da] União, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 ago 2002c. Seção 1.

7. CARNEIRO, Alcides J.C. "Como anda a saúde na Região Metropolitana do Rio de Janeiro?" [Rio de Janeiro: s.n.], 2002. Disponível em: http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/index.htm. Acesso em: 10 abr 2003.

8. DATASUS. "Informações em saúde: bancos de dados do Sistema Único de Saúde". [S.l.: S.n.], 2003. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm. Acesso em: 10/04/2003.

9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. "Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 1992. [S.l.: S.n.], 1992". Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/amsopcao.htm. Acesso em: 10 abr 2003.

10. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. "Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 1992". [S.l.: S.n.], 1999. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/amsopcao.htm. Acesso em: 10 abr 2003.

11. FONTES, A. et. al.. "Evolução dos indicadores econômicos e sociais da Região Metropolitana do Rio de Janeiro dez anos depois: como vai você, Rio de Janeiro?" Boletim Rio de Janeiro – Trabalho e Sociedade, v. 3, n. 5, 2003. Disponível em http://www.iets.org.br. Acesso em: 17 mar 2003.

12. FUNDAÇÃO CIDE. "Anuário Estatístico do Estado do Rio de Janeiro: 2002". Rio de Janeiro, 2002.

13. MARTINS, Wagner de J. "Processo de Integração Regional no Estado do Rio de Janeiro: superando as Desigualdades na Perspectiva da Integralidade das Ações de Saúde". In: BRASIL. Ministério da Saúde (Ed.). Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências: gestão dos serviços de saúde/experiências de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, 2002.

14. PARADA, Roberto. "Sistema Estadual de Saúde: descentralização e relações intergovernamentais: um estudo sobre o Estado do Rio de Janeiro". 1997. Dissertação (Mestrado) – IMS/UERJ. Rio de Janeiro, 1997.

15. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. "Síntese histórica: informações gerais". [S.l.: S.n.], 2003. Disponível em http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/index.htm. Acesso em: 27 abr 2003.

16. RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. "Plano Estadual de Saúde 2001-2004". Rio de Janeiro, 2002a.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. "Plano Diretor de Regionalização 2001-2004". Rio de Janeiro, 2002b.

PARTE V

Comentários Finais

ALGUNS INDICATIVOS PARA A AÇÃO INSTITUCIONAL, ACADÊMICA E SOCIAL

Elias Rassi Neto
Universidade Federal de Goiás
Maria Cláudia Bógus
Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

As conclusões dessa publicação resultam da Oficina de Trabalho **"Políticas Públicas Integrais em Saúde nos Aglomerados Urbanos"**, ocorrida em Brasília/DF, em maio de 2003, no âmbito da atividade conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS). O foco dessa oficina foi apontar as expectativas e as questões mais relevantes relacionadas à discussão dos aglomerados urbanos e servir de subsídio para futuros desdobramentos que contemplem ações e resoluções a serem tomadas. Não visou esgotar a discussão do tema. Ao contrário, foi compreendida como um espaço inicial a ser debatido no nível nacional e, posteriormente, no nível internacional. A lista de participantes encontra-se em anexo.

O Brasil tem, atualmente, mais de 80% de sua população vivendo nas cidades, e suas 50 maiores aglomerações concentram quase a metade da população. Esse quadro é fruto de um processo de intensa inversão da relação rural/urbano, ocorrido principalmente nos últimos 40 anos, com importantes alterações na natalidade, na composição etária, nas ocupações e, de forma muito perceptível, nos perfis de morbi-mortalidade, exigindo cada vez mais o conhecimento das novas realidades vinculadas a essas grandes concentrações humanas.

A trajetória de ocupação do espaço enfrenta a contradição entre a configuração atual das cidades brasileiras e a definição das políticas sociais. O adensamento populacional coincide com um largo período em que não tivemos sequer processos democráticos de escolhas nas maiores cidades brasileiras, em razão do golpe militar de 1964. Criou-se um vácuo na definição e na oferta de serviços públicos, assim como em sua relação com a sociedade. As decisões políticas de desenvolvimento, centralizadas em um poder impermeável à dinâmica social, não comportavam as necessidades geradas pelos aglomerados em crescimento.

Os extensos horizontes, antes inalcançáveis pela vista, encontram-se atualmente ocupados por ambientes absolutamente urbanos. Os grandes conurbados mascaram fronteiras municipais, formando novos limites externos, que coexistem com limites

político-administrativos enfraquecidos e, ao mesmo tempo, reforçando fronteiras internas de exclusões sócio-econômicas. Maximizam as iniquidades, assim como impõem um novo dimensionamento de eventos como as violências, as doenças crônico-degenerativas, afetando de forma muito particular a saúde de seus habitantes.

Esse intenso deslocamento de grandes contingentes populacionais, inicialmente no sentido campo/cidade, depois cidade/cidade e mais posteriormente uma mobilidade de escala mundial mostra uma geografia em metamorfose, um processo conflituoso, que provoca também mudanças culturais e de identidades. As cidades se transformam em espaços mundiais, mas as fronteiras para a mobilidade tornam-se mais rígidas.

Os novos ordenamentos sócio-demográficos, reconfigurando os espaços e estabelecendo novas estruturas vivenciais, associam altas densidades populacionais a grandes distâncias a serem percorridas no cotidiano das pessoas. Os limites e interdições à circulação de expressivos grupos, tais como os idosos e as crianças, são reforçadas pela violência e pela insegurança. Ainda a essas características, agregam-se problemas oriundos das distintas formas de poluição, assim como das dificuldades de abastecimento de água e de destinação de dejetos líquidos e sólidos.

Ao abordar o histórico da formação dos aglomerados urbanos e de tratar o espaço urbano, entendendo diversas realidades, reforça-se a possibilidade para a formulação, implementação e avaliação das políticas que considerem as distintas necessidades e para a sustentabilidade de trabalhos intersetoriais, que não podem prescindir das ações de outros atores e instituições da sociedade civil. A articulação de políticas integrais e integradas propiciam uma gestão compartilhada e uma abrangência tanto no atendimento de necessidades quanto na garantia de direitos.

Dito de outra forma: os grandes adensamentos populacionais exigem estratégias e estruturas novas para o enfrentamento dos problemas de vida e de saúde nos espaços urbanos. As anteriormente utilizadas não comportam as novas realidades, explicitando uma clara contradição entre a forma como se apresentam e a formulação das políticas públicas, que não tem, de fato, considerado adequadamente os novos desenhos urbanos, os movimentos das pessoas e dos grupos sociais, assim como a formação histórica e singularidade espacial e territorial de cada localidade. Realça-se, assim, a necessidade de alterar a lógica de definição das políticas públicas, não apenas do ponto de vista setorial mas também espacial.

Além disso, a complexidade das questões relacionadas às condições de vida que influem sobre o cuidado à saúde mostra diferentes processos e desafios na integração da gestão pública e leva a um claro reconhecimento de que não existe uma solução padrão. As

políticas devem reconhecer as complexidades e serem flexíveis, sendo um desafio para que novas formas de atuação sejam pensadas e tragam novas possibilidades para intervenção e garantia de acesso aos serviços, devendo-se, entretanto, considerar ao máximo as possibilidades de utilização das informações desagregadas das condições de saúde na heterogeneidade do espaço urbano, como um caminho para a organização da saúde no nível local.

Ainda como um grande desafio, a organização da oferta e a desconcentração e melhor qualificação dos serviços deve ser discutida no contexto de organização dos grandes centros urbanos, buscando envolver todas as esferas dos governos. Mesmo diante das dificuldades do trabalho intersetorial e interníveis de governo, existe a possibilidade de se perseguir uma gestão dos serviços sempre voltada para a qualidade, eficácia, eficiência e compartilhada entre os diversos saberes, e ainda, implementada por redes sociais para além do setor saúde.

Em muitos momentos, o setor saúde tem-se articulado com outras áreas, mas é preciso ainda muito esforço para não tentar impor a sua agenda, buscando alternativas para que a saúde, e não somente a doença, entre definitivamente na agenda das cidades.

Merecem destaque as deficiências e dificuldades em prover a assistência adequada pelo complexo hospitalar/urgência/emergência e, ao mesmo tempo, ganha força a estratégia de reorientação da atenção básica como possibilidade de remodelagem de todo o sistema, a partir de uma grande ampliação de cobertura e da redefinição dos perfis assistenciais pelas necessidades percebidas no diálogo população/atenção básica. Essa estratégia de intensificação dos mecanismos de responsabilidade sanitária pode permitir aos serviços a conquista de espaços por sua presteza e qualidade no atendimento às necessidades e inclusive legitimada pela modificação dessas necessidades, desviando-se da obrigatoriedade do vínculo por parte dos usuários.

O crescimento em importância dos processos de controle social, em particular dos conselhos como o de saúde, de educação, de trânsito, de serviços sociais, dentre outros, aponta para a busca de opções diversas e inovadoras quanto a formas e momentos de integração dos conselhos temáticos como possibilidade ampliada de controle social e integralidade, cabendo inclusive uma área de atenção que é a da formação comum de conselheiros, considerando a multiplicação de espaços e instâncias ocupadas pelos mesmos atores.

Tanto os planos de regionalização quanto a resolutividade das ações e o registro de clientela são importantes fatores a serem considerados, assim como o papel dos principais centros urbanos, particularmente as capitais na organização da oferta de retaguarda de serviços de saúde aos moradores dos outros municípios.

Essa abordagem evidencia um outro debate relevante: como, efetivamente, articular discussões e definições para além dos limites político-administrativos dos municípios, à medida que as realidades ultrapassam esses limites, cada vez mais imprecisos e confluentes? No campo da prestação de serviços, os municípios-pólos apresentam uma enorme distância em relação à capacidade dos seus vizinhos, mesmo fazendo parte de um mesmo aglomerado com realidades interdependentes, exigindo planejamentos e ações comuns. Os estudos de caso aqui apresentados, São Paulo, Belo Horizonte, Curitiba, e Rio de Janeiro, de alguma forma explicitam essa necessidade.

O estudo sobre São Paulo mostrou que ainda não existe atenção básica para todos, que há grande dificuldade de acesso aos serviços e que, pela dimensão dos problemas existentes, as soluções são de longo prazo e, ainda, que faz parte dessa estratégia o combate à pobreza, ao desemprego e à desigualdade.

O município de Belo Horizonte passou a organizar os seus serviços a partir de uma base territorial, compondo nove Distritos Sanitários, operando as suas intervenções de acordo com o conceito de responsabilidade sanitária e propõe uma integração no processo de formulação e implementação de políticas sociais de forma intersetorial até mesmo para o monitoramento das condições de saúde. A experiência no combate à violência em Curitiba, em particular contra crianças e adolescentes, demonstra a clara viabilidade da organização em redes intersetoriais envolvendo instituições de diversas naturezas, públicas ou não.

O estudo do Rio de Janeiro, ao discorrer sobre o seu processo de formação, aí incluindo a destituição de seu caráter de Capital Federal em 1960 e a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro em 1975, compondo dois grandes centros de atração, as cidades do Rio de Janeiro e Niterói – recoloca o grande desafio para a implantação de políticas de saúde adequadas, relacionando-as à necessidade de maior integração entre os municípios da Região Metropolitana, sugerindo que é preciso encontrar instâncias administrativas que organizem esse processo. Ressalta ainda, como ponto comum em todos os estudos de caso, as gritantes evidências da gravidade das desigualdades sociais, desafiando os gestores públicos em sua tarefa de concretizar os princípios do SUS de universalidade e eqüidade, fundamentais para a garantia do preceito constitucional da saúde como direito de cidadania.

Para finalizar, cumpre reforçar o papel de iniciativas conjuntas para o aprofundamento de temas vinculados ao desenvolvimento do setor saúde nas grandes aglomerações, assim como as parcerias com agências internacionais, setores de governo, academia, gestores estaduais e municipais, tentando ainda detalhar e enriquecer esses debates, gerando possibilidades de reforçarem-se os processos nos níveis locais, respeitando-se as particularidades e os conceitos comuns.

ANEXO

OFICINA DE TRABALHO
PUBLICAÇÃO
"POLÍTICAS PÚBLICAS INTEGRAIS EM SAÚDE NOS AGLOMERADOS URBANOS"

- Data: 5 de maio de 2003
- Local: Sala de Conferência – Sede da OPAS em Brasília
- Horário: das 9:30 às 18:00 h.
- Orgnizadores: Julio Suarez (OPAS); Rosa Silvestre (OPAS); Luciana Chagas (OPAS); Elias Rassi Neto (UFGO e ABRASCO); Cláudia Maria Bógus (IS-SES/SP e CEPEDOC/USP)
- Participantes: coordenadores do projeto, organizadores da publicação, autores dos vários capítulos da publicação, gestores, debatedores e comentaristas convidados

AGENDA

MESA DE ABERTURA

Júlio Suarez – OPAS

Afra Suassuna – MS

MESA PROBLEMATIZADORA

Elias Rassi – UFGO e ABRASCO

Eduardo Guerrero – OPAS

Pedro Miguel Santos Neto – MS

Marco Akerman – SMS/SP; FM/ABC e CEPEDOC/USP

PARTICIPANTES

Carmen Regina Ribeiro – Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba

Cláudia Maria Bógus – IS-SES/SP e CEPEDOC/USP

Elias Rassi Neto – UFGO e ABRASCO

Elizabeth Barros – IPEA

Eronildo Felizberto – MS

Fernando Augusto Proietti – UFMG

Heloísa Machado – MS

Joana Molesini – SES/BA

José Escamilla – OPAS

José Noronha – ABRASCO

Juan Seclen – OPAS

Luciana Chagas – OPAS

Maria Cristina Boaretto – SMS/RJ

Maria Elizabeth Maciel – MS

Maria Glória Gohn – UNICAMP

Marília Cristina Prado Louvison – SES/SP

Mauro Célio Almeida Marzochi – SMS/RJ

Patrícia Leal – MS

Paulo Henrique Battaglin Machado – Universidade Tuiuti do Paraná

Regina A. Carvalho – MS

Roberto Tikanori Kinoshita – SMS/SP

Rosa Pastrana – SES/ RJ

Rosa Silvestre – OPAS

Rovena Maria Carvalho Negreiros – NESUR/UNICAMP

Sarah Escorel – ENSP/FIOCRUZ

Serafim Santos Filho – MS

Silvana Pereira – MS

Vera Lídia Alves Oliveira – SMS/Curitiba

Vera Nunes Figueiredo – MS

Informações e instruções aos autores para apresentação de manuscritos a serem publicados na Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS.

Objetivo da Serie Técnica

Trata-se de uma publicação científica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS que tem por objetivo a divulgação de trabalhos de interesse para a saúde, vinculados essencialmente ao processo de cooperação da Organização no Brasil.

Critérios para publicação

A seleção dos trabalhos a serem publicados está baseada nos seguintes critérios gerais: trabalhos originais inéditos; relevância do tema; qualidade formal do texto e solidez cientifica; conclusividade; atualidade da contribuição; contribuições teóricas e de aplicabilidade na prática e vinculação com atividades de cooperação da OPAS na área de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Excepcionalmente, serão analisados trabalhos alheios à cooperação sempre que tenham relação com áreas temáticas do Projeto.

No caso de publicações com autoria externa, as opiniões dos autores são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem necessariamente critérios nem políticas da OPAS.

Tipologia de publicações

A Série publicará, entre outros, textos integrais como artigos, ensaios, pesquisas, relatórios; textos preparados por meio de metanálise; e destaques em seções curtas, demandados pelo Projeto.

Conselho Consultivo Editorial

O Conselho Consultivo, convidado pela OPAS, avalia se os trabalhos cumprem com os critérios estabelecidos para publicação e emite seu parecer ao Projeto, que decide se será publicado. Em alguns casos, o Projeto, por recomendação do Conselho, poderá solicitar o parecer de expertos externos para decisão.

Os manuscritos aceitos passam por um processo editorial que, de acordo com o formato da publicação, pode requerer, se necessário, sua condensação, e/ou supressão de quadros ou anexos. A versão editada será remetida ao autor para aprovação, no caso de autores externos à Organização.

Direitos de reprodução

No caso de manuscritos de autores externos, esses devem ser acompanhados de uma declaração assinada pelo autor indicando que, se o trabalho for publicado, os direitos de reprodução são propriedade exclusiva da OPAS.

Apresentação

O texto deve ser apresentado em folhas tamanho A4 (212 x 297mm), em fonte tamanho 12, escritas a espaço duplo. Os gráficos, tabelas e/ou figuras deverão ser mantidos ao mínimo e enviados em impressão separada de alta qualidade, em preto e branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. A totalidade do trabalho deve acompanhar-se de cópia em disquete.

Todos os artigos deverão ter um RESUMO com um máximo de 14 linhas, incluindo um máximo de cinco palavras-chave. O resumo deve indicar o objetivo do trabalho, a metodologia básica utilizada e os resultados e conclusões principais.

Referências Bibliográficas

São essenciais para identificação das fontes originais de conceitos, métodos e técnicas referidas no texto. Artigos de pesquisa devem conter um mínimo de 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas.

A lista de referências deverá ser apresentada no final do manuscrito em ordem alfabética ascendente. O estilo deverá seguir os padrões da ABNT, sendo recomendadas as seguintes normas relativas à normalização de documentos:

- NBR 6023 – Referências bibliográficas – Elaboração.
- NBR 6028 – Resumos.
- NBR 10520 – Citações em documentos – Apresentação.
- NBR 12256 – Apresentação de originais.
- NBR 14724 – Apresentação de trabalhos acadêmicos.

1. Exemplos de Referências Bibliográficas

a) Série Monográfica:

BOURDIEU, P. **O campo científico**. São Paulo: Ed. Ática, 1976. (Coleção Grandes cientistas sociais)

GOULART, Flávio A. de Andrade; MACHADO, Lucinéia Moreli. **Processos de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico.** Brasília: Opas, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.1)

LEVCOVITZ, Eduardo et. al. **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000).** Brasília: Opas, 2003. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.2)

b) Capítulo de Monografia:

DAVIES, A. M. The evolving science of health systems research. In: World Health Organization. **From research to decision making**: case studies on the use of health systems research. Geneva, 1991. 139p.

c) Artigo de Revista:

NOVAES, H. M. D. e NOVAES, R. L. Políticas científicas e tecnológicas para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.

d) Artigo de Revista com mais de três autores, sem local de publicação.

FARFAN, G. et. al. Digestive disease in the elderly. **Rev. Gastroenterol**. Lima, v.11, n.3, p.164-170, 1991

ROSENTHAL, G. et. al. Does good health services research produce good health policy? **Health Policy Quarterly**, [S.l.], v. 1, n.1, 1981.

e) Documento técnico

SECLEN, Juan et. al. **Estudio comparativo de la calidad de atención y uso de servicios de salud materno perinatales (1997-2000).** Lima: Ministerio de Salud del Peru, 2002.

2. Exemplos de Citações

a) Citação Direta

"Apesar das aparências, a desconstrução do logocentrismo não é uma psicanálise da filosofia [...]" (DERRIDA, 1967, p.293)

b) Citação de Citação

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...]

Para maiores informações sobre o estilo da ABNT, consultar o site da Internet:

http://bu.ufsc.br/framerefer.html

3ª CAPA

4ª CAPA

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
www.opas.org.br

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

4

APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde — Opas, exercendo sua atribuição de apoiar um sistema de saúde democrático, integral e equânime, entende que a concretização desta ação, no Brasil, é direcionada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a missão da Opas no Brasil, um país de extensão continental e com um sistema de saúde em processo de permanente construção, requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Opas apresenta a Série Técnica como uma das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção e à consolidação deste sistema de saúde. Esta Série Técnica se propõe divulgar documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos originais que fortaleçam o debate de questões relevantes, buscando destacar processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a redução de desigualdades e o alcance da eqüidade.

Brindamos a comunidade de saúde pública do país e da Região das Américas com esta publicação. Esperamos que possa se tornar um espaço vivo de apoio à construção do SUS no Brasil e que proporcione visibilidade e acesso aos produtos concretos advindos da Cooperação Técnica da Opas.

Sigamos avançando na conquista pela qualidade de vida e saúde da população.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

1. FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: MARCO LEGAL E COMPORTAMENTO DO GASTO

2.O PAPEL E AS CONSEQUÊNCIAS DOS INCENTIVOS COMO ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

4

BRASÍLIA — DF
2003

Organização Mundial da Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde — Brasil

FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: MARCO LEGAL E COMPORTAMENTO DO GASTO

Elizabeth Barros

Socióloga, especialista em avaliação de políticas sociais

O PAPEL E AS CONSEQUÊNCIAS DOS INCENTIVOS COMO ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Áquilas Nogueira Mendes

Professor da Faculdade de Economia da FAAP/SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal — Cepam/SP

Rosa Maria Marques

Professora titular do Departamento de Economia da PUC/SP

Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4

Brasília — DF
2003

Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 — Brasília — DF
http://www.opas.org.br

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm

1. Coordenador do Projeto
Júlio Manuel Suárez

2. Conselho editorial
Juan Seclen
Luciana Chagas
Luisa Guimarães
Rosa Maria Silvestre

3. Apoio técnico e administrativo:
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre

4. Normalização
Fernanda Nahuz
Leila Barros
Luciana dos Santos

Revisão
Manoel Rodrigues Pereira Neto

Capa, Projeto Gráfico e DTP
Wagner Soares da Silva

Tiragem:
1.500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde.
Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde / Organização Pan Americana da Saúde.– Brasília, 2002.
Xxp.: il.; 26 cm.– (Série Técnica do Projeb de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 4)

Inclui bibliografias.
ISBN

1. Financiamento da saúde– Brasil. 2. Sistema Único de SaúdeSUS. 3. Sistemas de saúde. I. Barros, Elizabeth. Financiamento do Sistema de Saúdeo Brasil: marco legal e comportamento do gasto. II. Mendes, Áquilas Nogueira; Marques, Rosa Maria Marques. O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde. III. Título: Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. IV. Título: O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde.

NLM W84

2003 © Organização Pan-Americana da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

NOTA

A referência bibliográfica do Volume 2 da Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, referente à publicação datada de 1987, **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**, pode ser encontrada com a referência atualizada:

ESCOREL, SARAH. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

Trata-se de um livro que discorre sobre um "movimento de pessoas" lutando por mudanças na maneira de olhar o paciente, a medicina e a política no setor. Aborda uma verdadeira reviravolta na saúde, começada no movimento estudantil, no interior de movimentos médicos e na própria Academia. Sarah Escorel detalha o início do movimento sanitário no Brasil, a partir do governo Geisel, utilizando não somente documentos, mas depoimentos. É a história contada pelos próprios atores (Editora Fiocruz).

Comitê Editorial da Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Opas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Brasil: evolução do gasto federal com saúde 1993-2001 53

Quadro 2 – Caracterização Geral dos Municípios 75

Quadro 3 – SUS: Estrutura da oferta por tipo de serviço e segundo a modalidade de gestão local em seis municípios selecionados - 2001 76

Quadro 4 – Ranking dos componentes do PAB-variável nos municípios, por ordem de importância (2001) 82

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Composição da rede hospitalar, por natureza do prestador. Brasil, 1945-1975 19

Tabela 2 – Evolução da receita tributária por nível de governo – 1960-2000 21

Tabela 3 – Brasil, crescimento do sistema privado supletivo supletivo, 1977-1998. .. 25

Tabela 4 - Brasil: Percentual da despesa média mensal familiar com assistência à saúde no desembolso global das famílias. Total das áreas POF – 1987/88 e 1995/96 27

Tabela 5 - Brasil: composição percentual do gasto médio mensal com assistência à saúde das famílias. Total das áreas metropolitanas, POF - 1987/88 e 1995/96 28

Tabela 6 – Brasil¨composição do gasto social federal(%) – 1993-2001 29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Adct	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
Ais	Ações Integradas de Saúde
Ces	Conselho Estadual de Saúde
Cf	Constituição Federal
Cib	Comissão Intergestores Bipartite
Cit	Comissão Intergestores Tripartite
Cms	Conselho Municipal de Saúde
Cns	Conselho Nacional De Saúde
Cofins	Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conasp	Comissão Nacional de Assistência à Saúde da Previdência Social
Conass	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
Cpmf	Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira
Cssll	Contribuição Social sobre o Lucro Líquido das Empresas
Datasus	Departamento de Informática do SUS
Ec	Emenda Constitucional
Fas	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
Finsocial	Contribuição do Financiamento Social
Fse	Fundo Social de Emergência
Gm	Gabinete do Ministro
Gpab	Gestão Plena da Atenção Básica
Gpaba	Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
Ibge	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Inss	Instituto Nacional de Seguridade Social
Ipea	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

Lc	Lei Complementar
Ldo	Lei de Diretrizes Orçamentárias
Loa	Lei Orçamentária Anual
Lrf	Lei de Responsabilidade Fiscal
Mf	Ministério da Fazenda
Mpas	Ministério de Previdência e Assistência Social
Ms	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde
Nob	Norma Operacional Básica
Oss	Orçamento da Seguridade Social
Pab	Piso da Atenção Básica
Pacs	Programa de Agente Comunitário de Saúde
Pec	Proposta de Emenda Constitucional
Pib	Produto Interno Bruto
Poi	Programação e Orçamentação Integradas
Ppi	Programação Pactuada e Integrada
Psf	Programa de Saúde da Família
Sas	Secretaria de Assistência à Saúde
Se	Secretaria Executiva
Ses	Secretaria Estadual de Saúde
Sia-sus	Sistema de Informação Ambulatorial do SUS
Sih-sus	Sistema de Internação Hospitalar do SUS
Sim	Sistema de Informação da Mortalidade
Sinam	Sistema de Informação de Alimentação e Nutrição
Sinasc	Sistema de Informação de Nascidos Vivos
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde
Sms	Secretaria Municipal de Saúde
Sna	Sistema Nacional de Auditoria
Sps	Secretaria de Políticas de Saúde

Suds	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
Sus	Sistema Único de Saúde
Tcu	Tribunal de Contas da União

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS 05

LISTA DE TABELAS 06

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 07

PREFÁCIO ..... .13

APRESENTAÇÃO 14

1 Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto
Elizabeth Barros 17

2 O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de funcionamento das ações de saúde
Áquilas Nogueira Mendes, Rosa Maria Marques 71

PREFÁCIO

A Organização Pan-Americana da Saúde tem como uma de suas atribuições o apoio à difusão de conhecimento relevante para o fortalecimento das políticas em Saúde Pública. No cumprimento desta atribuição, temos o prazer de disponibilizar a presente publicação, que trata do financiamento do sistema e dos mecanismos de alocação dos recursos federais.

Primeiro, pela relevância e oportunidade do tema. Este texto recupera os pontos fundamentais da evolução do financiamento do sistema de saúde de forma breve e clara, constituindo-se numa excelente fonte sobre os aspectos mais importantes do SUS. Diante da extensa produção normativa do Ministério da Saúde a respeito deste tema, o fato de encontrarmos uma síntese dos principais aspectos é por si relevante.

Segundo, porque faz uma análise crítica da evolução desse sistema, principalmente, no seu período mais recente utilizando-se de informações atuais e de argumentos procedentes. A estrutura de financiamento é de importância central, não apenas pelas necessidades operacionais do SUS, mas como indicador das prioridades do Sistema.

Muitos recursos do SUS são destinados aos estados e municípios na forma de incentivos financeiros, porém os efeitos destes não têm sido suficientemente avaliados. O presente estudo é um passo importante neste sentido e traz uma contribuição valiosa ao esclarecimento dos efeitos e impactos de tais incentivos sobre a gestão local. Os resultados da pesquisa sobre incentivos levam a considerações essenciais, como a clara necessidade de se avaliar o alinhamento do financiamento com as prioridades federais, estaduais, e municipais, e como essas prioridades nas três esferas do governo podem ser melhor harmonizadas. Sem dúvida, estas questões deverão merecer novas análises no futuro, em seguimento à contribuição importante ora apresentada.

Por fim, agradecemos aos autores e revisores desta publicação por seu empenho e capacidade de sintetizar e garantir as informações necessárias para o cumprimento do objetivo proposto: apoiar e estimular a reflexão crítica sobre o sistema de saúde brasileiro, tendo como orientador o cumprimento dos princípios de eqüidade, integralidade e universalidade.

Dr. Jacobo Finkelman
Representante da Organização Pan-Americana no Brasil

APRESENTAÇÃO

A reforma do sistema de saúde no Brasil, cujo marco legal incluía a reorganização institucional, a redefinição da forma de financiamento e a reorientação do modelo de atenção, resultou em importantes mudanças, nos quase quinze anos após o início da vigência do texto constitucional de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde — SUS.

Os trabalhos ora publicados foram elaborados em 2002, no âmbito das atividades do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde, e abrangem a evolução do marco legal, o comportamento do gasto com saúde no Brasil, no período 1995-2002, e o papel e as conseqüências dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde.

O primeiro trabalho descreve a evolução do financiamento do sistema de saúde brasileiro no período pós-Constituição 1988, apresentando informações sobre fontes de financiamento, mecanismos de alocação e partilha de recursos, comportamento do gasto, bem como utilização do processo alocativo como mecanismo indutor na implementação da política de saúde. Coloca ênfase nas mudanças verificadas, ao longo da década dos noventa, nos mecanismos de alocação de recursos e em sua utilização como definidores da direção da política de saúde. Esses mecanismos têm se constituído em variáveis relevantes na determinação dos rumos da política e têm sido usados ora como instrumentos de descentralização do processo decisório, ora como forma de determinação centralizada de ações e serviços. O estudo foi elaborado a partir da análise dos documentos legais, em particular das portarias regulamentadoras do processo de descentralização, e de dados sobre a alocação de recursos federais, considerando os mecanismos e estratégias adotados para a mesma. Analisa também o impacto da EC 29 sobre o financiamento federal, apontando, como efeito da alternativa adotada pelos legisladores, a redução gradual do percentual da arrecadação federal destinado ao gasto com saúde.

O segundo texto sumariza os resultados de estudo conduzido pelos pesquisadores Áquilas Nogueira Mendes, professor da Faculdade de Economia da FAAP/SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal — Cepam/SP, e Rosa Maria Marques, professora titular do Departamento de Economia da PUC/SP, também no âmbito das atividades do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde. Foram realizados estudos de casos em seis municípios com o intuito de verificar a reação da gestão municipal, sob diferentes formas de adesão ao SUS, aos incentivos do PAB–variável e às transferências federais destinadas, entre outras, às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. A investigação buscou identificar, nos municípios estudados, os efeitos do PAB-variável na indução da política de saúde local, e a congruência entre os programas desenvolvidos

e as prioridades identificadas em seu planejamento. O estudo procura, ainda, verificar se há diferenças de impacto sobre a gestão, quando o município é de gestão Plena da Atenção Básica ou Plena do Sistema Municipal, e as conseqüências das transferências para as ações denominadas "ações estratégicas" e para as realizadas sob a forma de campanhas, tais como as de combate ao câncer de colo uterino, cirurgia de catarata, entre outras.

As ponderações dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde quanto à operacionalização das atuais formas de transferências, relatadas no texto, constituem aspectos importantes a serem considerados para a futura agenda de revisão da sistemática de repasses aos municípios. Para os mesmos, a execução financeira dos recursos da atenção básica e da média complexidade que estão vinculados a programas e ações prejudica o atendimento às necessidades de saúde das populações locais, uma vez que não podem ser remanejados. Apontam também as dificuldades decorrentes da proliferação de contas bancárias individuais, vinculadas a cada forma de incentivo, o que aumenta o volume de trabalho contábil e é incompatível com o número disponível de técnicos na área financeira, bem com o conhecimento técnico específico necessário à melhor gestão dos recursos. Embora correspondam a realidades observadas em um número restrito de municípios, os resultados apontam para a necessidade de uma maior preocupação com os atuais instrumentos de transferência de recursos do Ministério da Saúde aos municípios, indicando a necessidade de uma ampla reforma para a reversão das atuais sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, de maneira a garantir o avanço do processo de municipalização do SUS e possibilitar uma política de saúde universal definida localmente.

Ao trazer a público os resultados destes trabalhos, o que se espera é que possam colaborar para que o desenho de estratégias cada vez mais se aproxime do objetivo de reorganizar o sistema de saúde de modo a que seja capaz de responder de forma efetiva às necessidades das pessoas que o utilizam, assegurando que o SUS se converta em espaço relevante para o exercício do direito à saúde.

Elizabeth Barros

Socióloga, consultora em Políticas Sociais

FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL: MARCO LEGAL E COMPORTAMENTO DO GASTO

Autora: *Elizabeth Barros**

1. INTRODUÇÃO

O financiamento de sistemas de saúde tem constituído preocupação de gestores e analistas de políticas públicas, ao longo das duas últimas décadas, em todas as sociedades. O crescimento do gasto com saúde, associado a fatores de diferentes ordens, produziu, inicialmente, reações que se restringiram ao estabelecimento de controles e de restrições ao acesso. Mas um fator central — o modelo de atenção à saúde — só recentemente, na década dos noventa, começou a ser tratado com maior cuidado. Nesse mesmo período, começam a ser implementadas no Brasil medidas visando a reforma do sistema de saúde, cujo marco legal incluía a reorganização institucional, a redefinição da forma de financiamento e a reorientação do modelo de atenção. Nos quase quinze anos após o início da vigência do texto constitucional de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde — SUS, diversas iniciativas introduziram importantes mudanças no sistema de saúde com vistas a implementar as diretrizes de constituição de um sistema público universal, descentralizado e capaz de ofertar atenção integral à saúde. A maior parte das medidas foi deflagrada pelo Ministério da Saúde, responsável pela coordenação nacional de um sistema que congrega as três esferas de governo. Processos decisórios compartilhados, através de Comissões Intergestores Tripartite (na esfera federal) e Bipartites (na esfera estadual) não foram suficientes para romper a hegemonia da esfera federal na determinação dos rumos e das estratégias. Essa hegemonia se sustenta em uma cultura política ainda muito marcada pelo centralismo e no fato de que expressiva parcela dos recursos destinados ao financiamento do sistema são originários do Orçamento da Seguridade Social, que integra o Orçamento da União. Os mecanismos de alocação de recursos têm se constituído em variáveis relevantes na determinação dos rumos da política e têm sido usados ora como instrumentos de descentralização do processo decisório, ora como formas de determinação centralizada ações e serviços. Neste texto, procuramos analisar o compor-

* Socióloga, especialista em avaliação de políticas sociais

tamento do gasto federal com saúde com ênfase nas mudanças verificadas, ao longo da década dos noventa, nos mecanismos de alocação de recursos e em sua utilização como definidores da direção da política de saúde.

2. ANTECEDENTES

Desde sua constituição, do início do século vinte até a década dos oitenta, o sistema de saúde brasileiro foi caracterizado por um padrão institucional dual, que distinguia e separava "saúde pública" e "medicina previdenciária", marcada pelo exclusão e pela reprodução das desigualdades sociais. O Ministério da Saúde, ao qual estavam vinculadas as instituições incumbidas do controle de endemias, das ações de vigilância sanitária e do controle de doenças transmissíveis foi, a partir da década dos cinqüenta, responsável pela ações de saúde pública. Nesse período, observou-se um processo de interiorização das campanhas sanitárias, que eram inicialmente realizadas em grandes centros urbanos, em áreas ligadas aos interesses da economia agro-exportadora, acompanhando os fluxos migratórios do trabalho assalariado.

A assistência médico-hospitalar era disponibilizada, no âmbito do setor público, apenas aos segurados do sistema de Previdência Social, integrados ao mercado formal de trabalho, e em alguns raros estabelecimentos pertencentes a estados e municípios. A pequena parcela da população que dispunha de recursos financeiros recorria o setor privado lucrativo, e a grande maioria das pessoas dependia da assistência gratuita disponibilizada por entidades filantrópicas, detentoras, até a década dos sessenta, de mais da metade dos leitos hospitalares existentes no país, e que gozavam de imunidade tributária para o cumprimento dessa função.

Após o golpe militar e a mudança do regime político, a partir de meados da década dos sessenta, ocorreu a consolidação de processo de capitalização da medicina, com extraordinária expansão da rede privada lucrativa e redução da participação relativa dos leitos filantrópicos e públicos. A política estatal, nesse período, combinou forte ênfase no financiamento público, subsidiado, com o investimento privado e contratação em larga escala de serviços privados, por parte do Estado — por meio do sistema previdenciário — para a provisão de assistência médico-hospitalar aos empregados do mercado formal de trabalho e contribuintes autônomos, resultando na reconfiguração da rede hospitalar no país. Os leitos privados lucrativos que, até à década dos sessenta, representavam menos de 10% do total de leitos disponíveis no país, já eram, em 1975, 31% do total.

Tabela 1
Composição da rede hospitalar, por natureza do prestador Brasil, 1945-1975

Propriedade dos Leitos hospitalares	1945 %	1960 %	1971 %	1975 %
Públicos	45	38	34	32
Privados Lucrativos	8	9	29	31
Privados não-lucrativos	47	53	37	37
Total	100	100	100	100

Fonte: Braga, J. Carlos de Souza & Paula, S. Góes. Saúde e Previdência – Estudos de Política Social. São Paulo: CEBES / Ed. HUCITEC, 1981. Leitos de estabelecimentos pertencentes a irmandades religiosas, beneficentes e sindicais, além da Cruz Vermelha e outras fundações, são classificados como Privados não lucrativos.

A legislação que regulamentou o Sistema Nacional de Saúde[1], em 1975, consagrou essa divisão entre "ações de alcance coletivo", de saúde pública, com caráter sanitário e preventivo, sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), e " ações individuais", de natureza curativa, a cargo do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), preservando a fragmentação institucional e o caráter excludente da oferta de assistência médica e hospitalar.

No entanto, algumas iniciativas, ao longo da década dos setenta, propiciaram a ampliação do acesso a serviços de saúde: o Plano de Pronta Ação — PPA, que universalizou o acesso a serviços de urgência e emergência, e o FUNRURAL, que estendeu à população rural a assistência médica previdenciária, são exemplos. Para as áreas mais pobres do país, cuja dinâmica econômica não permitia a expansão do mercado formal de trabalho e não atraía os investidores privados, o governo implementou, na década dos setenta, o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento — PIASS, destinado a ofertar a "atenção primária à saúde".

Na década dos oitenta, num contexto de forte endividamento do país, recessão econômica e crise do padrão de financiamento estatal, o aparato institucional das políticas sociais, em particular do sistema previdenciário, enfrentou aguda crise que levou a medidas de racionalização da assistência médica. Diante do quadro, que também incluía baixos índices de qualidade do atendimento, da produtividade e da resolutividade, bem como freqüentes fraudes dos provedores privados, a agenda da política previdenciária incorporou o relacionamento diferenciado e prioritário com a rede pública e os hospitais filantrópicos.

1 Lei 6.229/75.

A Comissão Nacional de Assistência à Saúde da Previdência Social, vinculada ao Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, promoveu a elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social — Plano Conasp[2], que propunha a expansão da cobertura à população, universalizando o acesso a ações básicas de saúde, a descentralização e regionalização do sistema de saúde, através da co-participação do Ministério da Saúde, das Secretarias Estaduais de Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social no financiamento e gestão do sistema. A proposta conferia forte ênfase à recuperação operacional do setor público, ao aumento da eficiência e da qualidade, à racionalização do sistema como estratégia para a redução de custos e à criação de instrumentos de gerenciamento para maior previsibilidade orçamentária (CORDEIRO, 1991 apud CARVALHO, 2002).

Embora nem todas as suas propostas tenham sido implementadas, o Plano Conasp teve como principal conseqüência a mudança na estratégia de pagamento dos serviços hospitalares prestados ao sistema público de saúde, que deixou de ser baseada em Unidades de Serviço — US e passou a ser feita por grupos de procedimentos, mediante instrumento denominado Autorização de Internação Hospitalar — AIH, que permitia melhor controle sobre o gasto, efetivado através de sistema de auditoria médica e contábil.

A partir de 1983 começa a ser implementado o programa de Ações Integradas de Saúde — AIS, pelo qual, mediante convênio, estados e municípios recebiam recursos destinados à provisão de atenção médica ambulatorial às suas populações através de suas redes próprias de serviços de saúde. Os montantes eram definidos combinando-se parâmetros de cobertura populacional e capacidade de oferta de serviços.

Esse programa, implementado no período 1983-1986, constituiu a primeira experiência de articulação entre o sistema previdenciário de assistência à saúde, o MS e instâncias subnacionais na provisão de serviços de saúde de caráter universal à população.

Na segunda metade da década dos oitenta, outra ação governamental fortalece o esforço de mudança do sistema de saúde. Primeira iniciativa visando a reorientação da política e reorganização do sistema de saúde, na esteira da forte pressão social decorrente do fortalecimento do Movimento da Reforma Sanitária, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde — SUDS[3] começou a ser implementado em 1987, simultaneamente à realização da Assembléia Nacional Constituinte, que elaborou a Constituição Federal de 1988 e criou o Sistema Único de Saúde — SUS. Sua principal característica foi a desconcentração de poder sobre a execução das ações e serviços de saúde. Com base em instru-

2 Portaria 3.062, de agosto de 1982.

3 Decreto 94.657, de 20/07/1987.

mento de programação (Programação e Orçamentação Integradas — POI) eram firmados convênios[4] entre o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social — Inamps e as secretarias de saúde. Através desses instrumentos, eram estabelecidas as condições de transferência aos estados da rede de unidades ambulatoriais pertencentes ao Inamps e de recursos financeiros provenientes do sistema previdenciário, da Contribuição para o Financiamento Social — Finsocial e do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social — FAS, este último destinado a financiar investimentos. Esses convênios previam também contrapartidas dos estados, com a alocação de recursos originários de suas receitas próprias, o que nem sempre se concretizou. Já nesse período, o acréscimo de recursos para a expansão de cobertura proporcionada pelo sistema teve origem em receitas federais e municipais, permanecendo a esfera estadual com papel residual no financiamento.

3. CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988: PRINCIPAIS MUDANÇAS

A Constituição Federal de 1988 promoveu a reorganização do padrão de financiamento do Estado, redefiniu regras do pacto federativo brasileiro no que tange a responsabilidades das esferas de governo na provisão de serviços e bens públicos e estabeleceu a redistribuição da receita pública entre os entes federados. Houve uma forte redução da centralização tributária: a participação da União no "bolo" tributário foi reduzida pela redistribuição da competência de arrecadação e pela ampliação da participação das instâncias subnacionais em receitas arrecadadas pela União. A maior beneficiária desse processo foi a esfera municipal, cuja receita disponível passou de 10,8% do total da receita pública, em 1988, para 16,9%, em 2000.

Tabela 2

Brasil Evolução da Receita Tributária por nível de governo - 1960 - 2000

	Central	Estadual	Municipal	Total	Central	Estadual	Municipal	Total
Arrecadação Direta								
1960	11,1	5,5	0,8	17,4	64	31,3	4,8	100
1980	18,5	5,4	0,7	24,6	75,1	22	2,9	100
1988	15,8	6,0	0,7	22,4	70,5	26,5	2,9	100
2000	22,6	9,1	1,7	33,4	67,7	27,2	5,1	100
Receita Disponível								
1960	10,4	5,9	1,1	17,4	59,4	34	6,6	100
1980	17	5,5	2,1	24,6	69,2	22,2	8,6	100
1988	14	6	2,4	22,4	62,3	26,9	10,8	100
2000*	19,1	8,6	5,6	33,4	57,3	25,9	16,9	100

Fonte: BNDES - Secretaria de Assuntos Fiscais - Informe-se nº 28 - junho 2001
* Estimativa Preliminar

4 Decreto 95.861, de março de 1988.

A criação das contribuições sociais destinadas ao Sistema de Seguridade Social, contudo, ampliou a presença das receitas não partilhadas no Orçamento da União. As contribuições sociais passaram a ter importante papel na estratégia de ajuste econômico, ao longo da década dos 90, por não estarem sujeitas ao princípio da anualidade, podendo ser exigidas noventa dias após a publicação da lei que as cria ou modifica, e por não serem submetidas à obrigatoriedade de partilha com as esferas subnacionais. A arrecadação direta do governo federal correspondia, em 1988, a 15,8% do PIB e passou a representar, em 2000, 22,6% do PIB. As contribuições sociais do Orçamento da Seguridade Social correspondiam, em 1990, a 40% da arrecadação total, e em 1995 já superavam 56%.

a) A instituição do Sistema de Seguridade Social

O processo de redemocratização do país, com a ampliação da organização popular e a emergência de novos atores sociais, produziu a ampliação das demandas sobre o Estado e resultou, no processo constituinte, na criação do Sistema de Seguridade Social que, baseado em princípios de solidariedade social, deveria assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social[5], mediante "*um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade*". Entre seus princípios, a universalidade da cobertura e do atendimento, a eqüidade na forma de participação no custeio, a descentralização, a participação (democratização) e a diversidade das bases de financiamento.

Para viabilizar a efetivação do Sistema de Seguridade Social, a CF88 criou contribuições sociais, com diversidade das bases de incidência, visando conferir ao financiamento menor vulnerabilidade aos ciclos econômicos. Determinou a responsabilidade das três esferas de governo no financiamento das ações e serviços e estabeleceu também a criação do Orçamento da Seguridade Social, que integra a Lei Orçamentária Anual da União.

" A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais: I - do empregado, da empresa e da entidade a ela equiparada na forma da lei, incidentes sobre a) a folha de salários e demais rendimentos do trabalho pagos ou creditados a qualquer título, à pessoa física que lhe preste serviço, mesmo sem vínculo empregatício; b) a receita ou o faturamento e c) o lucro; II - do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, não incidindo contribuição sobre aposentadoria e pensão concedidas pelo regime geral de previdência social de que trata o art. 201; III- sobre a receita de concursos de prognósticos" art. 195, com alterações pela (BRASIL, 1998).

5 Brasil, 1998, art. 194.

O orçamento da seguridade social[6] abrange todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta e indireta, bem como fundos e fundações instituídos pelo poder público, devendo sua proposta ser elaborada "*de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos*"[7]. O processo orçamentário do governo federal, contudo, não chegou a sofrer as transformações necessárias para viabilizar a autonomia prevista pelo texto constitucional ao OSS.

b) O Sistema Único de Saúde

Nesse processo de transformação do leque de direitos sociais e dos princípios estruturantes das políticas sociais, a principal mudança foi o reconhecimento da saúde como direito social universal e do dever do Estado de garantir esse direito[8]. O Movimento da Reforma Sanitária, que reuniu atores diversificados em uma batalha política pelo reconhecimento da saúde como direito social, pela universalização do acesso aos serviços de saúde e pela integralidade da atenção à saúde, foi o principal articulador dessa conquista, dentro da luta mais ampla pela construção da cidadania que marcou o período final do regime militar.

> "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e assegurem o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde" art. 196 (BRASIL, 1988).

Para assegurar as condições de exercício desse direito, a Constituição de 1988 criou o Sistema Único de Saúde — SUS, sistema público descentralizado, integrado pelas três esferas de governo e regulamentado dois anos depois pela Lei Orgânica da Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90), e atribuiu caráter de relevância pública às ações e serviços de saúde, assegurando ao Estado o poder de regulação sobre os mesmos.

6 BRASIL, 1988, Art. 165 - § 5º.
7 BRASIL, 1988, art.195 - § 2º.
8 CF 88, art. 196.

"São de **relevância pública** as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado." art. 197 (Brasil, 1988).

A universalização do direito de acesso às ações e serviços de saúde era dispositivo auto-aplicável, o que resultou na imediata ampliação da demanda a ser atendida pelo sistema preexistente, dimensionado para oferecer assistência apenas à parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal, num contexto econômico desfavorável, que incluía a restrição do gasto público. Sem investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta e com a compressão dos valores de remuneração aos prestadores públicos e privados, houve uma progressiva degradação da qualidade dos serviços oferecidos pelo sistema público.

No início da década dos noventa, a expansão dos gastos com benefícios da previdência social provocou restrições orçamentárias à área da saúde, no âmbito do Orçamento da Seguridade Social, produzindo aguda crise de financiamento, que agravou ainda mais as condições da oferta de ações e serviços de saúde à população e comprometeu fortemente o processo de descentralização.

Ao longo da primeira metade da década dos noventa, o sistema público enfrentou forte oscilação na evolução dos montantes e permanente irregularidade dos fluxos financeiros disponibilizados pela esfera federal, com a execução orçamentária condicionada a interesses do ajuste econômico, uma vez que o texto constitucional não especificava as parcelas da arrecadação das contribuições sociais destinadas a cada área da seguridade social, deixando para a lei de diretrizes orçamentárias essa atribuição. Nesse contexto, as esferas de governo subnacionais, particularmente os municípios, foram obrigadas a assumir, gradualmente, papel de maior relevância no financiamento do sistema.

c) O Sistema Privado de Assistência à Saúde

O texto constitucional assegurou à iniciativa privada liberdade para prover serviços de saúde à população e estabeleceu a possibilidade de participação, em caráter complementar, na provisão de serviços assegurada pelo sistema público.

"A assistência à saúde é livre à iniciativa privada. § 1º As instituições privadas poderão participar **de forma complementar** do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos". art. 199 (BRASIL, 1988).

A profunda crise de financiamento experimentada pelo SUS na fase inicial de sua implementação, que precarizou as condições de oferta de serviços públicos, facilitou a expansão do sistema privado de planos e seguros de saúde, alimentado pela migração dos trabalhadores do mercado formal de trabalho, subvencionados pelos empregadores.

Esse segmento de mercado cresceu e experimentou grande diversificação nas modalidades empresariais: o número de operadoras de planos e seguros de saúde quase triplicou entre 1987 e 1998. No mesmo período, contudo, o número de clientes dos planos e seguros cresceu cerca de 70%, indicando um forte movimento de disputa pela clientela, que se expressou em segmentação do mercado, com grande variação na extensão e na qualidade da atenção ofertada (BAHIA, 2001).

A expansão dessas empresas ocorreu sem que estivessem submetidas a regulação pública. Apenas em 1998 foi aprovada legislação regulatória[9], que estabeleceu regras para os contratos e coberturas, e em 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS[10], responsável pelo controle dessa área.

Tabela 3
Brasil: Crescimento do Sistema Privado Supletivo 1977 - 1998

Modalidade empresarial	1977(1)	1987(2)	1994/95(3)	1997/98 (4)	Variação 98/87
Medicina de Grupo	200	300	555	730	2,43
Cooperativas Médicas	60	128	332	326	2,55
Planos Próprios das Empresas (autogestão)	Sem informação				
Seguradoras	1	5	20	40	8
Total	...	483	1057	1396	2,89

Fontes: (1) 1º Congresso de Medicina de Grupo, 1978; (2) ABRAMGE, 1989, Unimed do Brasil (1998), ABRASPE e SUSEP; (3)Arthur Andersen (1996) e (4) ABRAMGE (1999), Unimed d Brasil(1999); Ciefas (1998) e Susep(1999) *apud* Ligia Bahia (2001)

9 Lei 9.656, de agosto de 1998.

10 Lei No 9.961, de 28 de Janeiro de 2000.

Informações das empresas indicavam a existência de 41,5 milhões de segurados dos sistemas privados em 1998[11]. Informações baseadas em inquérito domiciliar[12], nesse mesmo ano, registraram 24,5% da população (38,7 milhões de pessoas) coberta por plano ou seguro de saúde, aí incluídos os cobertos por planos de assistência a servidores públicos (9,7 milhões). A cobertura do sistema supletivo privado alcançava 29 milhões de pessoas. Essa cobertura atendia principalmente os estratos de maior renda: na faixa de renda familiar mensal superior a 20 salários mínimos, o percentual de população coberta alcançava 76%. No estrato com renda familiar até cinco salários mínimos, que corresponde a 57% da população total, essa cobertura era inferior a 10%, indicando a importância do sistema público na garantia do acesso aos serviços de saúde à população de menor renda. Apenas 39% dos titulares de planos privados de saúde mantinham vínculo direto com as empresas ou seguradoras de saúde. Os demais tinham o acesso assegurado pelos empregadores. Em grande parte, essa cobertura decorre de vantagens de natureza contábil e de subsídio fiscal que as empresas têm, pois podem lançar essa despesa como gasto operacional e podem, assim, abater do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica. As informações disponíveis estimam que os gastos das empresas com planos e seguros saúde correspondem a proporções que variam entre 3,5% e 6% da folha salarial[13]. Também as pessoas físicas podem deduzir integralmente o gasto com planos e seguros de saúde em seu imposto de renda.

Outro item importante do gasto das famílias está direcionado à compra de medicamentos, refletindo a fragilidade da assistência farmacêutica do sistema público.

4. GASTO NACIONAL COM SAÚDE

As estimativas mais recentes disponíveis sobre o gasto total com saúde no Brasil referem-se ao ano de 1998 e foram realizadas pelo IPEA com base em diferentes fontes de informação. Para o gasto público utilizou-se informação originária do Sistema de Informações sobre Orçamento Público em Saúde — Siops. O gasto das famílias foi estimado com base em informações da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — PNAD, do IBGE, e para o gasto com planos e seguros de saúde recorreu-se aos dados de faturamento das empresas do setor. Essas estimativas indicam que o gasto total foi, nesse ano, de

11 BAHIA (2001).

12 IBGE, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios — PNAD 1998.

13 Towers Perrin, (1989/1998) apud Bahia, 2001.

R$72 bilhões. O gasto privado representava quase dois terços desse total, correspondendo a 4,6% do PIB e com forte participação do gasto das famílias (*out of pocket*), responsável por 60% do gasto privado. A participação do gasto público era de 41,2% , correspondente a 3,3% do PIB e resultando em um gasto público *per capita* de R$183,00.

Estudo com base nas informações da Pesquisa de Orçamentos Familiares — POF, realizado por Silveira et al (IPEA, 2001) identificou os montantes e as alterações ocorridas na participação dos gastos com assistência à saúde no orçamento global das famílias residentes em áreas metropolitanas, entre 1987 e 1996, para todos os estratos de renda. A análise revelou o crescimento dos valores gastos e o maior peso dos mesmos no orçamento familiar, que passaram a ser, em 1996, o quarto principal item de despesa na média das classes de renda familiar, superados apenas pelos gastos com alimentação, habitação e transporte. Para famílias com renda de até 2 salários mínimos, os gastos em saúde subiram da quinta para a terceira posição entre os itens de despesa familiar, no período.

Tabela 4
Brasil: Percentual da despesa média mensal familiar com Assitência à Saúde no Desembolso Global das famílias. Total das áreas, POF - 1987/88 e 1995/96

Classes de recebimento mensal familiar (s. m.)	1987	1996	Variação Percentual
Média	5,31	6,50	22,41
Até 2	6,30	9,59	52,22
Mais de 2 a 3	5,45	7,29	33,76
Mais de 3 a 5	5,21	6,65	27,64
Mais de 5 a 6	4,61	6,54	41,87
Mais de 6 a 8	5,07	6,57	29,59
Mais de 8 a 10	5,67	7,04	24,16
Mais de 10 a 15	5,36	6,84	27,61
Mais de 15 a 20	5,80	7,55	30,17
Mais de 30	5,04	5,80	15,08

Fonte: IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares *apud* Silveira et al (2001)

Houve um importante crescimento na participação dos gastos com seguro e planos de saúde e, em contrapartida, uma queda nos dispêndios com exames, hospitalização, profissionais de saúde e produtos oftalmológicos. Foi observada, também, uma relativa estabilidade na parcela dos gastos com medicamentos, que permaneceram como o item mais relevante de despesa com saúde, refletindo a debilidade da assistência farmacêutica ofertada pelo sistema público de atenção ambulatorial.

Esse comportamento parece expressar a mudança ocorrida, no período, na configuração do sistema de saúde no país, com a expansão do sistema privado supletivo nas áreas de maior dinamismo econômico.

Tabela 5
Brasil: Composição Percentual do Gasto Médio Mensal com Assistência à Saúde das famílias
Total das áreas metropolitanas, POF - 1987/88 e 1995/96

Tipo de Gasto	% 1988	% 1996
Tratamento e produtos dentários	20,09	16,74
Exames	4,23	1,75
Hospitalização	3,63	2,41
Material Médico	0,55	0,53
Tratamento e produtos oftalmológicos	5,45	2,74
Outros produtos farmacêuticos	-	0,10
Outros	3,33	8,37
Produtos de Puericultura	-	0,13
Profissionais de Saúde	17,00	7,98
Remédios	33,79	30,22
Seguro Saúde	11,92	29,02
Total	100	100

Fonte: IBGE - Pesquisa de Orçamentos Familiares *apud* Silveira et al.(2001

5. GASTO PÚBLICO COM SAÚDE NA DÉCADA DOS NOVENTA

As estimativas disponíveis indicam que o gasto público social (consideradas as três esferas de governo) manteve-se em torno de 19% do PIB no período 1990/1991 e atingiu 19,8% em 1996/97, um incremento de apenas 0,8% entre os dois períodos.

O gasto social federal, no período 1993 a 2001, passou de R$113.038 milhões para R$172.549 milhões. Representava, entre 1993 e 1998, cerca de 12% do PIB. A partir de 1998, essa participação apresenta crescimento, alcançando, em 2001, 14% do PIB. A maior parcela desse gasto se destinou à previdência social, cuja participação, no período, oscilou entre 42% e 47% do gasto social federal e significou mais de 65% do Orçamento da Seguridade Social. Em valores *per capita*, o gasto social passou de R$732,00 em 1993 para R$1.033,00 em 1998, caindo em 2001 para R$1.002,00. O gasto com saúde repre-

sentava, em 1993, 15,7% do total do gasto social federal e sua participação caiu, em 2001, para 13,8%.

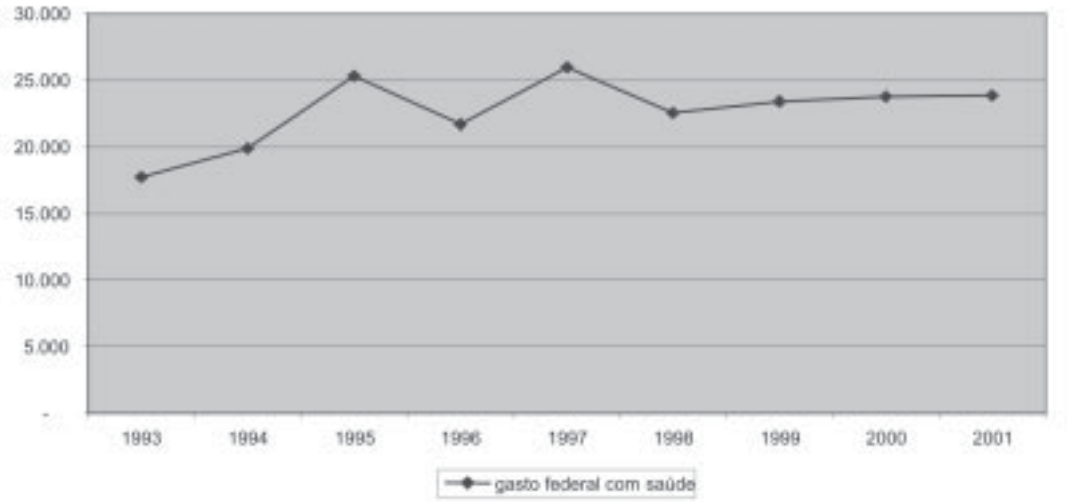
Tabela 6
Brasil: Composição do Gasto Social Federal (%) - 1993 - 2001

Área de atuação	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Saúde	15,69	16,20	17,54	14,66	15,66	13,19	13,92	13,88	13,82
Alimentação e Nutrição	0,60	0,93	0,56	0,95	0,75	0,91	0,89	0,85	0,77
Previdência Social	46,90	42,39	44,00	45,81	44,33	47,01	46,88	45,81	44,74
Assistência Social	3,29	1,33	1,29	1,31	1,95	2,03	2,73	2,97	3,39
Benefícios a Servidores*	17,72	21,66	21,36	21,35	20,17	20,04	20,63	19,18	19,82
Subtotal	84,20	82,51	84,74	84,07	82,86	83,19	85,06	82,69	82,55
Demais áreas de política social**	15,80	17,49	15,26	15,93	17,14	16,81	14,94	17,31	17,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
GASTO SOCIAL - Valor Total** *	113.038	122.873	144.461	148.075	165.918	171.238	168.101	171.178	172.549

Fonte: IPEA/DISOC
*- Inclui Encargos Previdenciários da União
* * Inclui gastos federais com Educação e Cultura, Saneamento e Meio Ambiente, Emprego e Defesa do Trabalhador, Treinamento de RH, Habitação e Urbanismo, Ciência e Tecnologia e Organização Agrária
*** Valor em R$ milhões

A crise do financiamento do sistema previdenciário, em 1993, repercutiu diretamente sobre a disponibilidade de recursos para a saúde. Nesse ano, o gasto federal com saúde foi de R$17,7 bilhões. Nos dois exercícios seguintes, apresenta recuperação, ultrapassando R$25 bilhões em 1995, mas passa a apresentar oscilações nos anos subseqüentes: R$21,7 bilhões em 1996, R$26,0 bilhões em 1997 (conseqüência de um significativo volume de Restos a Pagar do exercício anterior), R$22,6 bilhões em 1998. Nos três últimos anos do período, o orçamento ganhou certa estabilidade, em torno de R$23 bilhões.

Gráfico 1
Brasil: Evolução do Gasto Federal com Saúde



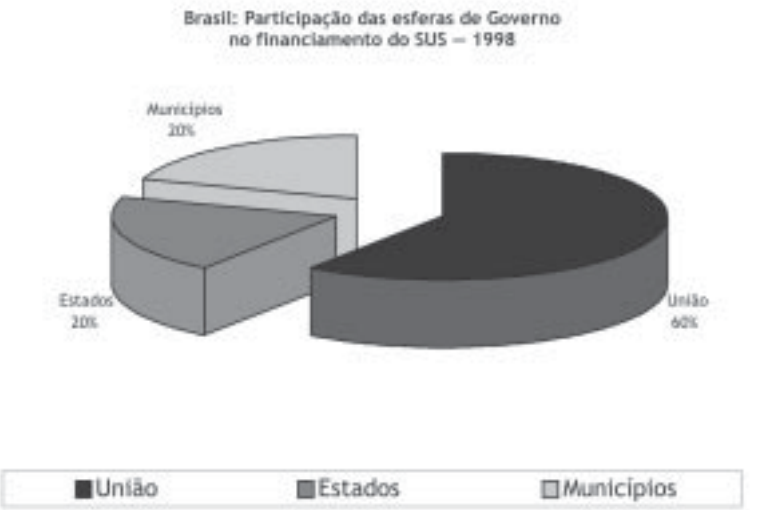
Fonte: IPEA/DISOC

A essas variações dos montantes disponibilizados pela esfera federal responderam as instâncias subnacionais, particularmente os municípios, com aporte adicional de recursos originários de suas receitas próprias. A participação relativa dos recursos federais se reduziu significativamente. Entre 1980 e 1990, a participação do governo federal no gasto público total com saúde fora, em média, de 75,9%, com flutuações ao longo do período (68,8%, em 1986, e 83,1%, em 1987).[14] Em 1998, o gasto federal já caíra para 60% do gasto público, distribuindo-se a parcela restante igualmente entre estados e municípios, que respondiam, em cada esfera, por 20% do gasto público. Em 2001, estimativas do Siops indicavam que o percentual do gasto federal correspondia a 56%.

A redução da participação federal só não foi mais intensa em decorrência da instituição, a partir de 1996, da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira — CPMF, cuja receita foi, então, vinculada ao financiamento do SUS e assegurou certa estabilidade aos fluxos financeiros para o sistema e, já no final da década, pela aprovação da Emenda

14 Barros, Piola e Vianna (1995).

Gráfico 2



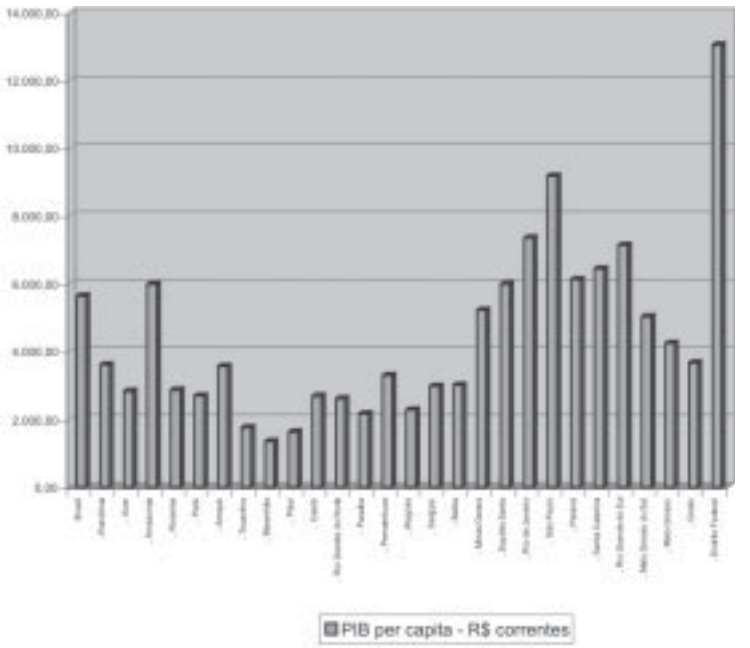
Fonte: IPEA/DISOC

Constitucional 29, que assegurou a manutenção de um piso de recursos para ações e serviços públicos de saúde.

A participação das esferas subnacionais, contudo, não permite a superação das desigualdades no financiamento, dadas as diferentes capacidades de arrecadação, associadas à desigual distribuição interregional da atividade econômica.

Enquanto o PIB *per capita* médio do país alcançava, em 1998, R$5.647, nos estados mais pobres, chegava a ser inferior a 1/4 desse valor. Os menores valores eram observados no Piauí (R$1.624) e Maranhão (R$1.348). Nas regiões mais ricas, o PIB *per capita* superava amplamente a média nacional, atingindo R$13.053 no Distrito Federal e R$9.183 em São Paulo.

Gráfico 3
Brasil: PIB *per capita* segundo UF 1998



Fonte: IBGE

Essas disparidades conferem aos recursos originários da esfera federal um importante papel redistributivo, face ao objetivo de alcançar a eqüidade no acesso às ações e serviços de saúde, e torna a adoção de mecanismos de partilha baseados em critérios epidemiológicos e de necessidades um imperativo para o sistema.

6. FONTES DE FINANCIAMENTO DO MS

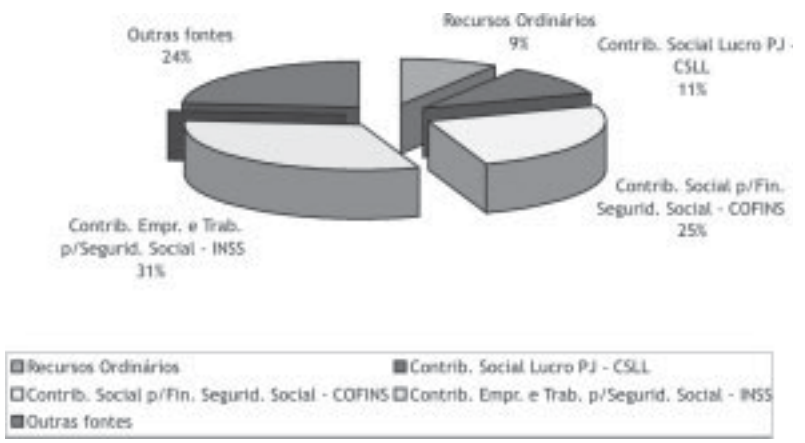
As fontes destinadas ao financiamento do sistema de saúde foram previstas no texto constitucional e envolviam recursos ordinários do tesouro, nas três esferas de governo, e contribuições sociais da seguridade social, arrecadadas pela esfera federal.

Não houve especificação de uma fonte exclusiva para o setor saúde nem foram definidos percentuais de vinculação que assegurassem a transferência proporcional à arrecadação das contribuições. O Ato das Disposições Transitórias da CF-88 estabeleceu um parâmetro ao definir que "*até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, serão destinados ao setor de* saúde"[15].

15 BRASIL, 1998, art.55, ADCT.

A formulação desse dispositivo continha expectativa de que a Lei de Diretrizes Orçamentárias — LDO estabelecesse anualmente as regras de partilha dos recursos entre as três áreas da Seguridade Social, definindo as proporções destinadas a cada área, o que foi feito até 1993. Mas a LDO também perdeu efetividade quando o acordo informal entre gestores das áreas econômica e previdenciária determinou a suspensão do repasse, para o Ministério da Saúde, de recursos da fonte incidente sobre folha de salários, arrecadada pelo Ministério da Previdência Social, como estratégia para enfrentamento do déficit previdenciário. Nesse ano, os recursos provenientes dessa fonte, previstos no orçamento aprovado, representavam mais de 31% do orçamento da saúde.

Gráfico 4
Orçamento MS — Fontes de Financiamento Brasil — 1993



Fonte: Piola, F& Biasoto, G (2001)

A grave crise desencadeada por essa decisão recolocou na agenda política setorial a demanda por vinculação de recursos para a saúde. A apresentação da proposta de Emenda Constitucional 169 – PEC 169[16], reabre o debate no Congresso Nacional e restabelece a articulação setorial em torno da proposição de destinação de um mínimo de 30% da arrecadação das Contribuições Sociais da Seguridade Social e 10% dos recursos fiscais da União, Estados e Municípios. Em 1995, diante de proposta de EC relativa à previdência social que especializava a contribuição incidente sobre salários para o pagamento de benefícios previdenciários, nova Proposta de Emenda Constitucional[17] foi apresentada,

16 PEC 169, apresentada pelos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires.
17 PEC 32-A, do deputado Carlos Mosconi.

visando que as receitas provenientes das contribuições incidentes sobre faturamento (Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social — COFINS) e sobre o lucro líquido das empresas (Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas — CSLL) fossem, de forma similar, especializadas para a área da saúde.

Na mesma época, diante das dificuldades para aprovação das propostas de Emenda Constitucional, que tramitavam lentamente, sob forte oposição da área econômica do governo, o então Ministro da Saúde estabeleceu negociações no Congresso com vistas à criação de uma nova contribuição, incidente sobre movimentação financeira, para, com caráter provisório, assegurar recursos para o sistema. Obteve, em 1996, a aprovação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF)[18], como solução transitória para suprir as necessidades do financiamento setorial. Até o ano de 1998, a CPMF destinava-se exclusivamente à saúde. Quando foi prorrogada, em 1999[19], houve aumento da alíquota de contribuição, que passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,18% para a previdência social e mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde.

No segundo mandato do presidente F. H. Cardoso, em outubro de 1999, após a longa tramitação das PECs que visavam a vinculação de recursos para ações de saúde, a Comissão Especial do Congresso aprovou Emenda Aglutinativa Substitutiva à Proposta de Emenda à Constituição Nº 82—A, de 1995 [20], que foi posteriormente, após aprovação em Plenário, transformada na Emenda Constitucional nº 29 — EC 29. Esse instrumento introduziu modificação em vários artigos do texto constitucional, com o objetivo de estabelecer regras para a provisão regular de recursos para ações e serviços públicos de saúde.

18 EC 12, de agosto de 1996.

19 EC 21, de março de 1999.

20 Do Sr. Carlos Mosconi, Eduardo Jorge e outros, resultado da Fusão da PEC 169/93 e 82-A/95 e emendas apresentadas na Comissão.

CF - Art. 198 – (...)

§ 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º."

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

A principal diferença da EC 29, em relação à PEC 169, diz respeito à solução adotada para a esfera federal: como resultado das negociações no Congresso, envolvendo também a área econômica do governo federal, a União foi excluída do dever de alocar percentual das receitas arrecadadas, cabendo-lhe assegurar a alocação dos recursos correspondentes ao valor empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto — PIB. As esferas subnacionais ficaram obrigadas a alocar 12% de suas receitas, no caso dos estados, e 15%, nos municípios, a partir de 2004.

Regra de transição foi estabelecida para o período entre 2000 e 2004, para viabilizar o gradual ajuste dos orçamentos, determinando acréscimo, em 2000, de 5% em relação ao gasto federal de 1999 e percentuais crescentes à razão de 20% ao ano, a partir de um patamar de 7% da receita vinculável, a ser destinado em 2000 por estados e municípios. Com o objetivo de permitir a flexibilização das normas, a EC 29 determinou que tais percentuais poderão ser revistos a cada cinco anos através de Lei Complementar, instrumento que exige maioria absoluta para sua aprovação no Congresso.

CF - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT):

Art. 76 - Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

a) no ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) no ano de 2001 ao ano de 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do produto interno bruto – PIB.

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, incisos I "a" e II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios;

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, incisos I "b" e § 3º.

§1º Os Estados, o Distrito Federal e Municípios que aplicarem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.

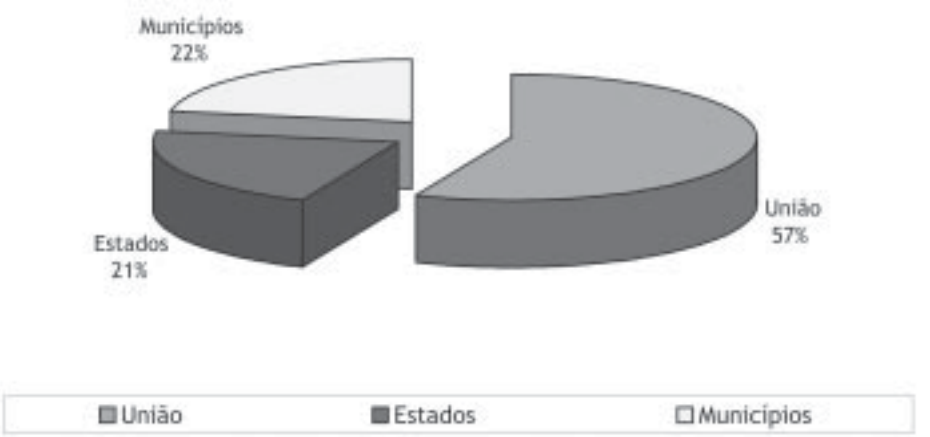
§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no Art. 74 da Constituição Federal.

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.

Os efeitos da mudança constitucional foram rapidamente perceptíveis. O acréscimo de recursos mais significativo foi registrado, de imediato, na esfera estadual, uma vez que o impacto no orçamento federal foi pequeno, dadas as condições macroeconômicas que determinaram pequenas taxas na variação do PIB e, no âmbito municipal, o percentual mínimo já havia sido superado por expressiva parcela de municípios. Estimativa realizada com base em informações do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde — Siops, apontam que, em 2001, o montante global de recursos públicos alocados às ações e serviços públicos de saúde pelas três esferas de governo superou R$40 bilhões, sendo R$22,5 bilhões provenientes da União, R$8,9 bilhões dos estados e R$8,5 bilhões originários de receitas municipais.

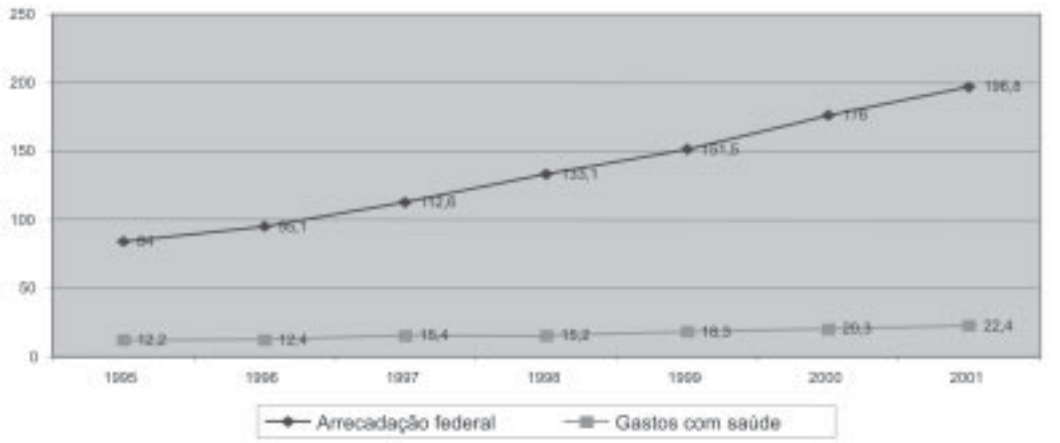
Gráfico 5
Brasil: Estimativa de gastas com saúde por esfera de governo 2001 — Siops



Fonte: MS/SIOPS

O critério adotado para a esfera federal, contudo, a despeito de ter protegido o orçamento do Ministério da Saúde das oscilações observadas na década anterior, resultou em processo de redução da participação relativa do mesmo no total das receitas federais.

Gráfico 6
Brasil: Evolução da Arrecadação Federal de Impostos e Contribuições e dos gastos com saúde — 1999-2001



Fonte: SIAFI, apud Guadagnin e Rezende (2002)

Enquanto a receita da União correspondia, em 2001, a 2,34 vezes o montante realizado em 1995, a variação do orçamento da saúde no mesmo período foi de apenas 80%. Em conseqüência, como percentual da arrecadação federal, a participação do orçamento do MS caiu de 14,5% para 11,4%.

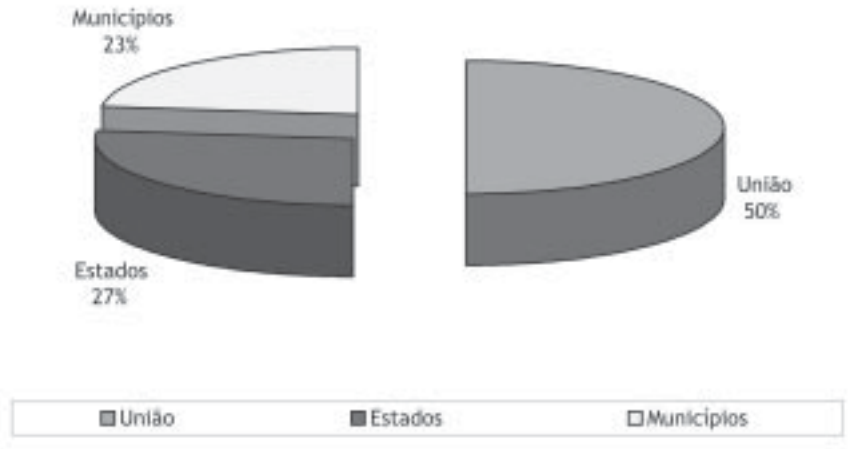
Gráfico 7
BrasiL Gasto com Saúde como % da arrecadação federal
1995 — 2001

Fonte: SIAFI, apud Guadagnin e Rezende

Essa tendência está refletida nas estimativas mais recentes de composição do gasto público realizadas pelo Siops, segundo as quais a expectativa é de que a participação das esferas de governo no financiamento do Sistema sofrerá importante alteração, decorrente de dois fatores simultâneos: a relativa estabilização dos montantes aportados pela esfera federal e o acréscimo de recursos provenientes dos estados, instância que, historicamente, menos contribuiu para o financiamento. Os dados indicam que, em 2004, o gasto público com saúde deverá estar muito próximo de R$50 bilhões, dos quais R$25,3 bilhões provenientes da esfera federal, R$13,3 bilhões dos estados e R$11,3 bilhões dos municípios.[21]

21 Boletim Siops, fevereiro 2002.

Gráfico 8
Brasil: Participação das esferas de governo no gasto com saúde
Reestimativa Siops para 2004



Fonte: Siops

Não obstante o comportamento dos montantes alocados ao setor, que deve significar importante acréscimo de receita para o SUS, persistiram problemas relacionados à interpretação do texto legal quanto à operacionalização e à fiscalização da aplicação da EC 29. Os mais importantes diziam respeito à especificação da base de cálculo e de quais as despesas que poderiam ser consideradas para efeito da verificação do cumprimento dos dispositivos de vinculação. Como a Lei Complementar prevista não foi ainda encaminhada à apreciação do Congresso, após amplo debate envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde, o Ministério Público e os Tribunais de Contas, foi estabelecido consenso que resultou na aprovação de Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional N° 29, de 2000[22], que deverá orientar gestores e instituições de controle. Por esse instrumento, ficam estabelecidas que serão consideradas somente as despesas "*que atendam, simultaneamente aos princípios do art. 7° da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:*

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada Ente Federativo;

22 Port. MS/GM 2047 de 5 de novembro de 2002 e seu ANEXO.

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde".

Para assegurar máxima clareza e minimizar riscos de interpretações diversas, a portaria especifica também despesas que não deverão ser computadas nos montantes vinculáveis, buscando, com isso, minimizar o risco de que despesas públicas relacionadas a outras políticas setoriais que tem impacto sobre as condições de vida venham a ser incluídas no orçamento da saúde por pressão das áreas econômicas dos governos, como forma de burlar a vinculação setorial. Essa prática vem sendo utilizada pelos gestores de várias UFs.

Art. 8° Em conformidade com os princípios e diretrizes mencionados no art. 6° destas Diretrizes Operacionais, **não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde**, para efeito de aplicação do disposto no art. 77 do ADCT, as relativas a:

I – pagamento de aposentadorias e pensões;

II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III - merenda escolar;

IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII do art. 7°, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos Entes Federativos e por entidades não-governamentais;

VII – ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços referidos no art. 7°, bem como aquelas não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

Parágrafo único. Não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido:

I - no caso da União, as despesas de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para financiar ações e serviços públicos de saúde; e

II - no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas listadas no art. 7o, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las. (Port. MS/GM 2047 de 5 de novembro de 2002, ANEXO).

A Portaria também estabelece que o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde — Siops, será o instrumento para acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

7. PARTILHA E MECANISMOS DE ALOCAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS

A importância do volume de recursos aportado, através da esfera federal para o financiamento do sistema, e o papel estratégico dos mesmos na obtenção de eqüidade no interior do mesmo coloca a questão dos critérios e mecanismos de partilha como questão relevante na agenda setorial. A superação das desigualdades de acesso, acumuladas historicamente, não será alcançada senão por uma decidida política redistributiva, direcionada a esse objetivo, contemplando recursos de custeio e investimentos.

Algumas iniciativas já vem sendo implementadas, desde o início da década dos noventa, associadas ao esforço de descentralização do sistema de saúde, e avanços têm sido obtidos. Em alguns casos, porém, o esforço de redistribuir teve resultados ofuscados por conseqüências negativas, uma vez que produziu, em razão das estratégias adotadas, o enfraquecimento do papel das instâncias subnacionais na gestão do sistema. O desafio que persiste é o de desenhar políticas que permitam combinar a redistribuição de receitas ao fortalecimento do processo de descentralização e da capacidade de gestão.

7.1 - DESCENTRALIZAÇÃO: AS NORMAS OPERACIONAIS E AS MUDANÇAS NOS CRITÉRIOS DE PARTILHA E NOS MECANISMOS DE REPASSE DOS RECURSOS FEDERAIS

No início da década dos noventa, o processo de descentralização previsto na Lei Orgânica da Saúde foi iniciado, com uma série de medidas legais que incluíram a extinção do Inamps[23] e a regulamentação das condições para transferência de responsabilidades e de recursos às esferas subnacionais.

A Norma Operacional Básica SUS 01/93[24] (NOB/SUS-93) instituiu um processo gradual de transferência de responsabilidades, criando três condições de gestão a que os municípios poderiam se habilitar, de acordo com a capacidade técnica e política de assumir as responsabilidades correspondentes. Para apenas uma delas — a mais avançada, chamada de " gestão semiplena" — previa a transferência direta aos Fundos de Saúde de recursos, mediante tetos financeiros globais calculados com base em série histórica de gastos. Nesses casos, o gestor municipal passaria a ter autonomia de gestão sobre os recursos, podendo aplicá-los livremente, de acordo com seus Planos de Saúde, respeitadas as deliberações dos respectivos Conselhos de Saúde. Para os demais municípios, permanecia a forma de pagamento por prestação de serviços.

23 Lei 8.689/93.
24 Portaria GM/MS 545, de maio de 1993.

A aplicação desse mecanismo esbarrou em normas legais superiores, que regulamentavam transferências federais, e exigiu a edição de decreto específico[25], o que retardou em cerca de um ano o início das transferências fundo a fundo, como se convencionou chamar a essa modalidade de transferências que prescindiam de instrumentos contratuais específicos.

Como espaços de negociação intergovernamental referente às condições do processo de descentralização, inclusive a definição de tetos financeiros, foram instituídas a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), na esfera federal, com representantes de gestores do SUS dos três níveis de governo, e as Comissões Intergestores Bipartites, criadas em todos os estados com representação da Secretaria Estadual de Saúde e de gestores municipais.

Com o avanço do processo de descentralização, em 1995 iniciaram-se negociações para o estabelecimento de novas regras, que envolviam redefinição de papéis das esferas subnacionais e mudanças nos mecanismos de repasse de recursos. Esse processo resultou na edição da Norma Operacional SUS 01/96 (NOB SUS 96), que introduziu novas condições de gestão para estados e municípios (Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde); instituiu a Programação Pactuada e Integrada — PPI, como instrumento para articular a ação intergovernamental e reorganizar a gestão do sistema; determinou mudanças nos mecanismos de repasse de recursos, criando o Piso de Atenção Básica — PAB e incentivos a ações e programas: o Incentivo ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família — Pacs/PSF, a Fração Assistencial Especializada, o Piso Básico de Vigilância Sanitária. Também foram previstos por esse instrumento o Teto Financeiro de Epidemiologia e Controle de Doenças, o Índice de Valorização de Resultados e o Índice de Valorização do Impacto em Vigilância Sanitária.

Novas mudanças foram introduzidas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde — NOAS 01/2001[26], e pela NOAS 01/2002, que conferiram forte ênfase à necessidade de implementar regras para a regionalização do sistema e para a organização da atenção de média e alta complexidade.

As modificações introduzidas por esses instrumentos serão analisadas nos itens a seguir.

Cabe, no entanto, a observação de que o processo de descentralização apresenta uma característica clara: o fortalecimento da presença dos municípios na atenção básica e a

25 Decreto n.º 1232, de 30 de agosto de 1994.
26 Portarias.

restrição ao processo de assunção da responsabilidade plena pela gestão sanitária. Isso fica evidenciado quando se analisa a evolução do número de municípios habilitados segundo a condição de gestão: em dezembro de 1995, um ano após o efetivo início do processo de habilitação na condição de gestão semiplena, havia 56 municípios nessa condição de gestão; em novembro de 1999, o número de municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema alcançava 494, correspondendo a 9% do total de municípios. Em maio de 2002, eram 564 municípios em gestão plena (10% do total). Isso sugere a existência de tendência a "especializar" a esfera municipal na provisão da atenção básica, reservando aos estados e à União papéis preponderantes na oferta de ações de média e alta complexidade.

7.2 - O FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA: PAB E UTILIZAÇÃO DE INCENTIVOS AO DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS.

O Piso de Atenção Básica — PAB é um mecanismo de repasse de recursos aos municípios para o financiamento de um elenco definido de ações básicas de atenção à saúde, não mais sob forma de compra de serviços, mas com base em um valor *per capita*, de forma direta e automática aos Fundos de Saúde dos municípios habilitados.

Esses recursos financeiros deviam ser destinados ao custeio de ações relacionadas a: consultas médicas em especialidades básicas; atendimento odontológico básico; atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio; visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF); vacinação; atividades educativas a grupos da comunidade; assistência pré-natal e parto domiciliar; atividades de planejamento familiar; pequenas cirurgias; atividades dos agentes comunitários de saúde e pronto atendimento em unidade básica de saúde. O valor distribuído variava entre R$10 a R$18 por habitante do município. A essa parcela de recursos transferidos se convencionou chamar PAB Fixo.

Também foram estabelecidas parcelas variáveis para financiar programas a que os municípios poderiam aderir voluntariamente. O acréscimo desses valores, contudo, estava condicionado ao cumprimento de regras e formas de operação definidas pelo Ministério da Saúde. Esse condicionamento acabou se convertendo em uma imposição de soluções de gestão, uma vez que, para os gestores, a única forma de ter acesso a recursos adicionais para melhorar a atenção à saúde em seu âmbito de atuação era aceitar os modelos de organização definidos pelo MS. As parcelas variáveis do PAB foram o primeiro movimento no sentido de restringir a autonomia dos gestores subnacionais.

Ao Incentivo ao Programa de Saúde da Família — PSF e ao Programa de Agentes Comunitários — Pacs foi atribuído o objetivo de acelerar a reorientação do modelo de atenção à saúde, antes predominantemente direcionado a ações curativas, através de um adicional de recursos aos municípios que assegurassem serviços de atenção básica a populações de territórios definidos, adscritas a uma equipe de profissionais de saúde composta de médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, na proporção de 1 agente para cada fração de 150 famílias (ou 750 pessoas).

Portaria 1886/97 - Anexo 2

11. Caracterização das equipes de saúde da família:

(... (...)

11.2. Recomenda-se que uma equipe de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas).

11.3. Para efeito de incorporação dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, as equipes deverão atender aos seguintes parâmetros mínimos de composição:

11.3.1.Médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de 01 ACS para, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas) ou

11.3.2. Médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem.

Os valores atribuídos aos municípios para o custeio das equipes variavam em sentido inversos ao valor do *per capita* recebido através do PAB Fixo, visando estimular a criação de condições para expansão da cobertura naquelas áreas onde a capacidade de atendimento era mais precária .

PT MS/GM -Nº157/98

Art. 3º Os recursos financeiros federais relativos aos incentivos ao PACS e PSF serão transferidos fundo a fundo, em parcelas mensais, somente a Municípios habilitados, de acordo com a Norma Operacional Básica - NOB/SUS - 01/96.

Art. 4° Ficam definidos os seguintes valores como incentivo:

I. para cada Agente Comunitário de Saúde, R$1.500,00 (Um mil e quinhentos reais) por ano;

II. para cada equipe de Saúde da Família em:

a). municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R$10,00 (dez reais) e menor que R$12,00 (doze reais), incentivo de R$21.000,00 por ano;

b). municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R$12,00 (doze reais) e menor que R$14,00 (quatorze reais), incentivo de R$19.000,00 por ano;

c). municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R$14,00 (quatorze reais) e menor que R$16,00 (dezesseis reais), incentivo de R$17.000,00 por ano;

d). municípios com parte fixa do PAB maior ou igual a R$16,00 (dezesseis reais) e menor ou igual a R$18,00 (dezoito reais), incentivo de R$15.000,00 por ano.

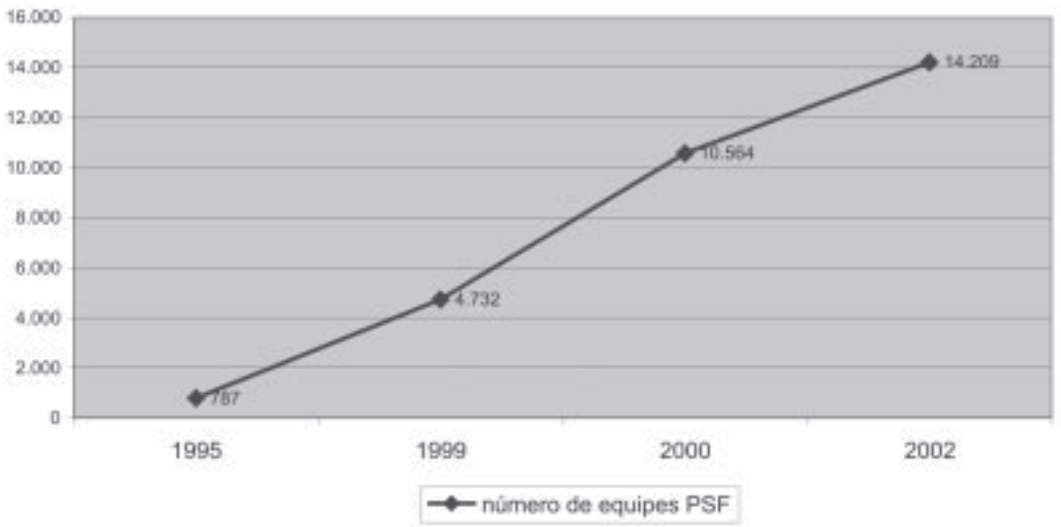
Parágrafo Único: Os incentivos são cumulativos no limite de 6 (seis) ACS por equipe de saúde da família, com exceção das equipes compostas nos termos do item 11.3.2 do anexo 2 da Portaria\GM\MS nº 1.886, de 18 de dezembro de 1997.

Em 1999 é estabelecida nova sistemática para o cálculo do incentivo financeiro[27], estabelecendo como critério para a definição dos valores transferidos, a cobertura populacional alcançada pelo programa. Nessa nova sistemática, os valores transferidos aos municípios passaram a variar entre R$28.000 por equipe/ano, para municípios com cobertura populacional menor que 5%, até R$54.000 para aqueles que apresentassem cobertura superior a 70% da população. O mesmo instrumento determinou o pagamento de um incentivo adicional no valor de R$10.000,00 (dez mil reais) por equipe para os municípios que iniciassem ou ampliassem o Programa de Saúde da Família em relação às equipes pagas pelo Ministério da Saúde, correspondentes ao mês de outubro de 1999.

A criação do Incentivo ao PSF promoveu forte expansão do programa, que passou de 787 equipes, em 1995, para um número superior a 16.100 em 2002. Em 1999 estava presente em 1805 municípios e em 2002 já está implementado em 75% dos municípios (4114) do país, em todos os estados. Está gradativamente incorporando o Programa de Agentes em ação. Esses agentes, quando o município adere ao PSF, passam a integrar as equipes do programa de Agentes Comunitários de Saúde — Pacs, que contava, em setembro de 2002, com 172.000 agentes.

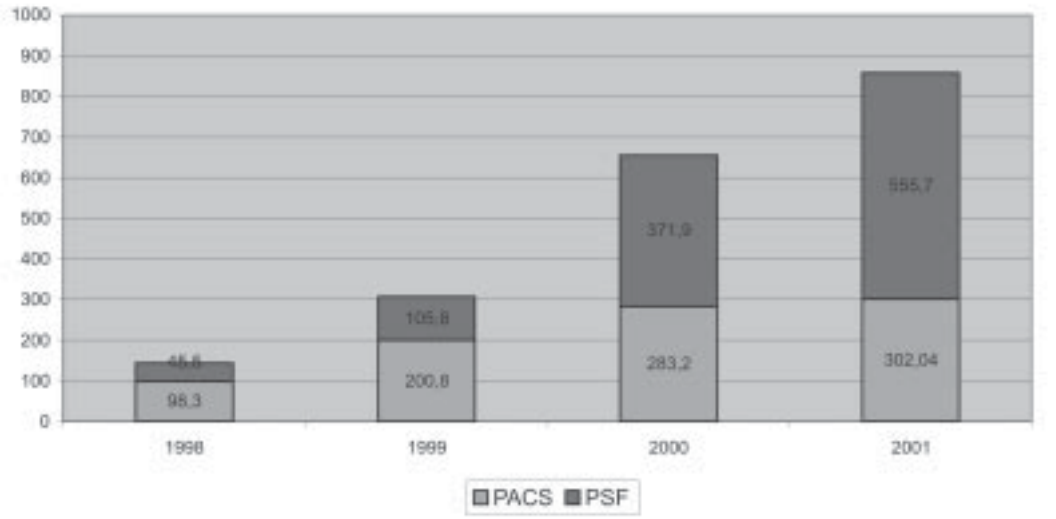
27 Portaria GM 1.329, de novembro de 1999.

Gráfico 9
Brasil: Evolução do Número de Equipes PSF



Como conseqüência, crescem expressivamente os valores transferidos às unidades subnacionais para o financiamento de equipes do PSF, passando a superar o montante anteriormente transferido para o pagamento de agentes comunitários, que até 2000 eram majoritários. Em termos globais, os dois programas, para os quais em 1998 foram alocados R$143,8 milhões, passaram em 2001 a uma destinação da ordem de R$857 milhões, e até novembro de 2002 já ultrapassavam R$957 milhões. Como proporção, passam de 13,2% em 1999 para 29,5% do gasto total com atenção básica.

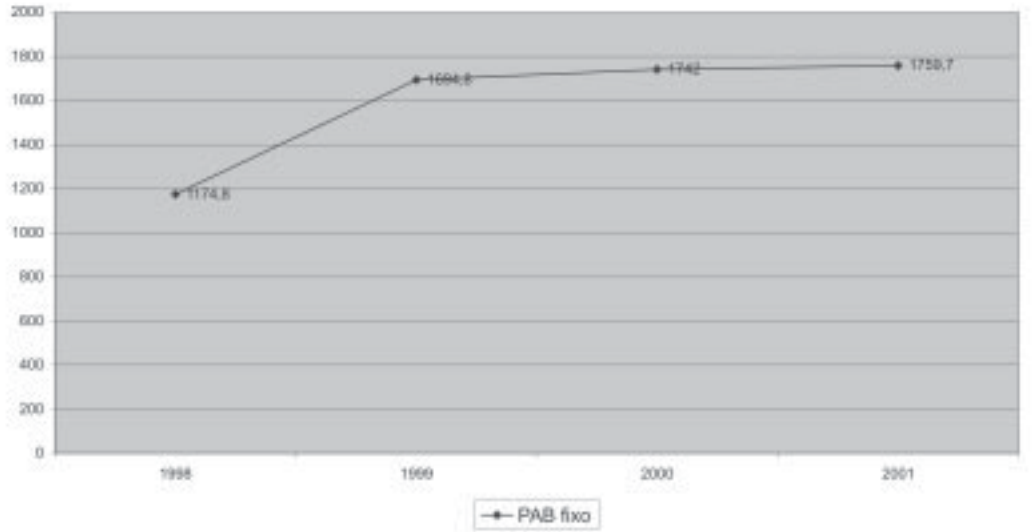
Gráfico 10
Brasil: Evolução das transferências a Municípios para Pacs e PSF R$ milhões



Fonte: MS/COF

O crescimento, entre 2000 e 2001, das transferências para os programas que são objeto dos incentivos coincide com a estabilização dos valores transferidos na modalidade fundo a fundo, através do PAB Fixo, que em 1999 correspondia a 72,8% do gasto total com atenção básica e em 2002 teve sua participação reduzida para 49%. Como proporção do gasto total, o PAB cai de 28,7% em 1999 para 16,5% em 2002. Esses dados reforçam a percepção da existência de prioridade à forma de transferência que vincula os recursos a ações definidas pelo nível central do sistema. São mecanismos que restauram a forte presença de transferências negociadas nas relações financeiras intergovernamentais, pela introdução de condicionalidades para o acesso aos recursos, criam rigidez e reduzem a capacidade decisória dos gestores subnacionais, além de determinarem grande complexidade na gestão dos recursos, que passam a ter que ser controlados através de contas específicas, sujeitos a programação e prestação de contas de modo fragmentado.

Gráfico 11
Brasil: Evolução das Transferências a Municípios - PAB Fixo
(valores nominais)



Fonte: MS/COF

A Norma Operacional da Assistência — NOAS 2001[28] instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A), como uma das condições de gestão dos sistemas municipais de saúde e modificou o Piso de Atenção Básica, que teve o seu elenco de atividades ampliado e passou a denominar-se PAB-Ampliado (PABA). As áreas de atuação da condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada são as relacionadas ao controle da tuberculose, à eliminação da hanseníase, ao controle da hipertensão arterial, ao controle da diabetes *mellitus*, à saúde da criança, à saúde da mulher e à saúde bucal. Essas ações devem ser assumidas por todos os municípios brasileiros, respeitado o seu perfil epidemiológico, como um componente essencial e mínimo para o cumprimento das metas do Pacto da Atenção Básica[29]. O PABA é composto de uma parte fixa de recursos (PABA Fixo) destinados à assistência básica e de uma parte variável (PABA Variável), relativa aos incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção. O PABA teve seus valores definidos numa faixa que varia entre R$10,50 e R$18,50 (R$0,50 superior ao valor do PAB).

28 NOAS 2001 - Portaria Nº 95, de 26 de Janeiro de 2001.
29 Portaria GM/MS N° 3.925, de 13 de novembro de 1998.

Os municípios que à época da edição da NOAS já recebiam o PAB Fixo em valor superior ao definido para o PAB Ampliado não sofreram alteração no valor *per capita* do PAB Fixo destinado ao seu município, a despeito da ampliação das responsabilidades[30].

7.3 - A REGIONALIZAÇÃO DO SUS, A OFERTA DE AÇÕES E SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E AS AÇÕES ESTRATÉGICAS.

Até 1998, os recursos para o financiamento das ações de média e alta complexidade eram incluídos nos tetos financeiros de municípios em gestão plena do Sistema, repassados fundo a fundo, ou mediante pagamento por serviços prestados (pela União ou pelos estados em gestão plena) para as demais unidades. A ausência/omissão das instâncias estaduais na coordenação dos processos de referência intermunicipal de pacientes e a insuficiência dos mecanismos de controle do acesso aos serviços começaram a se fazer sentir como problema, determinando que alguns dos municípios em gestão plena do sistema, diante da impossibilidade de obter ressarcimento dos valores gastos com atendimentos à população originária de outras UF começassem a estabelecer barreiras burocráticas ao acesso. Em outros casos, o porte dos municípios, por razões associadas a custo e escala de determinados serviços, dificultava a implementação de ações mais complexas. A questão da organização regional da rede de atenção e da organização dos fluxos de referência colocou-se, assim, como prioridade na agenda dos gestores das três esferas de governo. É nesse contexto que algumas medidas relacionadas ao financiamento das ações de média e alta complexidade, são tomadas pelo MS, a primeira delas em 1999, com a criação do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação.

7.3.1 - FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO — FAEC

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 531/GM, de 30 de abril de 1999, destinada a *"definir os recursos federais destinados ao financiamento das ações e serviços de saúde, que compõem o Teto Financeiro da Assistência à Saúde dos estados e do Distrito Federal"* criou, em seu art. 7º, o Fundo de Ações Estratégicas e Compensação — FAEC, com a finalidade de arcar com os pagamentos dos procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação, e dos decorrentes da execução de ações consideradas estratégicas. Entre os considerandos dessa portaria, o MS destaca a "*a necessidade de fortalecer mecanismos gerenciais que*

30 NOAS 2002 - item 7.4.

permitam um melhor acompanhamento de ações de saúde, especialmente daquelas de maior custo e/ou complexidade". Outro objetivo seria utilizar recursos adicionais alocados ao setor visando reduzir desigualdades entre os valores *per capita* transferidos para as unidades federadas.

O Art. 2º dessa Portaria[31] define, também, sanções para estados e municípios que reduzirem alocação de recursos próprios, determinando que o Ministério da Saúde "*reduzirá, proporcionalmente, os recursos dos Limites Financeiros (...) para aqueles Estados e municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, que reduzirem seus orçamentos destinados à Saúde, em relação ao exercício anterior.*"

A estratégia de implementação da nova política de financiamento encontrou forte resistência de gestores subnacionais, especialmente após a edição, em janeiro de 2001, de portaria[32] que explicitava a decisão do MS de reduzir os poderes dos mesmos na gestão dos recursos correspondentes, uma vez que a esfera federal passaria a efetuar os pagamentos correspondentes diretamente aos prestadores, deduzindo os valores dos respectivos tetos financeiros das UF.

Portaria MS n.º 132/GM, de 31/01/2001

Art. 1º Definir que, para os procedimentos estratégicos e de alta complexidade, custeados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação — FAEC, é de competência dos gestores estaduais, municipais e do Distrito Federal, de acordo com as prerrogativas compatíveis com o nível de gestão, a contratação, cadastramento, autorização para realização de procedimentos, autorização de pagamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria das Unidades Prestadoras de Serviços do SUS.

Art. 2º Estabelecer que a produção referente aos procedimentos financiados pelo FAEC deverá ser apresentada pelos prestadores de serviços aos respectivos gestores, para as providências relativas aos processamentos, seguindo os mesmos prazos, fluxos e rotinas estabelecidos pelo Sistema de Internações Hospitalares / SIH-SUS e Sistema de Informações Ambulatoriais / SIA-SUS.

Art. 3º Estabelecer que os pagamentos dos valores relativos aos procedimentos financiados pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação, quando cumpridos o disposto nos Artigos 1º e 2º, serão executados pelo Ministério da Saúde diretamente aos prestadores de serviços, independente da condição de gestão do estado, município e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os valores de que trata este Artigo deixam de ser repassados fundo a fundo ou para conta específica dos respectivos gestores habilitados em Gestão Plena do Sistema Estadual e Municipal.

31 Port. nº 531/GM, de 30 de abril de 1999.

32 Portaria GM nº 132, de 31/01/2001.

Os recursos destinados ao FAEC, que foram inicialmente da ordem de R$ 105 milhões, valor que equivalia a 1,23% dos "tetos" financeiros de média e alta complexidade para os estados e o Distrito Federal, crescem significativamente nos exercícios seguintes, passando a R$406,3 milhões em 1999 (4,22% do total dos "tetos" dos estados e do Distrito Federal para financiamento da média e alta complexidade) e superando R$1,0 bilhão em dezembro de 2001, o que já representava cerca de 10% dos recursos disponibilizados nos "tetos" dos estados e do Distrito Federal, da ordem de R$10,2 bilhões[33]. Nesse período, expande-se a estratégia de utilizar recursos do FAEC para incrementar ações sob a forma de campanhas.

O Relatório de Gestão 1998-2001, da Secretaria de Assistência à Saúde — SAS, destaca que *"após várias mudanças, decorrentes da busca da melhor maneira de sua utilização, em dezembro de 2001, a destinação dos recursos do FAEC pelo Ministério da Saúde estava dividida em quatro grandes blocos de ações financiadas."*

O primeiro bloco corresponde ao que foi denominado de *"Ações Assistenciais Estratégicas"*, voltadas para grupos populacionais considerados pelo MS como prioritários e para a ampliação de acesso dos usuários do SUS a procedimentos com grande demanda reprimida, definidos em função de políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Entre eles, foi dado destaque às campanhas para realização de cirurgias (Campanhas de Cirurgias Eletivas — Catarata, Próstata, Varizes etc; Transplantes; Cirurgia Bariátrica — Gastroplastia; Cirurgias para Correção de Deformidades Craniofaciais), e à campanha para Diagnóstico do Câncer de Colo Uterino. Também foram destinados recursos para financiar a disponibilidade de Medicamentos Excepcionais; Kit para Carga Viral para Diagnóstico da Aids; Reagentes para Diagnóstico da Aids bem como para o Incentivo para Alta Curado do Paciente com Tuberculose.

Um segundo grupo de ações corresponde a um grupo de *Incentivos* para estimular a parceria com o sistema público ou a realização de ações assistenciais. São recursos transferidos a entes públicos ou privados filantrópicos, adicionais aos pagamentos decorrentes da compra de serviços. Neste grupo destacam-se: o INTEGRASUS, adicional pago aos hospitais filantrópicos; o Incentivo para os Estados e Municípios para a Descentralização das Unidades Assistenciais da FUNASA e o Incentivo para a Assistência Hospitalar às Populações Indígenas.

33 SAS — Relatório de Gestão 1998-2001.

Há também uma linha de recursos para financiamento de *Novas Ações Programáticas*, correspondentes a novos procedimentos incluídos na tabela do SUS que, "*pela impossibilidade de previsão de impacto financeiro ou por depender de adesão progressiva dos gestores, são alocadas no FAEC, buscando garantir a sua plena execução, sendo, após a consolidação de um perfil de gasto, incorporado aos 'tetos' dos estados e do Distrito Federal*"[34]. Neste grupo incluem-se recursos destinados a ações voltadas para Humanização do Parto e para o programa de Triagem Neonatal.

Finalmente, parte dos recursos alocados no FAEC têm sido destinados ao financiamento de procedimentos de alta complexidade para usuários do SUS, realizados por uma UF em pacientes provenientes de outros estados, que não dispõem desses serviços, através da *Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade*.

O quadro a seguir apresentado permite visualizar o crescimento do número de itens de despesa nos quais se inscrevem os recursos destinados aos municípios. À exceção dos pagamentos realizados diretamente pela esfera federal, cada um desses itens — os que envolvem transferências aos fundos municipais de saúde — correspondem a contas vinculadas ao item de despesa, implicando programação e prestação de contas específicas.

34 SAS — Relatório de Gestão 1998-2001.

Quadro 1

Recursos Federais do SUS transferidos a Municípios - Itens de despesas 1996 -2001						
Tipo de Despesa	**1996/Dez**	**1997**	**1998**	**1999**	**2000**	**out/01**
Pagamentos federais						..
Atendimento ambulatorial (MS)	1	1	1	1	1	1
.. Internações hospitalares (MS)	2	2	2	2	2	2
Transferências - média e alta complexidade						
.. AIDS - Ações Estratégicas						3
.. Acomp. Pós Transplante - Ações Estratégicas						4
.. Acompanh. a Def. Auditivo - Ações Estratégicas						5
.. Antígeno HLA				3	6	..
Assistência a municípios em calamidade					4	7
.. Assistência hospitalar e ambulatorial (MAC)	3	3	3	3	5	8
.. Campanha de Oftalmologia - Ações Estratégicas						9
.. Campanha de acomp paciente deficiente auditivo						10
.. Campanha de acompanhamento pós-transplantes				4	6	11
.. Campanha de cirurgia cardiovascular						12
.. Campanha de cirurgia da catarata				5	7	13
.. Campanha de cirurgia da próstata				6	8	14
.. Campanha de cirurgia de hérnia inguinal				7	9	
.. Campanha de epilepsia				10	15	
..Campanha de pré-natal					16	
..Campanha de quimioterapia					11	17
.. Campanha de radioterapia					12	18
.. Campanha de retinopatia diabética					13	19
.. Campanha de vacinação					20	
..Campanha de vacinação anti-rábica					14	21
.. Cirurgia de cirurgia de varizes				8	15	22
.. Cirurgia de deformidade crânio-facial				9	16	23
.. Cirurgia de mama			10			
.. Cirurgia oncológica				17	24	
.. Cirurgias eletivas - Ações Estratégicas						25
.. Co-financiamento carga viral HIV e TCD4/CD8						26
.. Co-financ para custeio assist unidades próprias					18	27
.. Complemento teto financeiro - plena			4	11	19	
.. Câmara de compensação de alta complexidade			5	12	20	28
.. Câncer de Colo Uterino - Ações Estratégicas						29
.. Deformidade Cranio-Facial - Ações Estrategicas						30
.. Fator de recomposição 25% (plena)	4	4	6			
.. Financ atividades cadastr avaliação estab saúde					21	31
.. Gestantes de alto risco - extra teto				13		
.. Gestão plena sistema municipal - alta complexid						32
.. Gestão plena sistema municipal - média complex						33
.. Histocompatibilidade - Ações Estratégicas						34

.. Humanização do Parto - Ações Estratégicas						35
.. Impacto da psiquiatria					36	
.. Incentivo (MAC) à população indígena					22	37
.. Leitos de UTI - extrateto				14		
.. MAC vigilância sanitária					23	38
.. Medicamentos excepcionais pacientes crônicos					24	39
.. Medicamentos excepcionais para transplantes				15		
.. Neurocirurgia - extrateto				16		
.. Ortodontia - Ações Estratégicas				17		40
.. Plano nacional de controle tuberculose				18	25	41
.. Programa de combate ao câncer de colo uterino			7	19	26	42
.. Programa de humanização pré-natal e nascimentos					27	
.. Programa de radioterapia/quimioterapia					28	
.. Próstata - Ações Estratégicas						43
.. Queimados - Ações Estratégicas						44
.. Reabilitação - Ações Estratégicas						45
.. Terapia renal substituitiva					29	
.. Transferências extraordinárias		5				
.. Transplantes			20	30	46	
.. Transplantes - Ações Estratégicas						47
.. Tuberculose - Ações Estratégicas						48
.. Urgência e emergência - extrateto			8	21		
.. Varizes - Ações Estratégicas						49
.. Vistoria PNASCH - Ações Estratégicas						50
Transferências - atenção básica						
.. Apoio à população indígena				22	31	51
.. Cadastro nacional de usuários do SUS						52
.. Epidemiologia e controle de doenças					32	53
.. Farmácia básica			23	33	54	
.. Inc. Adic. ao Prog. de Interior. do Trab em Saúde						55
.. Incentivo a ações básicas vigilância sanitária			9	24	34	56
.. Incentivo ações combate a carência nutricional			10	25	35	57
.. Incentivo à descentralização de unidades Funasa			11	26	36	58
.. Incentivo à saúde bucal					59	
.. Medicamentos para saúde mental				27	37	60
.. Piso de atenção básica fixo			12	28	38	61
.. Programa agentes comunitários de saúde			13	29	39	62
.. Programa de saúde da família			14	30	40	63
.. Projeto similar ao PSF					64	
.. Vacinação poliomielite					65	

Fonte: Ministério da Saúde: SIH/SUS, SIA/SUS e Fundo Nacional de Saúde

7.3.2 - NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA - NOAS 01/2001 E 01/2002: REGIONALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA OFERTA DE AÇÕES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE

Definida a responsabilidade municipal universal na oferta de ações básicas de saúde e a instituição dos mecanismos de financiamento das mesmas — o PABA e incentivos —, a Norma Operacional da Assistência 01/2001 - NOAS 01/2001 deu especial ênfase à regulamentação das condições de oferta de ações de média e alta complexidade, através de Plano de Regionalização da Assistência, que integra o Plano Estadual de Saúde e deve conter, no mínimo, informações sobre: a organização do território estadual em regiões e microrregiões de saúde; a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião, e um plano diretor de investimentos. A proposta de regionalização deve assegurar a inserção e o papel de todos os municípios nas microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência, bem como as atribuições do nível estadual. No texto introdutório da NOAS, o MS destaca que "*além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estadual no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistência regionalizadas e resolutivas, além das capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação.*"

O processo de regionalização implica, para sua implementação, um processo de "qualificação" das microrregiões na assistência à saúde, que envolve a apresentação pelo gestor estadual do plano de regionalização do estado, com o desenho de todas as microrregiões, aprovado na CIB e a apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: a) municípios que compõem a microrregião; b) definição dos módulos assistenciais existentes (explicitação do município-sede e área de abrangência); e c) vinculação de toda a população de cada município a um único município-sede de referência (cada município integra somente um módulo assistencial, e os módulos assistenciais cobrem toda a população da microrregião).

A microrregião de saúde corresponde à base territorial de planejamento, definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada estado, podendo compreender um ou mais módulos assistenciais. O módulo assistencial é um módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência (laboratório, radiologia simples, US obstétrica, psicologia, fisioterapia,

ações de odontologia especializada, leitos hospitalares), com área de abrangência mínima a ser definida para cada UF.

Após a qualificação da microrregião, os recursos correspondentes às ações sob sua responsabilidade serão transferidos fundo a fundo para o município sede, em montante proporcional à cobertura de sua população e à cobertura da população residente em outros municípios do mesmo módulo assistencial.

As ações assistenciais de média complexidade, ambulatoriais e hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou estadual, de acordo com o serviço, disponibilidade tecnológica, características do estado e definição no Plano Diretor de Regionalização estadual. A PPI, coordenada pelo gestor estadual, representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência.

No caso das ações de média complexidade, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um pólo de MC, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e acordos entre gestores.

Para as ações de Alta Complexidade/Alto Custo, o Ministério da Saúde é responsável, entre outras atribuições, pela definição de normas e diretrizes nacionais. O gestor estadual se responsabiliza pela gestão da política de AC no estado, através de definição de prioridades assistenciais e programação da AC, cabendo ao gestor municipal (quando em Gestão Plena do Sistema Municipal — GPSM) a organização dos serviços de alta complexidade em seu território.

A Programação Pactuada Integrada — PPI deve orientar a alocação de recursos federais da assistência, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente da condição de gestão. O limite financeiro da assistência por município, que corresponde ao limite máximo de recursos financeiros a ser gasto com os serviços existentes em cada território municipal, é composto por duas partes separadas: os recursos destinados à própria população e os recursos destinados à população referenciada.

Os municípios sede de módulos assistenciais são responsáveis pela oferta de um elenco mínimo de procedimentos da média complexidade ambulatorial (Anexo 3-A da NOAS 2001), que incluem exames laboratoriais, procedimentos terapêuticos e diagnósticos realizados por profissionais médicos e outros profissionais de nível superior ou técnico.

NOAS 01/2001

I. 4 - DA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE

12 - A Atenção de Média Complexidade MC compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13 - Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma desta Norma, que devem ser garantidas no âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

A garantia de acesso, na maioria dos municípios brasileiros, exige uma política de investimentos explicitamente direcionada à superação das desigualdades na disponibilidade de serviços e equipamentos. Tendo em vista as determinações da NOAS, relacionadas à regionalização do SUS, o MS estabeleceu especificação detalhada[35] de equipamentos para diagnóstico e de laboratório que devem existir em todos os municípios e os que devem estar em municípios sede de módulos assistenciais, para orientar convênios destinados a financiamento de investimentos, visando assegurar acesso às ações de média complexidade no primeiro nível de referência (laboratório de patologia clínica, serviço de radiologia e ultra-sonografia obstétrica). As ações de alta complexidade deverão ser concentradas em municípios pólo, para os quais também deverão ser direcionados os investimentos correspondentes a esse nível de atenção.

8. INSTRUMENTOS DE GESTÃO FINANCEIRA

Dentre os diversos mecanismos de gestão financeira do sistema de saúde, dois merecem destaque por sua importância para as condições de *accountability* e controle sobre o sistema: os Fundos de Saúde e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde — Siops.

Os Fundos de Saúde são mecanismos previstos na legislação, que correspondem a "contas especiais", em cada esfera de governo, nas quais deverão ser depositados e movimentados todos os recursos financeiros do SUS, sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

35 PT GM/MS N° 544, de 11 de abril de 2001.

O objetivo principal da adoção desses mecanismos foi permitir a identificação dos valores globais e da destinação dos recursos alocados ao sistema.

Na esfera federal, o Fundo Nacional de Saúde já existia desde o final da década dos sessenta. Em 2001, foi reestruturado e ajustado às nova funções[36], particularmente a de realizar transferências de recursos para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, no contexto da descentralização do SUS. Possibilita, ainda a celebração de convênios com órgãos e entidades, o parcelamento de débitos dos mesmos junto ao Ministério da Saúde e o financiamento das ações de saúde para os governos estaduais e municipais, entidades filantrópicas, universidades e outras instituições, além de consolidar as atividades de acompanhamento e prestação de contas dos convênios celebrados.

Dentre as principais competências do Fundo Nacional de Saúde (FNS), destacam-se:

a) o planejamento, a coordenação e o controle das atividades orçamentárias, financeiras e contábeis, inclusive aquelas executadas por unidades descentralizadas;

b) a promoção de atividades de cooperação técnica às instâncias subnacionais e demais entidades do sistema, nas áreas orçamentária e financeira, com o objetivo de articular e aperfeiçoar práticas de gestão;

c) o estabelecimento de normas e critérios para o gerenciamento das fontes de arrecadação e aplicação dos recursos orçamentários e financeiros;

d) o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades de convênios, acordos, ajustes e similares sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, bem como o acompanhamento da aplicação dos recursos transferidos ao SUS;

e) o planejamento, a coordenação e a supervisão das atividades de prestação de contas e de Tomada de Contas Especial dos recursos do SUS alocados ao FNS.

Lei 8.080/90 - CAPÍTULO II - Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

36 Decreto 3.964, de 11/10/2001.

O Siops — Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde foi institucionalizado, em outubro de 2000, através de Portaria Conjunta do Ministro da Saúde e do Procurador Geral da República[37], embora seu processo de concepção tenha sido iniciado no princípio da década dos noventa e sua implementação já viesse ocorrendo desde 1999. Através dele, o MS organiza e executa a coleta, o processamento e a disponibilização de informações sobre receitas e gastos em saúde nas três esferas de governo, permitindo a produção de relevantes indicadores para o planejamento, acompanhamento e avaliação do gasto público nas três esferas de governo, facultando melhores condições para o exercício do controle social.

Conta com uma Câmara Técnica de Orientação e Avaliação, multiinstitucional, que tem como atribuições, dentre outras: propor ações para o aperfeiçoamento dos instrumentos de coleta de informações; sugerir mecanismos que assegurem a qualidade das informações geradas pelo Siops; formular propostas de articulação entre as informações geradas pelo Siops e metodologias existentes sobre Sistemas de Contas Nacionais em Saúde e entre sistemas de informações orçamentárias; analisar as informações geradas pelo sistema, subsidiando com relatórios o planejamento e gestão do SUS, visando o aperfeiçoamento das políticas de financiamento da saúde e a elaboração de indicadores que reflitam a eficácia e a eficiência dos gastos públicos em saúde; subsidiar a elaboração de Projeto de Lei Complementar de regulamentação da Emenda Constitucional, que vinculou recursos à Saúde e propor mecanismos de acompanhamento da vinculação de recursos.

9. MECANISMOS DE CONTROLE SOBRE O GASTO COM SAÚDE

A concepção do SUS incluiu duas instâncias de controle sobre o gasto setorial já na sua legislação básica: os Conselhos de Saúde e o Sistema Nacional de Auditoria. Além dessas instâncias internas, o sistema está submetido às instituições de controle regulares do Estado brasileiro, em particular os Tribunais de Contas, da União e dos Estados, e o Ministério Público. É também regido pelas mesmas regras legais[38] e mecanismos de controle aos quais está submetida a administração pública, envolvendo diversas instâncias institucionais. Algumas dessas normas visam a ampliação do controle local sobre os recursos transferidos pela União.

37 Portaria Nº 1.163, de 11 de Outubro de 2000.

38 Dentre as mais importantes destacam-se a Lei Federal 8.666, de 21/06/93, que regulamenta o Art. 37, inciso XXI da Constituição Brasileira e institui normas para Licitações e Contratos da Administração Pública (com as alterações das Leis Federal 8.883, de 08/06/94 e 9.648, de 27/05/98) e a Lei Complementar 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal.

Lei nº 9.452, de 20/03/1997

Art 1º - Os órgãos e entidades da administração federal direta e as autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista federais notificarão as respectivas Câmaras Municipais da liberação de recursos financeiros que tenham efetuado, a qualquer título, para os Municípios, no prazo de dois dias úteis, contado da data da liberação.

A Lei de Responsabilidade Fiscal — LRF[39] estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, destacando-se entre seus dispositivos alguns referentes a eficiência e economicidade, estabelecendo normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos (LRF - art. 4º) e exigindo a criação de indicadores de avaliação dos resultados das ações governamentais realizadas com recursos públicos, com o objetivo de aferir o cumprimento de metas e permitir a avaliação da relação custo/benefício.

LRF - Art. 8º - Até trinta dias após a publicação dos orçamentos, nos termos em que dispuser a lei de diretrizes orçamentárias e observado o disposto na alínea c do inciso I do art. 4º, o Poder Executivo estabelecerá a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso.

Parágrafo único. Os recursos legalmente vinculados a finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.

Também estabelece regras para a execução orçamentária e financeira e estabelece limites para gastos com pessoal, bem como exige o cumprimento de metas de resultado primário ou nominal. Os recursos destinados à saúde, contudo, estão legalmente protegidos — particularmente nas esferas subnacionais, em que a vinculação corresponde a percentual da receita arrecadada — em relação às limitações de empenho e movimentação financeira previstas com o objetivo de assegurar superávit primário, em razão da vinculação constitucional. No entanto, a prática do contingenciamento orçamentário persiste, e as restrições ao gasto com pessoal têm constituído importante problema para a ampliação da oferta de ações e serviços de saúde.

RF - Art. 9º

§ 2º Não serão objeto de limitação as despesas que constituam obrigações constitucionais e legais do ente, inclusive aquelas destinadas ao pagamento do serviço da dívida, e as ressalvadas pela lei de diretrizes orçamentárias.

39 Lei Complementar 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal.

a) Conselhos de Saúde

A instituição das Conferências de Saúde e dos Conselhos de Saúde, como instrumentos para viabilizar o dispositivo constitucional que determina a participação da comunidade no SUS, nas três esferas de governo, foi regulada pela lei 8.142/90.

Na esfera federal, o Conselho Nacional de Saúde já existia, com caráter consultivo, desde a década dos trinta. Seu papel, contudo, durante mais de três décadas, foi inexpressivo. No início da década dos setenta foi reorganizado[40], teve sua composição redefinida e a ele foi atribuída competência para "examinar e emitir parecer sobre questões ou problemas relativos à promoção, proteção e recuperação da saúde, que sejam submetidos à sua apreciação pelo Ministro de Estado, bem como opinar sobre matéria que, por força de lei, tenha que ser submetida à sua apreciação." Embora mantivesse seu caráter consultivo, passou a ter importante papel como arena política. Ao longo da década dos setenta foi gradativamente assumindo um perfil técnico normativo e, na década seguinte, seu papel foi inexpressivo.

A legislação pós CF 88 muda radicalmente o papel e as atribuições dos Conselhos. Passam a ser órgão permanente e deliberativo, que normatiza, recomenda, promove diligências, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Suas deliberações, contudo, estão sujeitas à homologação "pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo", faltando-lhes instrumentos próprios que assegurem o respeito às suas deliberações. Em caso de desrespeito, podem valer-se de negociação política, ação judicial ou acionamento do Ministério Público.

A legislação também estabelece sua composição: devem ser integrados por representantes do governo, de prestadores de serviços, de profissionais de saúde e de usuários do sistema. A representação dos usuários deve ser paritária em relação ao conjunto do demais segmentos.

O Conselho Nacional de Saúde teve sua composição e atribuições adaptadas ao novo marco legal[41] no início da década dos noventa. Reúne-se mensalmente e mantém, entre outras comissões técnicas permanentes, a Comissão de Orçamento e Finanças, que tem por finalidade "subsidiar o Conselho Nacional de Saúde nas atividades específicas de promotor e apoiador do processo de Controle Social pelos Conselhos de Saúde das demais esferas do poder, em especial, na disseminação das atividades relativas à questão orça-

40 Decreto 67.300/70.
41 Decreto 99.438/90.

mentária e financeira; acompanhar o processo de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde no contexto da Seguridade Social no âmbito do Orçamento Geral da União - OGU e colaborar na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e Avaliação do SUS."

Reunindo-se regularmente a cada mês, essa Comissão analisa as informações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde relacionadas à execução financeira dos órgãos e programas de saúde desenvolvidos pelo MS, produzindo relatórios que são submetidos à apreciação do Plenário do Conselho. Também assessora o Conselho na análise de matérias relativas ao financiamento, tais como revisão de valores da tabela de remuneração e estabelecimento de tetos financeiros das instâncias subnacionais.

Sua contribuição foi também relevante no contexto da implementação da EC 29, no apoio ao Grupo Técnico formado por representantes da Secretaria de Gestão de Investimentos do MS, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde — CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal, Comissão de Assuntos Sociais do Senado e Associação dos Membros dos Tribunais de Contas — ATRICON. Esse GT foi responsável pela elaboração do documento " Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29", que objetivou o estabelecimento de critérios para a definição do itens de gasto que deveriam ser admitidos para os fins de cômputo dos montantes, na averiguação do cumprimento da EC 29.

Em âmbito estadual e municipal, contudo, a ação dos Conselhos no controle orçamentário ainda é bastante frágil, embora esta seja a atividade à qual é conferida maior ênfase. Restringe-se, contudo, a aspectos relacionados à execução financeira e à legalidade dos atos, pouco influindo na programação dos gastos. Essa constatação, expressa durante o I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde (1995) resultou em recomendação de ações destinadas a fortalecer a atuação dos Conselhos, que incluíram a necessidade de programas de capacitação e de "propor de critérios para programação e para a execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde, deliberando sobre a destinação dos recursos, fiscalizando e controlando seu funcionamento."[42]

b) Sistema Nacional de Auditoria

As atividades de auditoria médica e financeira relacionadas à assistência médica e hospitalar eram desenvolvidas, até o início da década dos noventa, pelo Inamps, de

42 8 Deliberações Finais do I Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, Salvador, 1995

forma centralizada. A implementação do dispositivo previsto na Lei Orgânica da Saúde, do estabelecimento de um Sistema Nacional de Auditoria só ocorreu depois da extinção do Inamps, quando se definiram as atribuições do sistema e os papéis das três esferas de governo em relação a essa importante dimensão da gestão do sistema.[43]

Decreto nº 1.651, de 28/09/1995

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde.

A NOAS 2002 ressalta que todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde e que as atribuições de controle, regulação e avaliação devem ser definidas através de pactuações efetuadas entre eles, com prioridade para: a avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; a relação com os prestadores de serviços; a qualidade da assistência e satisfação dos usuários e os resultados e impacto sobre a saúde da população.

O acompanhamento e a avaliação do desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da eqüidade no acesso e na alocação dos recursos, devem ser efetuadas pelas três esferas de gestão, tendo como instrumento básico o Relatório de Gestão. O controle e a avaliação dos prestadores de serviços, que compreendem a caracterização da rede de estabelecimentos de saúde, o cadastramento de serviços, a condução de processos de compra e contratualização de serviços de acordo com as necessidades identificadas e legislação específica, o acompanhamento do faturamento, quantidade e qualidade dos serviços prestados, entre outras atribuições, devem exercidos pelo gestor do SUS responsável, de acordo com a condição de habilitação e modelo de gestão adotado. Estados e municípios deverão elaborar seus respectivos planos de controle, regulação e avaliação estabelecendo estratégias e instrumentos a serem empregados para o fortalecimento da capacidade de gestão.

43 Decreto nº 1.651, de 28/09/1995.

c) Controle Externo: Secretaria Federal de Controle, Tribunais de Contas e Ministério Público

Os processos de compras de bens e serviços com recursos públicos são regulados por dispositivo constitucional[44] e por legislação específica[45] e sujeitos à fiscalização e controle de instituições próprias, das quais as mais importantes são a Secretaria Federal de Controle Interno, os Tribunais de Contas da União e dos Estados e o Ministério Público.

O Sistema de Controle Interno do Poder Executivo Federal tem como missão avaliar a ação governamental e a gestão dos administradores públicos federais, por intermédio da fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial. A Secretaria Federal de Controle Interno é seu órgão central.

Suas atribuições incluem: a avaliação do cumprimento das metas previstas no plano plurianual; a execução dos programas de governo e dos orçamentos da União; a averiguação da legalidade e avaliação dos resultados, quanto à eficácia e eficiência da gestão orçamentária, financeira e patrimonial nos órgãos e nas entidades da Administração Pública Federal, bem como da aplicação de recursos públicos por entidades de direito privado[46]. Antes integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, a Secretaria Federal de Controle Interno e a Comissão de Coordenação de Controle Interno passaram, a partir de outubro de 2002, a serem vinculadas à Casa Civil da Presidência da República.[47]

O Ministério Público — MP " *é instituição permanente, (...) incumbindo-lhe a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis*"[48], dotada de independência funcional, cabendo-lhe "*zelar pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados (na) Constituição, promovendo as medidas necessárias à sua garantia.*"[49]

Na área da saúde, o MP atua em todas as questões relacionadas ao exercício do direito à saúde (em especial na garantia do acesso a ações e serviços e à qualidade da atenção), e à verificação do cumprimento do dever do Estado na garantia desse direito.

44 Brasil, 1988, Capítulo VII, da Administração Pública, Art. 37, inciso XXI.

45 Uma das mais importantes é a Lei Federal 8.666, de 21/06/93 - Regulamenta o Art. 37, inciso XXI da Constituição Brasileira e institui normas para Licitações e Contratos da Administração Pública, com as alterações da Lei Federal 8.883, de 08/06/94 e Lei Federal 9.648, de 27/05/98.

46 Lei nº 10.180, de 6 de fevereiro de 2001 - art. 19 e 20.

47 Decreto Nº 4.427, de 17 de Outubro de 2002.

48 Lei Nº 8.625, de 12 de Fevereiro de 1993.

49 Brasil, 1988 - Cap. IV, Art. 129 - inciso II.

Para o exercício dessas atribuições, o MP pode "*requisitar informações, exames periciais e documentos de autoridades federais, estaduais e municipais, bem como dos órgãos e entidades da administração direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios; c) promover inspeções e diligências investigatórias junto às autoridades, órgãos e entidades a que se refere a alínea anterior; II - requisitar informações e documentos a entidades privadas, para instruir procedimentos ou processo em que oficie; III - requisitar à autoridade competente a instauração de sindicância ou procedimento administrativo cabível.*"

> Art. 25. Além das funções previstas nas Constituições Federal e Estadual, na Lei Orgânica e em outras leis, incumbe, ainda, ao Ministério Público:
>
> I - propor ação de inconstitucionalidade de leis ou atos normativos estaduais ou municipais, em face à Constituição Estadual;
>
> (...)
>
> IV - promover o inquérito civil e a ação civil pública, na forma da lei:
>
> a) para a proteção, prevenção e reparação dos danos causados ao meio ambiente, ao consumidor, aos bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico, e a outros interesses difusos, coletivos e individuais indisponíveis e homogêneos;
>
> b) para a anulação ou declaração de nulidade de atos lesivos ao patrimônio público ou à moralidade administrativa do Estado ou de Município, de suas administrações indiretas ou fundacionais ou de entidades privadas de que participem;
>
> (...)
>
> VIII - ingressar em juízo, de ofício, para responsabilizar os gestores do dinheiro público condenados por tribunais e conselhos de contas;
>
> (...)

O Tribunal de Contas da União é órgão de controle externo, ao qual compete "*julgar as contas dos administradores e demais responsáveis por dinheiros, bens e valores públicos das unidades dos poderes da União e das entidades da administração indireta, incluídas as fundações e sociedades instituídas e mantidas pelo poder público federal, e as contas daqueles que derem causa a perda, extravio ou outra irregularidade de que resulte dano ao erário.*"[50] No exercício dessa atribuição, realiza a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial; acompanha a arrecadação das receitas; verifica a legalidade, a legitimidade e a economicidade dos atos de gestão e aplica sanções, quando necessário. Pode regulamentar e expedir atos e instruções norma-

50 Lei n.º 8.443, de 16 de julho de 1992.

tivas sobre matéria de suas atribuições e a ele devem prestar contas todos os entes públicos ou privados que utilizem, arrecadem, guardem, gerenciem ou administrem dinheiros, bens e valores públicos.

A tomada ou prestação de contas se dá com base em relatório de gestão; relatório do tomador de contas, quando couber; relatório e certificado de auditoria, com o parecer do dirigente do órgão de controle interno, que consignará qualquer irregularidade ou ilegalidade constatada, indicando as medidas adotadas para corrigir as faltas encontradas e pronunciamento do ministro de Estado supervisor da área ou da autoridade de nível hierárquico equivalente.

Sua atuação tem sido extremamente importante não apenas na fiscalização, mas também no estabelecimento de resoluções que firmam interpretação de dispositivos legais sobre os quais não haja consenso entre os gestores, como ocorreu, por exemplo, com a expressão "demais ações de saúde", contida no parágrafo único do art. 2°, da Lei n° 8.142/90 e que vinha sendo utilizada para justificar o uso de recursos dos Fundos de Saúde em outras áreas de política pública.[51]

Esse conjunto de instituições jogou importante papel na redução das práticas à margem da lei que marcavam o sistema e eram objeto de constantes denúncias até o início da década dos noventa. Mesmo que, pontualmente, ainda ocorram denúncias de corrupção ou de superfaturamento em compras, configurando mau uso do recursos públicos, o processo de *accountability* e a ação decidida dessas instituições, internas e externas, atuando de forma descentralizada e estabelecendo punições aos responsáveis, conferiram ao sistema um grau de controle sobre o gasto nunca antes experimentado. O avanço que se torna necessário é a extensão desse esforço à verificação da qualidade e da efetividade das ações e serviços disponibilizados pelo SUS aos cidadãos.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de reforma do sistema de saúde, desencadeado a partir da Constituição Federal de 1988, tem inegável saldo positivo. Na esfera do financiamento, contudo, persistem desafios importantes. O baixo valor *per capita* alocado pelo setor público, associado às dificuldades para imprimir velocidade à mudança do modelo de atenção, não permitiram, ainda, viabilizar o real cumprimento de dispositivos constitucionais importantes, particularmente os referentes à universalidade de acesso e à integralidade

51 Resolução nº 600/2000 -TCU.

da atenção (o Brasil é, dentre os países que optaram por sistemas universais, o único em que o gasto privado supera o gasto público). Persistem importantes desigualdades de acesso entre cidadãos residentes nas diferentes regiões do país, não obstante os avanços significativos observados na distribuição inter-regional dos recursos.

Importante mudança de rota também pode ser identificada no processo de descentralização, com alguns aspectos positivos e outros negativos. A maior ênfase na atenção básica e os esforços de reorganizar a oferta de ações e serviços mediante processo de regionalização são, sem dúvida, importantes avanços. Mas, em contrapartida, as estratégias e os mecanismos adotados para o repasse de recursos às esferas subnacionais estão longe de corresponder aos dispositivos legais que determinam a descentralização do processo decisório e a adequação das ações às necessidades locais.

O processo de descentralização, como o texto aponta, apresenta uma característica clara: o fortalecimento da presença dos municípios na atenção básica e a restrição ao processo de assunção da responsabilidade plena pela gestão sanitária. Isso ficou evidenciado pela evolução do número de municípios habilitados segundo a condição de gestão: em dezembro de 1995, um ano após o efetivo início do processo de habilitação na condição de gestão semiplena, havia 56 municípios nessa condição de gestão; em novembro de 1999, o número de municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema alcançava 494, correspondendo a 9% do total de municípios. Três anos depois, em 2002, eram 564 municípios em gestão plena (10% do total). Isso sugere que tenha existido, subjacente às estratégias, intenção de "especializar" a esfera municipal na provisão da atenção básica, reservando aos estados e à União papéis preponderantes na oferta de ações de média e alta complexidade.

Como também foi apontado, o esforço de redistribuir foi ofuscado pelos seus efeitos negativos, em razão das estratégias adotadas, que ocasionaram o enfraquecimento do papel das instâncias subnacionais na gestão do sistema, persistindo como desafio o desenho de políticas que permitam combinar a redistribuição de receitas ao fortalecimento do processo de descentralização e da capacidade de gestão.

A extraordinária fragmentação do repasse de recursos aos municípios tem severas conseqüências sobre a possibilidade de planejamento de ações adequadas para o atendimento das necessidades das populações e a forma centralizada como são definidas as parcelas pode resultar em uma gradual redução da responsabilidade sanitária dos gestores subnacionais. Mais grave ainda é o risco de que a fragmentação resulte em danos severos ao princípio da integralidade da atenção, dada a possibilidade de que programas e projetos se autonomizem e sejam operados a partir de lógicas diferentes. O princípio

legal do comando único do sistema em cada esfera de governo fica comprometido, se não houver autonomia sobre a gestão dos recursos e sobre a possibilidade de programá-los sob a ótica das necessidades da população. Reduz-se também a possibilidade de que o controle social opere induzindo políticas e estratégias mais adequadas.

A expansão do uso de mecanismos de "adesão" no repasse de recursos, mediante convênios ou pactos, por outro lado, restaura o risco de reinstalação de práticas clientelistas.

A construção de um sistema que produza efeitos eqüitativos não pode também restringir-se à redistribuição de recursos destinados o custeio: é imprescindível uma política de investimentos orientada para esse objetivo, que promova a expansão da rede e da oferta de serviços de maneira a viabilizar o acesso, dimensão que ainda não foi objeto de adequada atenção.

REFERÊNCIAS

BAHIA, Lígia. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós regulamentação. In: NEGRI, B; GIOVANNI, G. **Brasil, radiografia da saúde**, Campinas: Unicamp, 2001.

BARROS, Elizabeth; PIOLA, Sérgio; VIANNA, Salon. Política de saúde: diagnóstico e perspectivas. **Texto para Discussão**, Brasília: IPEA, n. 401, 1996.

BARROS, Ricardo P. ; HENRIQUES, Ricardo; MENDONÇA, Rosane. A estabilidade inaceitável: desigualdade e pobreza no Brasil. **Texto para Discussão**, Rio de Janeiro: IPEA, n. 800, jun. 2001.

BRAGA, J. Carlos de Souza; PAULA, S. Góes. **Saúde e previdências**: estudos de política social. São Paulo: CEBES, 1981.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. **Emenda Constitucional nº 29**, de setembro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional de Assistência à Saúde**. Brasília, DF, 2001.

_____. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma**

Operacional de Assistência à Saúde. Brasília, DF, 2002.

_____. Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática. Sistema de Informação Ambulatorial. **Banco de dados**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet>

_____. Sistema Único de Saúde. Departamento de Informática. Sistema de Internação Ambulatorial. **Banco de dados**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet>.

CARVALHO, Gilson. **Financiamento federal para a saúde 1988-2001**. 2002. 1v. Tese (doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CORDEIRO, H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Ayuri Editorial, 1991.

CORREIA, M. Valéria C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

DALLARI, S. G. **Municipalização dos serviços de saúde**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD**: acesso e utilização de serviços de saúde. Brasília, DF, 1998.

_____. **Pesquisa Assistência Médica e Sanitária – AMS**. Brasília, DF, 1999.

NEGRI, Barjas; DI GIOVANNI, Geraldo (Org.). **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas, 2001.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. **Ineqüidades en la situación de salud, acesso y gasto en atención de salud**. Washington, DC, 2000.

REIS, Carlos O. O. ; RIBEIRO, José A. C. ; PIOLA, Sérgio F. Financiamento das políticas sociais nos anos 1990: o caso do Ministério da Saúde. **Texto para Discussão**, Brasília: IPEA, n. 802, jun. 2001.

SILVEIRA, Fernando G. ; MAGALHÃES, Luís C. ; TOMICH, Frederico A. **Dimensão, características e evolução do gasto familiar com assistência à saúde no Brasil**. Brasília: IPEA, 2001.

O PAPEL E AS CONSEQÜÊNCIAS DOS INCENTIVOS COMO ESTRATÉGIA DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE

Autores: Áquilas Nogueira Mendes*; Rosa Maria Marques**

RESUMO

Este artigo apresenta os resultados de seis estudos de caso, organizados pela Organização Pan-Americana da Saúde, através do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil, com o intuito de verificar a reação da gestão municipal, sob diferentes formas de adesão ao SUS, aos incentivos do PAB Variável e às transferências federais destinadas, entre outras, às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. Sintetizando os principais resultados obtidos na pesquisa, o artigo discute, para os municípios estudados, se o PAB Variável induziu a política de saúde local, impedindo que o município alocasse os recursos próprios e transferidos segundo as necessidades expressas em seu planejamento. Além disso, é enfatizado se há diferenças de impacto sobre a gestão quando o município é de gestão Plena da Atenção Básica ou Plena do Sistema Municipal. É discutida, ainda, a conseqüência das transferências sob a forma de campanhas, tais como a de combate ao câncer de colo uterino, cirurgia de catarata, entre outras, e de ações estratégicas.

PALAVRAS-CHAVE: financiamento da saúde; transferências federais; gasto municipal com saúde; gestão e planejamento da política de saúde local.

ABSTRACT

This article presents the results of six case studies organized by Pan-American Health Organization, through its Observatory of Brazilian Reform Health System. Its objective is to analyse the municipal management reaction, under the different levels of management in Health Unified System (SUS), to "PAB-variável" incentives and to federal transfers directed, among others, to the "campaigns" developed by the Ministry of Health. Summing

* Professor da Faculdade de Economia da FAAP/SP e técnico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal – Cepam/SP.

** Professora titular do Departamento de Economia da PUC/SP.

up the main results found in the research, this article discusses, to the municipalities studied, if the "PAB-variável" has induced local heath policy, preventing the municipality to allocate its own and transfered resources according to health necessities raised in its planning. Beyond this, it is emphasized if there are different results when the municipality is under Basic Care Management or Fully Municipal System Management. It is also discussed, the consequence of federal transfers under "campaigns", such as "combate ao câncer de colo uterino", "cirurgia de catarata", amonst others, and strategic actions.

KEY WORDS: health financing; federal transfers; municipal government expenditure in health; managing and planning of local heath policy.

INTRODUÇÃO

Ao longo da década de 90, o avanço do processo de municipalização, a universalização da atenção básica e o estabelecimento de novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde foram prioridades-chave da política desenvolvida pelodo investimento do Ministério da Saúde. Na tentativa de reorientar a reorganização da lógica assistencial do SUS e da política de saúde, o Ministério atribuiu ênfase à implementação de uma nova dinâmica para os mecanismos de transferência e de aplicação dos recursos da esfera federal. De um lado, perseguindo uma reforma mais ampla do financiamento do setor saúde, o governo federal promoveu e estimulou o aumento dos recursos financeiros destinados à atenção básica, priorizando as transferências a municípios, através da introdução de incentivos financeiros, particularmente do Piso de Atenção Básica Variável. De outro lado, foram expandidas as transferências fundo a fundo para a Média e Alta Complexidade e as transferências relacionadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.[1]

A implantação dessa política, a diante desse quadro, a despeito de apresentar resultados positivos ou não, despertou uma série de indagações, tais como: a introdução de incentivos, campanhas e outras formas de direcionamento de recursos, poderiam estar constrangendo a autonomia do município na alocação dos recursos transferidos a seu fundo? A constante utilização de campanhas a partir de 1998 e o estímulo a que os municípios Pode-se admitir que o fato de as "campanhas" terem se tornado uma prática

1 Para o o conhecimento da despesa do Ministério da Saúde realizada sob ass formas s de pagamentos direto aos prestadores de serviços e de transferências aos estados e municípios habilitados no SUS, no período entre 1997 e 2001, ver Marques & Mendes (2002).

constante a partir de 1998 e o fato de os municípios serem estimulados a incorporar os programas que lhe acrescentam receita financeira são elementos que reforçam o poder e a determinação do governo federal na formulação da política de saúde e, dificultando a realização de um planejamento autônomo por parte dos municípios mais adequado às necessidades locais?

Na busca de elementos que esclarecessem essas questões, a realidade, as respostas ao conjunto dessas perguntas foram motivadas pela Organização Pan-americana da Saúde, através do Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil, que teve a iniciativa de promover a realização de seis estudos de caso junto a municípios de diferentes formas de gestão, numa pesquisa sobre as conseqüências dos incentivos federais no financiamento das ações e serviços de saúde locais, buscando levantar elementos qualitativos para o aprofundamento da discussão em torno dessa problemática. Os resultados obtidos nessa pesquisa são aqui apresentados.

O objetivo deste artigo é apresentar os principais resultados dessa pesquisa sobre a reação da gestão municipal ao PAB variável e às transferências destinadas, entre outras, às campanhas, levando em conta os seguintes aspectos: as diferentes formas de habilitação ao SUS; o porte populacional; o nível da arrecadação *per capita* municipal; os recursos próprios utilizados na área da saúde (Emenda Constitucional 29); e a experiência do município no tocante à gestão descentralizada do SUS (medida em anos de adesão — gestão semiplena pela NOB 93 e plena do sistema pela NOB 96). Além de municípios do Rio de Janeiro e do Rio Grande do Sul, estados onde o Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil opera, foram incluídos municípios do estado de São Paulo. Esses aspectos constituem variáveis relevantes na determinação da autonomia do município na política de saúde.

O artigo está dividido em cinco partes. A primeira delas é dedicada ao envolvimento dos municípios no gasto com saúde; a segunda parte analisa o comportamento das transferências federais para os municípios; a terceira verifica o desempenho do gasto em saúde realizado pelos municípios por categoria econômica, bem como sua destinação através da alocação dos recursos executados em nível de subprogramas, projetos e atividades; a quarta parte descreve os principais programas/ações que têm sido contemplados nos instrumentos de Gestão e Planejamento da Política de Saúde dos Municípios, visando verificar em que medida eles encontram relação com os recursos federais transferidos aos municípios; a quinta e última parte apresenta a opinião dos secretários municipais de saúde e dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde sobre diferentes aspectos do papel das transferências federais na condução da política local de saúde.

NOTA METODOLÓGICA

De forma específica, o artigo investiga se o PAB Variável induz à determinação da política de saúde municipal, impedindo que o município aloque os recursos próprios e transferidos segundo as necessidades sentidas pelo planejamento local, bem como analisa se o impacto do PAB Variável sobre a definição da política de saúde é diferente quando o município é de gestão plena da Atenção Básica ou Plena do Sistema Municipal. São analisadas, ainda, as conseqüências das transferências que compreendem campanhas de combate ao câncer de colo uterino, cirurgia de catarata, entre outras, e ações estratégicas na política de saúde dos municípios de gestão plena do sistema municipal.

Com a finalidade de contemplar a diversidade das realidades locais e dos variados graus de autonomia do governo municipal com relação à habilitação ao SUS, foram realizados 6 estudos de caso junto a municípios dos estados em que o Observatório da Reforma do Sistema de Saúde no Brasil opera, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Além disso, a pesquisa incluiu três municípios do estado de São Paulo. A escolha desses municípios respondeu aos critérios da forma de gestão dos municípios (Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema Municipal); diferentes portes populacionais; capacidade de arrecadação própria; comprometimento da Receita Própria com saúde; anos de adesão à gestão descentralizada do SUS (gestão semiplena pela NOB 93 e plena do sistema pela NOB 96); e localização regional, respeitando os estados do Observatório.

Os municípios pesquisados nos estudos de caso foram realizados, no estado de São Paulo foram, junto aos municípios de Assis, Jacareí e Ipaussu; no estado do Rio de Janeiro, a escolha recaiu sobre Resende e Natividade; e no estado do Rio Grande do Sul, em Lindolfo Collor. Na fase de escolha dos municípios, também era objetivo analisar Caxias do Sul, do Rio Grande do Sul. Contudo, por motivos alheios à pesquisa, não foi possível contar com suas informações.

A eleição dos critérios de escolha acima mencionados permitiu que a pesquisa do impacto do PAB Variável e das transferências (definidas anteriormente) fosse realizada em municípios com diferentes realidades. Os municípios de maior porte, com mais de 100.000 habitantes, estão representados por Resende e Jacareí, todos eles em gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB 96. Em relação à NOB 93, o primeiro estava na condição de Semiplena e Jacareí em gestão Parcial. São municípios de pequeno porte, com menos de 20.000 habitantes, Natividade, Ipaussu e Lindolfo Collor. Atualmente esses municípios estão em gestão Plena da Atenção Básica; segundo a NOB 93, Natividade estava em gestão Parcial e Ipaussu em gestão Incipiente. Lindolfo Collor não estava habilitado ao SUS antes da NOB 96.

O Quadro 1 apresenta a população, as condições de gestão do SUS, conforme a NOB-01/93 e NOB-96, a Receita Própria *per capita*, assim definida conforme a determinação da Emenda Constitucional 29 e o percentual da receita própria gasta em saúde para os municípios estudados. O Quadro 2 apresenta a organização do setor de saúde nessesos municípios.

Quadro 2
Caracterização Geral dos Municípios

Estado	Municípios	População 2000	Condição de Gestão NOB/96	NOB/93	Receita Própria conf.% EC 29 *per capita* 2000 (*)	Receita Própria Aplicada em Saúde 2000 (**)
Rio de Janeiro	Natividade	15.125	P. Básica	Parcial	R$ 546,78	7,97
	Resende	104.549	P. Sistema	Semiplena	R$ 497,51	18,82
São Paulo	Assis	87.251	P. Sistema	Semiplena	R$ 379,74	16,99
	Jacareí	191.291	P. Sistema	Parcial	R$ 614,02	22,70
	Ipaussu	12.553	P. Básica	Incipiente	R$ 509,56	16,26
Rio Grande do Sul	Lindolfo Collor	4.414	P.Básica	-	R$ 665,99	6,48

Fonte: Para População IBGE e para demais SIOPS/DATASUS/MS
(*) Receita de impostos (IPTU, ISS, ITBI), mais Transferências Constitucionais conforme a EC 29.
(**) Despesa própria com Saúde / Receita própria conforme a EC 29

Quadro 3
SUS: Estrutura da oferta por tipo de serviço e segundo a modalidade de gestão local em seis municípios selecionados - 2001

	Gestão Plena Básica			Gestão Plena Sistema		
UNIDADES DE SAÚDE	Natividade	Ipaussu	Lindolfo Collor	Resende	Assis	Jacareí
Rede Básica e especializada Unidades Básicas de Saúde.	1 (Média Complexidade.)	1	1	10	7	11
Unidades de Saúde da Família	4	-	-	8	10	
Centro de Saúde	1	1	-	-	-	-
Unidade Mixta	-	-	-	1		1
Unidades de Especialidades	-	-	-	2	1	1
Pronto Socorro	-	-	-	-	1	1
Centros Especializados	-	-	- (Psico;Reabil; Adolesc. Mulher)	4 (Psico-Social)	1 (Adolesc.)	1
Outras Unidades	2 (Unid. Amb.filantr. e Unid.Apae)	-	-	6	1	4
Sist.Apoio Diag.e Terap. Labor.Análises Clínicas	1	-	- (municipal)	1 (filant/lucrat.)	7 (municipal)	1
Rede Hospitalar Hospital	-	-	-	3	3	3
.Municipal	-	-	- nd	1	-	-
.Filantrópico	-	1	- 91 leitos	1 87 leitos	1 156 leitos	1
.Lucrativo	-	-	- 42 leitos	1 10 leitos	1 118 leitos	2
.Estadual	-	-	-	- 123 leitos	1	-

Fonte: Planos e Relatórios de Gestão Municipais

O período analisado foi 1998/2001, uma vez que a implantação dos diferentes incentivos ocorreu nesses anos. Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: a análise documental e o questionário auto-aplicável. O primeiro é integrado por: extratos das contas municipais das transferências federais para o Fundo Municipal de Saúde; mecanismos de planejamento e gestão da política de saúde, preconizados pelo SUS, tais como a Agenda Municipal de Saúde, o Plano Municipal de Saúde e o Relatório de Gestão; Balanços Gerais Municipais e o banco de dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde — Siops para a análise das despesas executadas em saúde.

Os Para os questionários auto-aplicáveis foram dirigidos. Utilizou-se a auto-aplicação, realizada junto aos secretários municipais de saúde e aos gestores do Fundo Municipal de Saúde (quando existentes).

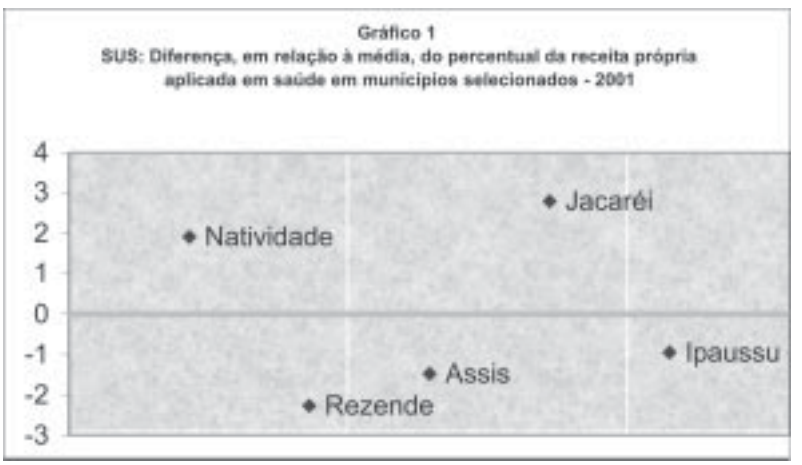
O período compreendido para análise das informações foi de 1998 a 2001, uma vez que, neste período, foram implementados os incentivos, traduzindo uma nova sistemática para as transferências federais.

1. O ENVOLVIMENTO DOS MUNICÍPIOS NO GASTO COM SAÚDE

Nos anos 90, o comprometimento dos municípios com a implementação do SUS resultou, entre 1994 e 2000, numa redução do gasto público total *per capita* de R$230,29 para R$238,17 (valores corrigidos pelo IGP-DI de dezembro de 2001), ampliando a participação dos municípios nesse gasto de 17,2% para 24,3**%.**[1]

Esse mesmo tipo de comprometimento foi observado com relação aos municípios estudados. Contudo, a pesquisa realizada revelou que entre esses municípios não há correlação entre o seu grau de comprometimento com o gasto com saúde e a forma de habilitação ao SUS. No ano de 2001, por exemplo, Natividade, município em gestão plena da atenção básica, superou em quase 2 pontos percentuais o percentual médio de aplicação da receita própria para os 6 municípios analisados (19,75%). Já Resende e Assis, em gestão Plena do Sistema Municipal, aplicaram abaixo da média em 2,27% e 1,48%, respectivamente (Gráfico 1).

Gráfico 1
SUS: Diferença, em relação à média, do percentual da receita própria aplicada em saúde em municípios selecionados - 2001



Fonte: Balanços Municipais.

1 Informações obtidas em Marques & Mendes (2001); e para o ano de 2000, os dados foram extraídos de Faveret *et al* (2001), com base no Siops.

A idéia geralmente difundida de que municípios em gestão mais avançada acabam por comprometer maior volume de seus recursos próprios em saúde somente se confirmou em Jacareí (2,79% acima da média em 2001) e em Ipaussu, pelo seu reverso, que aplicou 0,95% abaixo da média no mesmo ano. No caso de Lindolfo Collor, que não forneceu dados de 2001, para os demais anos registrou, tal como Ipaussu, comprometimento abaixo da média.

No tocante ao parâmetro mínimo de gasto em saúde definido pela Emenda Constitucional 29 (15%), chama atenção que, em 2000, apenas Natividade e Lindolfo Collor não alocavam os recursos na proporção definida. Lindolfo Collor, para esse ano, alocou em saúde percentual inferior a 7%. Em 2001, no entanto, tanto esse município como Natividade, superaram de longe o limite mínimo. Em termos da receita própria *per capita*, assim definida pela EC 29, a mesma dispersão foi verificada em relação à média dos municípios, com exceção de Resende, que ficou acima da média. A dispersão desse indicador pode ser melhor apreendida no Gráfico 2.

Gráfico 2
Diferença em relação à média da receita própria *per capita* nos municípios - 2001

Fonte: Balanços Municipais

2. AS TRANSFERÊNCIAS FEDERAIS PARA OS MUNICÍPIOS

Entre 1998 e 2001, as transferências federais para a atenção básica em todos os municípios foram significativas, mesmo para os municípios em gestão Plena do Sistema Municipal. Em Resende, esses recursos nunca foram inferiores a 24%; em Assis, a 18% e

em Jacareí, a 21%. Para se ter uma idéia do comportamento do crescimento dessas transferências federais, destacam-se três movimentos: 1) elevação expressiva de 402,0% em Natividade; 2) aumento médio em torno de 20%, sendo 26,9% em Jacareí e 20,3% em Resende; 3) crescimento modesto de 7,6% em Ipaussu e 2,2% em Assis. O município de Lindolfo Collor começou a receber recursos apenas a partir de 2000. Mesmo assim, registrou, entre 2000 e 2001, aumento de 6%, o que o coloca no terceiro tipo de crescimento.

Especificamente, nos municípios de gestão plena da atenção básica, as transferências federais destinadas para o PAB Fixo apresentaram queda quando se compara a situação de 2001 àquela de 1998. Surpreende o fato de, em Natividade, o movimento de decréscimo haver sido contínuo ao longo de todo o período analisado; enquanto que, em Ipaussu, a redução foi localizada somente no ano de 2001. Por sua vez Lindolfo Collor, por ter se habilitado em 2000, já apresenta, desde esse ano, percentual de 34,6% (Tabela 1).

Tabela 1
SUS: Distribuição percentual, por componente do PAB, das transferências do Ministério da Saúde destinadas à atenção básica em três municípios sob Gestão Plena da Atenção Básica.
1998 - 2001

em % e R$ dez/2001, sem centavos

	Natividade				Ipaussu				Lindolfo Collor			
ATENÇÃO BÁSICA	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
PAB – Fixo	83,1	76,1	52,3	28,8	94,3	93,0	93,1	81,3	-	-	34,6	37,5
PACS	9,3	13,1	12,4	9,7	-	-	-	-	-	-	10,1	12,2
PSF	-	-	-	30,2	-	-	-	-	-	-	51,6	43,2
Vig. Sanitária Comb.	2,1	1,9	1,3	0,7	2,4	2,3	2,3	2,2	-	-	0,9	0,9
Carências Nutric. Farmácia	5,5	6,3	4,3	2,4	3,3	4,7	4,6	4,4	-	-	-	1,8
Básica - Municipal	-	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-	2,4	3,7
Epidem.e Contr de Doenças	-	-	29,7	28,1	-	-	-	11,7	-	-	-	-
Medicamentos Saúde Mental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,4	0,5
C.Nac.de Usuários do SUS	-	-	-	0,1	-	-	-	0,4	-	-	-	0,1
Total %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	100,0	100,0
Total	112.058	265.966	342.723	563.332	155.152	196.064	176.823	167.019	-	-	113.191	119.934

Fonte: www.datasus.gov.br - acesso direto em 10/09/2002
Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

A perda de importância do PAB Fixo nas transferências federais resultou no crescimento dos componentes do PAB Variável. Em 2001, a situação encontrada foi: em Natividade, 30,2% para o PSF e 28,1% em Epidemiologia e Controle de Doenças; em Ipaussu, 11,7% em Epidemiologia e Controle de Doenças. Já em Lindolfo Collor, que aderiu à gestão plena da atenção básica em 2001, quando o PSF já se destacava enquanto estratégia prioritária do governo federal, a participação do PAB Fixo sempre foi, por conseqüência, relativamente modesta. Em seu lugar, destaca-se o peso atribuído ao PSF: 51,6% em 2000 e 43,2% em 2001 (Tabela 1).

No caso dos municípios em gestão Plena do Sistema Municipal — Resende, Assis e Jacareí —, percebe-se que, no interior da Atenção Básica, o PAB Variável também assume crescente importância (Tabela 2). O grande destaque no decorrer do período foi o aumento do PSF em Resende (3,4 pontos percentuais) e em Assis (3,09 pontos percentuais). Já em Jacareí, o principal componente do PAB Variável foi o incentivo à Vigilância Sanitária. Neste município, os recursos dirigidos ao PSF podem ser considerados baixos quando comparados aos dos demais. A inclusão da transferência federal ao PSF em Jacareí ocorreu apenas em 2000.

Tabela 2
SUS: Distribuição percentual, por componente do PAB, das transferências do Ministério da Saúde destinadas à Atenção Básica e aos demais níveis de atenção em três municípios sob Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde
1998 - 2001

	Resende				Assis				Jacareí			
TIPO DE DESPESA	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
ATENÇÃO BÁSICA	26,0	24,1	28,8	31,3	21,9	18,2	21,5	22,4	21,4	23,7	26,8	27,2
PAB - Fixo	23,5	19,7	17,4	17,0	17,5	13,1	13,0	11,6	20,8	23,2	23,5	21,9
PACS	1,4	1,7	2,0	2,0	0,7	1,0	1,2	1,2	0,1	-	0,1	0,2
PSF	0,4	0,6	3,0	3,9	3,0	3,3	4,8	6,1	-	-	0,4	0,4
Vig. Sanitária	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,5	0,6	0,6	0,6
Comb. Carências Nutric.	0,2	1,0	0,9	0,8	0,4	0,5	0,5	0,4	-	-	-	0,7
Farmácia Básica Municipal	-	0,7	1,7	1,7	-	-	-	-	-	-	-	
Epidemiologia e Contr.Doenças	-	-	3,3	5,3	-	-	1,7	2,5	-	-	2,1	3,3
C.Nacional de Usuários do SUS	-	-	-	0,1	-	-	-	0,0	-	-	-	0,2
Incentivo Saúde Bucal	-	-	-	-	-	-	-	0,1	-	-	-	
Medicamentos Saúde Mental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO	74,0	75,9	71,3	68,8	78,1	81,8	78,5	77,6	78,6	76,3	73,2	72,9
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	5.498	6.677	6.685	6.382	6.736	8.943	7.898	8.077	7.913	9.822	8.580	8.640

Fonte: www.datasus.gov.br - acesso direto em 10/09/2002
Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

De forma sintética, o quadro 3 apresenta os componentes do PAB Variável dos municípios analisados, para o ano de 2001. Nele se verifica que, seguindo a seguinte ordem de importância: a) o incentivo do Programa de Saúde da Família aparece em primeiro lugar para Natividade, Lindolfo Collor e Assis, em segundo lugar para Resende e, em quarto lugar, para Jacareí; b) o incentivo Epidemiologia e Controle de Doenças aparece em primeiro lugar para Ipaussu, Resende e Jacareí, em segundo lugar para Natividade e Assis. Apenas Lindolfo Collor não dispõe desse incentivo (Quadro 3).

Quadro 4
Ranking dos componentes do PAB-variável nos municípios, por ordem de importância (2001)

Plena Básica		
Natividade	Ipaussu	Lindolfo Collor
PSF	Ep.e Controle Doenças	PSF
Ep.e Controle Doenças	Comb.Carências Nutric.	Farmácia Básica - Munic.
Comb.Carências Nutric.	Vig.Sanitária	Comb.Carências Nutric.
Vig.Sanitária	-	Vig.Sanitária
Plena Sistema Municipal		
Resende	Assis	Jacareí
Ep.e Controle Doenças	PSF	Ep.e Controle Doenças
PSF	Ep.e Controle Doenças	Comb.Carências Nutric.
PACS	PACS	Vig.Sanitária
Farmácia Básica - Munic.	Comb.Carências Nutric.	PSF
Comb.Carências Nutric.	-	PACS

A análise das transferências federais para a Média e Alta Complexidade, nos municípios em gestão Plena do Sistema, revela que sua participação relativa no total das transferências foi decrescente, em que pese representarem cerca de 70% desse total. Registre-se que no período a queda foi de: -8,2% em Resende; -2,3% em Assis e -10,3% em Jacareí. Isso se deveu ao aumento de importância atribuído pelo governo federal à atenção básica ao longo da segunda metade dos anos 90 (Tabela 3).

Analisando-se os componentes que integram as transferências para a Média e Alta Complexidade, observa-se que, para os três municípios, o maior componente é o da "Assistência Hospitalar e Ambulatorial (MAC)". Contudo, chama atenção que, a partir de 1998, ocorre o "desdobramento" dessa transferência (sem que desapareça como item específico) em diferentes itens "carimbados" pelas campanhas do Ministério da Saúde. Já em 2001, por conta da Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS, foram criados dois itens: "Gestão Plena do sistema municipal média complexidade", que absorve, do total das transferências, 42,2% em Resende; 36,6% em Assis e 30,64% em Jacareí; e "Gestão Plena do sistema municipal alta complexidade", sendo 0,8%, 7,5% e 9,9%, respectivamente nesses municípios (Tabela 3).

Tabela 3
SUS: Distribuição percentual, por item específico, das transferências do Ministério da Saúde destinadas à Média e Alta Complexidade em três municípios sob gestão Plena do Sistema — 1998-2001

em % e R$ mil de dez/2001

	Resende				Assis				Jacareí			
TIPO DE DESPESA	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001	1998	1999	2000	2001
MÉD.ALTA COMPLEXIDADE	74,02	75,90	71,25	68,00	78,08	81,78	78,48	76,25	78,61	76,27	73,23	70,55
Assist.Hosp.e Amb.(MAC)	70,86	75,37	70,90	24,47	76,22	80,9	77,71	31,59	76,66	74,58	71,10	28,69
Prog.Comb. Câncer Colo Uterino	-	0,07	0,07	0,04		0,34	0,47	0,16	-	0,96	1,90	0,85
Transplantes	-	-	-	-	-	-	0,02	0,01	-	-	0,01	-
Camp.Cirurgia de Catarata	-	0,03	0,01	-	-	0,54	0,26	0,16	-	0,17	-	0,31
P.Nac.Controle da Tuberculose	-	0,06	0,11	0,11	-	-	0,01	-	-	-	-	0,01
Camp.Cirurgia de Próstata	-	-	0,13	0,35	-	-	-	0,07	-	0,08	0,06	0,06
Camp.Cirurgia de Varizes	-	0,02	0,01	0,06	-	-	-	-	-	0,18	0,06	0,01
Camp.Retinopatia Diabética	-	-	0,02	0,03	-	-	-	-	-	-	-	-
Gestantes de A.Risco/ExtraTeto	-	0,35	-	-	-	-	-	-	-	0,18	-	-
Co-financ.Custeio Un.Próprias	-	-	-	-	-	-	-	0,16	-	-	-	-
G.P.Sistema - Média Complex.	-	-	-	42,17	-	-	-	36,62	-	-	-	30,64
G.P.Sistema - Alta Complex.	-	-	-	0,77	-	-	-	7,46	-	-	-	9,98
Fator Recomp. 25% (Plena)	3,16	-	-	-	1,86	-	-	-	1,95	-	-	-
Impacto da Psiquiatria	-	-	-	-	-	-	-	0,02	-	-	-	-
Antígeno HLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,07	-
Neurocirurgia - Extra Teto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,04	-	-
Leitos UTI - Extra Teto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,06	-	-
Camp.Cirurgia de Hérnia Inguinal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,02	-	-
Cirurgia Oncológica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,03	0,02
DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO	25,98	24,10	28,75	32,00	21,92	18,22	21,52	23,75	21,39	23,73	26,77	29,45
TOTAL %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
TOTAL	5.498	6.677	6.685	6.382	6.736	8.943	7.898	8.077	7.913	9.822	8.580	8.640

Fonte: www.datasus.gov.br - acesso direto em 10/092002
Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

É significativo o crescimento das transferências federais "carimbadas" — campanhas — a partir de 1999. Em 2001, a principal transferência "carimbada" para Assis e Jacareí foi o Programa Combate ao Câncer de Colo Uterino, seguida da Campanha de Cirurgia de Catarata. Já em Resende, os principais itens foram a Campanha de Cirurgia de Próstata e o Programa Nacional de Controle de Tuberculose. Embora as participações relativas dessas transferências em relação ao total dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde possam ser consideradas pequenas nos três municípios de gestão Plena do Sistema Municipal, verifica-se que é crescente a política de "prática de carimbos" assumida pelo governo federal.

Ainda, nesta perspectiva, destaca-se que, no ano de 2001, foram criados 16 itens como "desdobramento" das transferências federais para Ações Estratégicas nos três municípios de gestão Plena do Sistema Municipal. Os recursos repassados para esse conjunto de ações representaram, do total das transferências federais, 2,3% em Jacareí, 1,34% em Assis e 0,75% em Resende. Essas Ações Estratégicas referem-se a, entre outras, Campanhas de Oftalmologia e Câncer de Colo Uterino (ambas em Jacareí), Próstata, Tuberculose e Varizes (Resende) (Tabela 4).

Tabela 4
SUS: Distribuição percentual, por item específico, das transferências do Ministério da Saúde destinadas às Ações Estratégicas em três municípios sob Gestão Plena do Sistema Municipal - 2001 - em % e R$ mil de dez/2001

TIPO DE DESPESA	Resende	Assis	Jacareí
AÇÕES ESTRATÉGICAS	0,75	1,34	2,30
Acompanhamento a Def. Auditivo	0,01	0,01	-
Campanha de Oftalmologia	0,05	0,72	0,58
Câncer de Colo Uterino	0,05	0,48	1,40
Humanização do Parto	0,01	-	-
Próstata	0,26	0,12	0,10
Queimados	0,02	0,01	-
Tuberculose	0,10	-	0,06
Varizes	0,24	0,01	0,12
Cirurgias de Alta FrequênciaFreqüência	-	-	-
Pré-Natal	-	-	-
Neonatal - SIA	0,01	-	-
Transplantes	-	-	0,03
Deformidade Crânio-Facial - SIA	-	-	0,01
DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO	99,25	98,66	97,7
TOTAL %	100,0	100,0	100,0
TOTAL	6.382	8.077	8.640

Fonte: www.datasus.gov.br - acesso direto em 10/09/2002
Obs: Dados referem-se ao regime de competência; deflator médio IGP-DI/FGV

3. O DESEMPENHO DO GASTO EM SAÚDE REALIZADO PELOS MUNICÍPIOS POR CATEGORIA ECONÔMICA, SUBPROGRAMA, PROJETOS E ATIVIDADES.

Quanto à *categoria econômica* do gasto em saúde realizado pelos municípios, no período de 1998 a 2001, Despesas Correntes sempre absorveram mais de 90% do total, chegando em todos os municípios, em alguns momentos, a atingir 98%. Isso, mais do que refletir a pouca preocupação dos municípios estudados em ampliar a capacidade instalada em saúde, em promover reformas, em reequipar, adquirir veículos, etc., expressa a realidade geral dos municípios brasileiros, cuja "rigidez" das despesas em saúde (pessoal, convênios, etc.) restringe-os à realização, em maior parte, das despesas de custeio. A exceção ocorreu em Lindolfo Collor que, por ser um município novo (desmembrado de Ivoti em 1992) e de habilitação recente ao SUS, gastou em Despesas Correntes apenas 66,61% em 1998. Esse percentual, no entanto, se elevou para os patamares "normais" dos municípios, atingindo, 94,6% em 2000.

Dessa forma, o nível da participação de Despesas Correntes no total do gasto em saúde dos municípios analisados não apresentou relação com o tipo de gestão (Plena de Assistência Básica ou Plena do Sistema Municipal) e com o porte do município.

Em todos os municípios analisados, os principais itens de Despesas Correntes são, nesta ordem, Pessoal, Serviços de Terceiros e Material de Consumo. Em alguns municípios, por exemplo em Ipaussu, o gasto com Pessoal chegou a 91,6% do total da despesa com saúde, em 1998. Os municípios em gestão Plena do Sistema Municipal mantiveram, ao longo do período, o nível de comprometimento com o gasto de Pessoal. Os municípios em gestão Plena da Assistência Básica, com exceção de Lindolfo Collor (atente-se para o fato de as informações de 2001 não terem sido disponibilizadas), reduziram significativamente a participação do gasto com Pessoal, de maneira que, em 2001, essa participação representava pouco mais que 50% do total do gasto com saúde. Esse percentual, como pode ser visto na Tabela 5, é igual àquele praticado pelos demais municípios, com exceção de Resende, que sempre alocou entre 31% a 34% dos recursos em Pessoal, bem abaixo dos demais.

Tabela 5
Percentual do gasto com Pessoal no total da despesa com saúde nos municípios — 1998-2001

MUNICÍPIOS	1998	1999	2000	2001
RESENDE	31,0	34,2	31,6	33,9
ASSIS	50,8	53,9	51,2	51,2
JACAREÍ	54,3	51,7	56,0	53,5
NATIVIDADE	70,1	65,4	62,2	52,2
IPAUSSU	91,6	53,2	64,0	55,0
LINDOLFO COLLOR	36,8	33,29	38,82	-

Fonte: SIOPS/MS

No tocante ao *gasto em saúde por subprograma, projeto/atividade*, Natividade, Ipaussu e Lindolfo Collor não apresentaram as informações do Anexo 6 do Balanço Municipal, de modo que não foi possível analisar o registro das despesas por esse tipo de classificação. Isso reforça a idéia de que municípios de pequeno porte e com pouca estrutura administrativa apresentam dificuldades em dar conta dos registros mais específicos.

Já os municípios de Resende, Assis e Jacareí, todos de grande porte e em gestão Plena do Sistema, destinaram a maior parte dos recursos para o subprograma Assistência Médica e Sanitária, ao longo do período analisado. Em Resende, aparentemente esse percentual é bem mais baixo, mas somente porque esse município apresenta a totalidade do subprograma sob a unidade orçamentária Departamento de Administração da Saúde, onde o subprograma de Administração Geral absorve nível significativo dos recursos (Tabela 6).

Tabela 6
Percentual do subprograma Assistência Médica e Sanitária nos municípios de Plena do Sistema — 1998-2001

RESENDE	35,25	33,99	36,61	32,90
Dep de Administração em Saúde	69,46	72,57	74,72	72,31
ASSIS	84,98	85,84	86,96	84,52
JACAREÍ	99,83	99,69	100,00	

Fonte: Balanços Gerais dos Municípios

Dito de outra maneira, Resende preocupa-se em separar o gasto meio da despesa fim. Também esse município, ao detalhar as atividades, permite transparência do gasto, muito embora não apresente a despesa com saúde, a partir de 2001, tal como determinado pela portaria 42/99 do Tesouro Nacional, isto é, em Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial.

O detalhamento apresentado por Resende permite aferir a importância relativa dos programas incentivados pelo governo federal e daqueles definidos a partir do planejamento local. Para se ter uma idéia, apesar de a despesa dos subprogramas Epidemiologia e Controle de Doenças, e Combate às Carências Nutricionais corresponderem somente a 0,95% e 0,37% do total do gasto de Resende em 2001, é importante registrar sua presença a partir deste ano, pois trata-se de atividades consideradas prioritárias para o governo federal na luta pela ampliação da atenção básica no país. Essas atividades são fundamentalmente financiadas através de recursos federais.

O município de Jacareí apresenta a despesa com saúde do ponto de vista dos subprogramas/projetos/atividades considerando, para o período 1998 a 2000, os seguintes subprogramas: Assistência Médica e Sanitária e Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis. Em 2001, essa forma de apresentação é substituída por: Atenção Básica e Assistência Hospitalar e Ambulatorial, em consonância com a determinação da portaria 42/1999 do Tesouro Nacional. Nos anos 1998 a 2000, Assistência Médica e Sanitária absorveu 99,83%, 99,69% e 100,00% dos recursos gastos em saúde no município de Jacareí. Nesse período, a principal atividade foi a de Manutenção do Gabinete do Secretário, a qual, em 2000, representou 62,4% do total da despesa com saúde. Em 1998 e 1999, Controle e Erradicação de Doenças Transmissíveis absorveu somente 0,17% e 0,31%, respectivamente. Em 2000, esse subprograma deixou de existir como rubrica.

No caso de Assis, o demonstrativo do gasto por subprograma e projeto/atividade dificulta o real acompanhamento da alocação do gasto em saúde. Isto é perceptível quando se verifica o caso do principal programa da Assistência Médica e Sanitária: em 1998 e 1999 quase 80% está alocado em Departamento em Saúde e, em 2000 e 2001, Operação de Manutenção do Departamento de Saúde. De outro lado, vale destacar, também, a Vigilância Sanitária, que teve seus recursos diminuídos em 50,8%, entre 1998 e 2001, passando de R$458,903 mil para R$225,858 mil, respectivamente. Essa redução ocorreu especialmente em Erradicação da Dengue, que ora aparece como desdobramento do subprograma Operação de Manutenção do Fundo Municipal de Saúde, ora como subprograma à parte. Em suma, a classificação do gasto com saúde por subprograma, projeto/atividade em Assis utiliza nomenclatura genérica, pouco ou nada auto-explicativa.

4. GESTÃO E PLANEJAMENTO DA POLÍTICA DE SAÚDE NOS MUNICÍPIOS

A análise dos instrumentos de Gestão e Planejamento — Agenda, Plano Municipal de Saúde e Relatório de Gestão — revela que, com exceção de Resende e Jacareí (apenas 2001), o cotejamento entre as ações planejadas e as realizadas nos municípios, independentemente da condição de gestão e porte populacional, foi difícil de ser realizada. Isto porque, se de um lado o Plano Municipal foi escrito com grande detalhamento das ações a serem executadas, destacando objetivos, estratégias, metas e indicadores, por outro, o Relatório de Gestão não o foi. Ao contrário, neste último instrumento, foram priorizadas realizações em termos preferencialmente quantitativos. Contudo, cumpre ressaltar que, mesmo assim, verificou-se relação entre as prioridades definidas pelos municípios — sejam elas em termos de ações planejadas ou ações realizadas — e os recursos repassados pelo Ministério da Saúde através dos incentivos.

No tocante às ações em saúde consideradas prioritárias no planejamento local pelos municípios em gestão Plena da Atenção Básica, que recebem incentivos federais para a sua implantação, observou-se que: a) em Natividade, Ipaussu e Lindolfo Collor há ênfase nos programas relacionados ao PSF, Pacs e às Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica. Nesta última, é dado destaque aos programas de Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose. Particularmente dentre todos esses programas, Ipaussu foi o único município que não relacionou o PSF como prioridade; b) Natividade e Lindolfo Collor indicam também prioridade para as ações relacionadas à atenção ao parto, à gestante e ao recém-nascido, através de programas constituídos em Saúde da Criança e Saúde da Mulher; c) dentre outros programas voltados para a Atenção Básica e Vigilância à saúde, Ipaussu — com maior ênfase — e Lindolfo Collor — com menor — enfatizam ações relacionadas ao combate da desnutrição das crianças, através do Plano de Combate às Carências Nutricionais.

Nesses municípios de gestão Plena da Atenção Básica, observa-se que é pequeno o número de ações prioritárias, assim definidas pelos municípios, que não contam com incentivos federais. Dentre as principais, destacam-se: em *Natividade* — Assistência Farmacêutica/Plantas Medicinais, Programa Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde Mental e Promoção, Informação e Educação em Saúde, e Urgências e Emergências; em *Ipaussu* — Saúde Bucal e Saúde Mental; em *Lindolfo Collor* — Saúde do Trabalhador. Em Natividade, chama atenção a incorporação das ações de média e alta complexidade no Plano Municipal, com ênfase em Urgência e Emergência, Reorganização da Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção em Hematologia e Hemoterapia. O curioso é notar que, sendo um município em gestão Plena da Atenção Básica, Natividade apenas recebe recursos federais para a atenção básica. Ainda, cabe destacar o fato de Lindolfo Collor dispor de um

programa voltado à saúde do trabalhador, que não conta com recursos federais. Essa especificidade tem a ver com a sua realidade econômica. Lindolfo Collor fornece aos municípios vizinhos carvão vegetal, originado da grande quantidade de acácia negra plantada em seu território e também couro e calçados. Sua população ocupada se distribui em 70% na indústria e madeireiras, 15% no comércio e nos serviços e o restante na agricultura, pecuária e silvicultura. Este quadro econômico responde por si próprio à necessidade do município em realizar um programa de saúde do trabalhador.

No campo da atenção básica, as ações locais de saúde consideradas prioritárias pelos municípios em Plena do Sistema (planejadas e realizadas) são similares às ações dos municípios em Plena da Atenção Básica. Em Resende e Assis verificou-se ênfase às ações relacionadas ao PSF. Principalmente no primeiro município, os Planos e os Relatórios atribuem a esse programa, juntamente ao Pacs, a responsabilidade de reorientação do modelo de atenção. No entanto, não foi possível observar registro que comprovasse o alcance dessa ação considerada prioritária. Em Jacareí, o PSF não é destacado como programa prioritário nos documentos de planejamento, muito embora esse município tenha iniciado este programa e recebido incentivo financeiro federal a partir de 2000.

Todos os três municípios em Plena do Sistema indicam, nos Planos e Relatórios de Gestão, a necessidade de intensificarem as ações que recebem transferências federais. São elas: a) assistência ao parto, à gestante e ao recém-nascido. Isto é perceptível através da menção, feita em caráter geral, às ações com vista a garantir o atendimento a crianças e a gestantes (Resende e Jacareí), e, em caráter específico, àquelas desenvolvidas pelos Programas de Saúde da Mulher e da Criança (Assis); b) vigilância epidemiológica e sanitária, com maior ênfase nas ações de prevenção de doenças de notificação compulsória (destaque ao controle da tuberculose e ao combate a dengue) e de orientação, fiscalização e controle sobre os estabelecimentos (inspeção sanitária, campanhas e vacinação em massa).

Considerando-se as ações prioritárias no campo da média e alta complexidade, nota-se predominância de: em Resende — da ampliação de Leitos SUS em geral, contemplando leitos de UTI neonatal e adulto, principalmente na Fundação Hospitalar de Resende e da implantação do Centro de Atenção Psicossocial; em Assis —, da necessidade de mudança do perfil da assistência hospitalar, da ampliação do Ambulatório de Especialidades e do programa de Urgência e Emergência; e em Jacareí — da ampliação dos exames do Laboratório Municipal e dos atendimentos de Urgência e Emergência.

Percebeu-se, pela análise dos documentos de planejamento e gestão da política local de saúde, que os três municípios de gestão Plena do Sistema Municipal, ainda que menor

parte, comprometem-se com programas que não contam com recursos específicos repassados pelo Ministério da Saúde. Foram encontrados: em Assis — insistência no âmbito do planejamento para a implantação de um programa de Saúde do Trabalhador; em Resende e Jacareí — atenção à saúde específica ao adolescente. Ambos municípios dispõem em sua rede de serviços de saúde de Centros Especializados em Saúde do Adolescente (ver Quadro 2). Particularmente, nos documentos de Resende, é destacada a atuação do Centro de Assistência ao Adolescente e, ainda, o funcionamento do Programa de Atenção à Dependência Química.

Observou-se que não foram encontradas citações nos documentos dos três municípios acerca das "campanhas" incentivadas financeiramente pelo Ministério da Saúde. Em que pese os municípios de Assis e Jacareí receberem recursos para o Programa Combate ao Câncer de Colo Uterino e para a Campanha de Cirurgia de Catarata, e Resende para a Campanha de Cirurgia de Próstata e o Programa Nacional de Controle de Tuberculose, não são citados como ações de saúde consideradas prioritárias por eles. Contudo, deve ser feito uma ressalva ao Programa Nacional de Controle de Tuberculose de Resende, pois conforme já mencionado, esse município relacionou ações de controle à tuberculose nos seus documentos.

5. OS INCENTIVOS FINANCEIROS FEDERAIS SOB A OPINIÃO DOS GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE

Os Secretários Municipais de Saúde

Surpreendentemente, todos os municípios, com exceção de Resende, afirmaram não poder relacionar os programas/ações prioritários dos exercícios 1998 a 2000, devido ao fato de não disporem de informações a respeito. Esse tipo de "constrangimento" parece estar relacionado à alternância de poder nos municípios, isto é, ao fato de a gestão 2001-2004 ter partido político diferente daquele da gestão anterior. No caso de *Resende*, a permanência do Partido Socialista Brasileiro na prefeitura, e da mesma pessoa como responsável pela secretaria municipal de saúde, corrobora essa percepção.

Os programas integrantes do PAB Variável aparecem em todos os municípios como prioritários nos anos 2002 a 2004. O primeiro deles em destaque é o PSF que, com exceção de Ipaussu — por não ter adotado o programa —, é mencionado por todos os secretários de saúde. Em Resende, este programa, bem como o Pacs, já havia sido considerado pela gestão anterior como reorientador da atenção básica. Entre os programas contemplados pelo PAB Variável, destacam-se, ainda, Vigilância e Saúde Bucal (Natividade) e Tuberculose e Hanseníase (Ipaussu).

Todos os programas e ações prioritários da gestão atual integram a Agenda Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde dos exercícios 2001 e 2002. A exceção fica por conta de Assis, que apontou o PSF, a implementação do Centro Integrado de Apoio Psicossocial (CIAPS), a readequação do Pronto Socorro Municipal e a implantação dos conselhos gestores como não constantes da Agenda e do Plano de Assis. Também os secretários de saúde, com exceção de Natividade que não respondeu à questão, afirmaram que os programas e ações prioritários na gestão atual foram discutidos e aprovados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS).

Quanto à importância das fontes de financiamento nos programas ou ações prioritários, de forma resumida, destaca-se:

a) em sua maioria, a extrema importância da participação dos recursos federais para sua realização;

b) a existência de "contrapartida" dos recursos municipais, principalmente naqueles programas que assumem caráter de incentivo;

c) não há recursos estaduais nos municípios paulistas. Em Resende está associado a Treinamento, em Natividade à Assistência Farmacêutica Básica e em Lindolfo Collor aos programas Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Trabalhador.

d) a fonte "outros recursos" somente é registrada em Natividade para Urgência e Emergência, em Média e Alta Complexidade.

e) os percentuais da "contrapartida" dos recursos municipais são diferenciados entre os municípios. Em Resende, eles são maiores que os federais para a Atenção Básica e menores para a Média e Alta Complexidade. Em Natividade, com exceção da Assistência Farmacêutica Básica, a participação dos recursos federais é maior do que a municipal na Atenção Básica e, na Média e Alta Complexidade, os recursos federais são maiores em Implantação de Unidade Transfusional e ausentes no Controle e Avaliação. Em Lindolfo Collor, somente no PSF a participação dos recursos federais é maior do que a municipal. Em *Assis*, que apenas respondeu para o PSF, os recursos municipais contribuem mais do que os federais;

f) a diversidade de situações no tocante à distribuição das fontes de financiamento nos municípios analisados indicam que, aparentemente, o tipo de inserção ao SUS e o tamanho do município não influenciam na determinação de sua composição.

Segundo os secretários de saúde dos municípios, alguns dos programas ou ações desses municípios foram alçados a prioritários devido aos incentivos do Ministério da Saúde. Exemplos: Resende — onde os incentivos do PACS e PSF contribuíram para que a alocação

de recursos fosse realizada primeiro nestes programas; Natividade — onde a Vigilância, a Educação em Saúde e o Programa de Saúde da Família "com certeza não figurariam entre as prioridades" não fossem os incentivos. O contraponto ficou para Assis — onde o secretário da saúde considera que os programas ou ações foram alçados a prioritários em função da avaliação dos indicadores do município realizada pelos gerentes das unidades de saúde. Ainda, houve quem considerasse que a ênfase do governo federal no PSF constitui uma estratégia para constituir um novo modelo de atenção básica nos municípios.

Quanto às vantagens do PSF, todos os secretários consideram que esse programa permite que os municípios de pequeno porte alcancem, com poucas equipes, elevada cobertura. Já no tocante às desvantagens, há distintas opiniões. Segundo Resende, em cidades médias e grandes são necessárias muitas equipes de atendimento e supervisão, além de seu funcionamento requerer aumento de serviços na média complexidade em função da ampliação do acesso aos serviços de saúde. Assis agrega o fato de a elevação do custo com pessoal ser mais marcante em cidades desse porte. Natividade afirma que a desconsideração do tamanho da população no cálculo de cobertura prejudica os municípios maiores. Todos os municípios salientaram que os recursos são insuficientes. Especificamente, Lindolfo Collor destaca que o volume dos recursos é baixo.

Quanto à possibilidade de a priorização da atenção básica pelo governo federal estar comprometendo o preceito da integralidade, a opinião dos secretários de saúde é bastante diferenciada. Assim entendem Resende e Natividade. Assis considera que não compromete.

Especificamente, sobre se as "campanhas" facilitam ou não a execução da política de saúde local, os secretários de saúde ponderaram diversos aspectos. Para Resende, não facilitam, devido às pressões dos setores interessados em respeitar as prioridades e necessidades locais. Para Assis, o fato de as campanhas serem bem divulgadas auxilia do ponto de vista epidemiológico. Para Natividade, o fracionamento e o direcionamento excessivo dos recursos comprometem a autonomia dos gestores locais e desconsideram as especificidades locais e regionais. Para Lindolfo Collor, as campanhas facilitam a execução da política de saúde.

Critérios para definição dos repasses

Dentre as várias sugestões dos secretários municipais, destacam-se:

a) Resende considera que deveria ser levado em conta: o quanto das receitas próprias o município aloca em saúde, considerando sua população; se o município atende as necessidades locais; os indicadores sócio-econômicos, o perfil epidemiológico, a capacidade instalada, entre outros. Além disso, Resende defende o repasse global, para a atenção à saúde da população;

b) Assis atribui ênfase à necessidade de estabelecer discussões através de fóruns entre as duas esferas de governo como forma de definição dos critérios e da sistemática das transferências de recursos federais para os municípios;

c) Natividade sugere a elevação dos valores *per capita* fundo a fundo e a definição de pactos e metas que levem em consideração as especificidades dos municípios;

d) Lindolfo Collor defende que o critério pode ser o populacional, mas que o valor deve ser majorado. Além disso, refletindo sua realidade, defende a diferenciação dos municípios que não dispõem de rede hospitalar.

Os Gestores dos Fundos Municipais de Saúde

Sobre se os incentivos financeiros reorientam os programas/ações da secretaria municipal de saúde, as interpretações dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde são diferenciadas. Resende acredita que os incentivos financeiros estimulam a implantação de alguns programas, mas que seus valores são ainda insuficientes para que os mesmos se fortaleçam. Para Jacareí, o fato de os valores serem "irrisórios", determina que as transferências de recursos federais através dos incentivos não tenham capacidade para re-orientar a política de saúde local. Natividade considera que, além de limitar a autonomia do gestor local, cria dificuldades para as prestações de contas que devem ser feitas em separado para cada um dos recursos e desconsidera a realidade e o perfil epidemiológico de cada cidade ou região. Para Ipaussu "os repasses federais, embora pequenos frente às necessidades, facilitam a programação dos gastos, auxiliam o setor de compras, a abertura das licitações, além de equiparem as áreas necessárias, favorecendo as atuações da Secretaria Municipal de Saúde."

No que se refere ao acompanhamento e à gestão local dos recursos, Resende e Jacareí entendem que não sofreram modificações depois da criação da sistemática de incentivos. Ipaussu enfatizou que o Conselho Municipal de Saúde tem acesso a todas as contas e participa da definição da aplicação dos recursos e que são realizadas audiências públicas. Lindolfo Collor agregou que, além da prestação de contas para o Conselho, há o acompanhamento pela secretaria estadual de saúde e pelo Ministério.

Problemas na execução financeira das transferências de recursos

Resende e Ipaussu consideram que a execução financeira é prejudicada tanto na atenção básica quanto na média complexidade, pois os recursos estão vinculados a programas e ações e não podem ser remanejados. O mesmo afirma Jacareí, com outras palavras. Natividade destaca que, em nível da atenção básica, há falta de clareza sobre que gastos podem ser realizados com cada um dos recursos e há insuficiência dos mesmos para o

desenvolvimento das ações, em especial para a aquisição de medicamentos e, na média e alta complexidade, os recursos são insuficientes.

Sobre as transferências de recursos federais, as ações planejadas e o orçamento

As respostas dos gestores dos fundos foram bastante diferenciadas. Resende ponderou que raramente as prioridades do Ministério da Saúde vão ao encontro daquelas definidas pela gestão municipal através de seu planejamento e orçamento. Natividade colocou que a realidade dos incentivos acaba definindo as prioridades do município e, neste sentido, são as ações planejadas e o orçamento é que se adaptam às transferências federais. Para o município de Ipaussu essa questão não se coloca, pois o gestor afirmou que o atendimento à população tem sido realizado apenas com recursos dos incentivos.

Das contas separadas

Resende considera que a manutenção de contas bancárias separadas garante aquilo que o Ministério considera prioritário.Além disso, não permite o remanejamento com vista às necessidades locais de saúde, além do quê, aumenta o volume de trabalho contábil, financeiro e fiscal e requer a ampliação da equipe técnica e treinamento e capacitação profissional com maior freqüência. Para Jacareí as contas bancárias separadas são benéficas do ponto de vista do controle de gasto do programa e da prestação de contas. Entretanto, não atende à quantidade necessária para a implementação dos programas de saúde, determinando que os recursos do município financiem 70% do gasto. Já Natividade pondera que, de um lado, as contas separadas estimulam a implantação de determinadas ações e garantem a aplicação dos recursos aos fins a que foram destinados, além de propiciarem clareza na prestação de contas e facilitarem seu acompanhamento e controle social, e por outro lado, essas contas desconsideram a realidade e as prioridades locais e limitam a autonomia do gestor local. Já Ipaussu comenta que as contas separadas facilitam o município saber onde e quanto pode gastar, valor que nem sempre é suficiente.

Critérios e sistemática do repasse dos recursos federais

No caso dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde, as sugestões de critérios de repasses dos recursos federais foram pontuais. Resende chama atenção para a utilização de indicadores epidemiológicos nacionais, respeitadas as especificidades e o planejamento locais. Natividade sugere a elevação dos valores *per capita* dos repasses fundo a fundo e a definição de meta e resultados a serem definidos em pactuação. Ipaussu comenta que os critérios atuais não se ajustam à realidade local; dessa forma propõe um ajuste dinâmico, com critérios de avaliação através da utilização de parâmetros da consulta pública e de adequação à realidade do município.

CONCLUSÕES

A pesquisa revelou, em primeiro lugar, que o aumento de seu comprometimento com o gasto com saúde não apresentou correlação à forma de habilitação ao SUS. Revelou também que foram priorizadas as transferências de incentivos financeiros, particularmente as referentes ao PAB Variável e que foram expandidas as transferências fundo a fundo no campo da média e alta complexidade e as relacionadas às campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde.

Percebeu-se que as ações em saúde apontadas consideradas como prioritárias no planejamento local, tanto pelos municípios em gestão plena da atenção básica como em plena do sistema, são exatamente aquelas que recebem incentivos federais para a sua implantação. Nos municípios estudados verificou-se: a) ênfase nos programas relacionados ao PSF, Pacs e às Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica; b) prioridade para as ações relacionadas à atenção ao parto, à gestante e ao recém-nascido, através de programas constituídos em Saúde da Criança e Saúde da Mulher; c) importância às ações relacionadas ao combate da desnutrição das crianças, através do Plano de Combate às Carências Nutricionais, particularmente nos municípios de pequeno porte. Como visto, essa concordância não significa necessariamente que o desenvolvimento desses programas esteja respondendo a necessidades sentidas como prioritárias pelos gestores, expressando, por isso, uma forma de orientação da política local de saúde por parte do governo federal. Segundo alguns secretários de saúde dos municípios, há programas e ações alçados a prioritários diante dos incentivos do Ministério da Saúde. Esse comentário se refere, principalmente, aos incentivos do Pacs e PSF, à Vigilância e à Educação em Saúde.

Quanto às ações prioritárias no nível de atenção à saúde de média e alta complexidade, nota-se que os três municípios de gestão plena do Sistema Municipal, ainda que em menor parte, comprometem-se com programas que não contam com recursos específicos repassados pelo Ministério da Saúde. A existência de tais programas tem a ver com os serviços disponibilizados historicamente na sua rede de serviços de saúde.

Observou-se, ainda, que as campanhas incentivadas financeiramente pelo Ministério da Saúde apresentam, nos documentos de Gestão e Planejamento Local dos municípios, ainda que de forma indireta, relação com as ações no campo da vigilância epidemiológica, particularmente, nas ações de controle a tuberculose.

Os secretários, quando indagados sobre o papel das campanhas na execução da política de saúde local, apresentaram opiniões diferentes: alguns afirmaram que a proliferação de incentivos federais através de campanhas compromete a autonomia dos gestores locais, desconsiderando as especificidades locais e regionais; e outros argumentaram

que as campanhas facilitam a execução da política de saúde, auxiliando inclusive no âmbito epidemiológico.

Porém, não faltaram sugestões desses gestores municipais quanto a novos critérios para a definição dos repasses. Dentre os mencionados, salientam: a utilização de critérios epidemiológicos, respeitando as especificidades e o planejamento local; elevação dos valores *per capita* dos repasses fundo a fundo; e a definição de metas e resultados a serem definidos em pactuação. Ainda que possa haver muita polêmica sobre os mecanismos de transferências de recursos, merecem destaque esses pontos levantados pelos gestores uma vez que contribuem para uma alocação de recursos mais eqüitativa em área pública fundamental como é a da saúde.

Além disso, os alertas dos gestores dos Fundos Municipais de Saúde quanto à operacionalização das atuais formas de transferências adicionam aspectos importantes a serem considerados para a futura agenda de revisão das sistemática de repasses aos municípios, quais sejam: a execução financeira dos recursos da atenção básica e da média complexidade é prejudicada, uma vez que os recursos estão vinculados a programas e ações, não podendo ser remanejados conforme as necessidades em saúde, e a proliferação de contas bancárias individuais vinculadas a cada forma de incentivo aumenta o volume de trabalho contábil, incompatível com o número disponível de técnicos na área financeira, bem com o conhecimento técnico específico, necessário à melhor gestão dos recursos.

Por fim, nunca é demais reafirmar que essas são considerações decorrentes da análise dos questionários respondidos pelos gestores municipais realizados nos municípios estudados para os fins particulares dessa pesquisa. Qualquer generalização deve ser muito cuidadosa, embora a pesquisa tenha se preocupado em estudar casos representativos das diversas realidades dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. Mesmo assim, os resultados apontam para a necessidade de uma maior preocupação com os atuais instrumentos de transferência de recursos do Ministério da Saúde aos municípios. A reversão das atuais sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde requer uma ampla reforma, de maneira a garantir o avanço do processo de municipalização do SUS e de uma política de saúde universal definida localmente.

REFERÊNCIAS

FAVERET, A. C. et al. Estimativas de impacto da vinculação constitucional de recursos para a saúde: Emenda Constitucional nº 29/2000. **Cadernos de Economia da Saúde**. Brasília, DF, ano 1, 2001, série J, n. 4.

MARQUES, R. M. ; MENDES, A. N. O financiamento da atenção à saúde no Brasil. **Pesquisa Debate**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 65-91, 2001.

_____. A dimensão do financiamento da atenção básica e do PSF no contexto da saúde – SUS. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Sinais vermelhos do PSF**, São Paulo: Hucitec, 2002. p. 71-101.

Informações e instruções aos autores para apresentação de manuscritos a serem publicados na Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas

Objetivo da Serie Técnica:

Trata-se de uma publicação científica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas, que tem por objetivo a divulgação de trabalhos de interesse para a saúde, vinculados essencialmente ao processo de cooperação da Organização no Brasil.

Critérios para publicação:

A seleção dos trabalhos a serem publicados está baseada nos seguintes critérios gerais: trabalhos originais inéditos, relevância do tema; qualidade formal do texto e solidez científica; conclusividade; atualidade da contribuição; contribuições teóricas e de aplicabilidade na prática e vinculação com atividades de cooperação da Opas na área de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Excepcionalmente serão analisados trabalhos alheios à cooperação, sempre que tenham relação com áreas temáticas do Projeto.

No caso de publicações com autoria externa, as opiniões dos autores são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem necessariamente critérios nem políticas da Opas.

Tipologia de publicações:

A Série publicará, entre outros, textos integrais, como artigos, ensaios, pesquisas, relatórios; textos preparados através de meta-análise; e destaques em seções curtas, demandados pelo Projeto.

Conselho Consultivo Editorial:

O Conselho Consultivo, convidado pela Opas, avalia se os trabalhos cumprem com os critérios estabelecidos para publicação e emite seu parecer ao Projeto, que decide se será publicado. Em alguns casos o Projeto, por recomendação do Conselho, poderá solicitar o parecer de expertos externos para decisão.

Os manuscritos aceitos passam por um processo editorial que, de acordo com o formato da publicação, pode requerer, se necessário, sua condensação, e/ou supressão de quadros ou anexos. A versão editada será remetida ao autor para aprovação, no caso de autores externos à Organização.

Direitos de reprodução:

No caso de manuscritos de autores externos, estes devem ser acompanhados de uma declaração assinada pelo autor indicando que, se o trabalho for publicado, os direitos de reprodução são propriedade exclusiva da Opas.

Apresentação:

O texto deve ser apresentado em folhas tamanho A4 (212 x297mm), em fonte tamanho 12, e escritas a espaço duplo. Os gráficos, tabelas e/ou figuras deverão ser mantidos ao mínimo e enviados em impressão separada de alta qualidade, em preto e branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. A totalidade do trabalho deve acompanhar-se de cópia em disquete.

Todos os artigos deverão ter um RESUMO com um máximo de 14 linhas, incluindo um máximo de cinco palavras-chave. O resumo deve indicar o objetivo do trabalho, a metodologia básica utilizada e os resultados e conclusões principais.

Referências Bibliográficas

São essenciais para identificação das fontes originais de conceitos, métodos e técnicas referidas no texto. Artigos de pesquisa devem conter um mínimo de 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas.

A lista de referências deverá ser apresentada no final do manuscrito em ordem alfabética ascendente. O estilo deverá seguir os padrões da ABNT, sendo recomendadas as seguintes normas relativas à normalização de documentos:

- NBR 6.023 – Referências bibliográficas – Elaboração.
- NBR 6.028 – Resumos.
- NBR 10.520 – Citações em documentos – Apresentação.
- NBR 12.256 – Apresentação de originais.
- NBR 14.724 – Apresentação de trabalhos acadêmicos.

1.Exemplos de Referências Bibliográficas:

a) Série Monográfica:

BOURDIEU, P. **O campo científico**. São Paulo: Ed. Ática, 1976. (Coleção Grandes cientistas sociais).

GOULART, Flávio A. de Andrade; MACHADO, Lucinéia Moreli. **Processos de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico.** Brasília: Opas, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.1).

LEVCOVITZ, Eduardo et. al. **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000).** Brasília: Opas, 2003. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.2).

b) Capítulo de Monografia:

DAVIES, A. M. The evolving science of health systems research. In: World Health Organization. **From research to decision making**: case studies on the use of health systems research. Geneva, 1991. 139p.

c) Artigo de Revista:

NOVAES, H. M. D. e NOVAES, R. L. Políticas científicas e tecnológicas para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.

d) Artigo de Revista com mais de três autores, sem local de publicação.

FARFAN, G. et. al. Digestive disease in the elderly. **Rev. Gastroenterol**. Lima, v.11, n.3, p.164-170, 1991.

ROSENTHAL, G. et. al. Does good health services research produce good health policy? **Health Policy Quarterly**, [S.l.], v. 1, n.1, 1981.

e) Documento técnico

SECLEN, Juan et. al. **Estudio comparativo de la calidad de atención y uso de servicios de salud materno perinatales (1997-2000).** Lima: Ministerio de Salud del Peru, 2002.

2.Exemplos de Citações

a) Citação Direta

"Apesar das aparências, a desconstrução do logocentrismo não é uma psicanálise da filosofia [...]" (DERRIDA, 1967, p.293)

b) Citação de Citação

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...]

Para maiores informações sobre o estilo da ABNT, consultar o site da Internet: http://bu.ufsc.br/framerefer.html

SÉRIE DE DOCUMENTOS

Volume 1

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil — Documento Analítico
2. Seminário: o Sistema Único de Saúde e a Regionalização
3. Seminário: Perspectiva para a descentralização e a Regionalização no Sistema Único de Saúde

Volume 2

Produção de conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)

Volume 3

Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

Setor de Embaixadas Norte - Lote 19
Brasília-DF - 70800-400
www.opas.org.br

ISBN 85-87943-24-3

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

5

APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde — Opas, exercendo sua atribuição de apoiar um sistema de saúde democrático, integral e equânime, entende que a concretização desta ação, no Brasil, é direcionada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a missão da Opas no Brasil, um país de extensão continental e com um sistema de saúde em processo de permanente construção, requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Opas apresenta a Série Técnica como uma das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção e à consolidação deste sistema de saúde. Esta Série Técnica se propõe divulgar documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos originais que fortaleçam o debate de questões relevantes, buscando destacar processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a redução de desigualdades e o alcance da eqüidade.

Brindamos a comunidade de saúde pública do país e da Região das Américas com esta publicação. Esperamos que possa se tornar um espaço vivo de apoio à construção do SUS no Brasil e que proporcione visibilidade e acesso aos produtos concretos advindos da Cooperação Técnica da Opas.

Sigamos avançando na conquista pela qualidade de vida e saúde da população.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

**MODERNIZAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE:
COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA PARA O DESENVOLVIMENTO
DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL, ANO 2002**

5

**BRASÍLIA — DF
2003**

Organização Mundial da Saúde (OMS)

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde – Brasil

MODERNIZAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE: COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA PARA O DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL, ANO 2002

Eduardo Guerrero

Médico, Mestre em Saúde Pública e Especialista em Sistemas e Serviços de Saúde; Consultor da Opas/OMS atuou no Brasil de 1997 a 2003, altualmente em El Salvador

Luciana Chagas

Odontóloga, especialista em Saúde Pública, Profissional Nacional da Organização Pan-Americana da Saúde – Brasil

Luisa Guimarães

Doutoranda em Saúde Pública, Bolsista do CNPq - Brasil, formação em Saúde Internacional pela OPAS/OMS e funcionária do Ministério da Saúde do Brasil

Vinicius Pawlowski

Mestrando em Gestão, especialista em Saúde Coletiva, MBA em Gestão em Saúde e Gestor Governamental

Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 5

BRASÍLIA – DF
2003

Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 — Brasília — DF
http://www.opas.org.br

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm

1. Coordenador do Projeto
Júlio Manuel Suárez

2. Conselho editorial
Juan Seclen
Luciana Chagas
Luisa Guimarães
Rosa Maria Silvestre

3. Apoio técnico e administrativo:
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre

4. Normalização
Fernanda Nahuz
Leila Barros
Luciana dos Santos

Revisão
Manoel Rodrigues Pereira Neto

Capa, Projeto Gráfico e DTP
Wagner Soares da Silva

Tiragem:
1.500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil

M 689 Modernização das Secretarias de Estado da Saúde: cooperação técnica descentralizada para o desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde no Brasil, ano 2002 / Eduardo Guerrero...[et al]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.
Xxp.: il.; 26 cm. – (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 5)
Inclui bibliografias
ISBN

1. Sistemas de saúde – Brasil. 2. Serviços de saúde – Brasil. 3. Modernização organizacional. 4. Cooperação técnica. I. Guerrero, Eduardo. II. Chagas, Luciana. III. Guimarães, Luisa. IV.Pawlowski, Vinicius. V. Organização Pan-Americana da Saúde. VI. Série.

NLM W84

2003 © Organização Pan-Americana da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese das inovações das Secretarias de Estado da Saúde integrantes da cooperação técnica descentralizada 78

Quadro 2 - Indicadores de Saúde por Estado, de acordo com o ano 88

Quadro 3 – Evolução da despesa per capita empenhada com ações e serviços públicos de saúde, 1998 a 2000 92

Quadro 4 – Evolução do valor per capita da Atenção Básica – PAB fixo e variável, 1997 a 2001 94

Quadro 5 - Valores per capita da Atenção Básica, média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, 2001 95

Quadro 6 – Estabelecimentos de saúde existentes no Estado e na respectiva Capital, 1999 96

Quadro 7 – Participação no SUS e variação de unidades por natureza, 1998 a 2001 97

Quadro 8 – Evolução do número de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde e população coberta, 1998 a 2001 98

Quadro 9 – Unidades ambulatoriais por ano, dezembro de 1998 a dezembro de 2001 99

Quadro 10 – Variação do número de leitos na rede hospitalar vinculada ao SUS, por natureza, entre 1998 a 2001 100

Quadro 11 – Número de leitos, por natureza, por 1000/ha em 2001 101

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Evolução do percentual da receita própria aplicada em saúde, 1998 a 2001 91

Gráfico 2 – Evolução da despesa *per capita* empenhada com ações e serviços públicos de saúde, 1998 a 2000 93

Gráfico 3 – Evolução da cobertura dos programas de saúde da família e agente comunitário de saúde, de 1998 a 2001 98

Gráfico 4 – Evolução do número total de leitos por mil habitantes, de 1998 a 2001 101

Gráfico 5 –Cobertura de beneficiários de planos ou seguros de saúde por estado, 2002 102

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População residente por estado, 2000 86

Tabela 2 - Número de Municípios por Faixa Populacional, 2002 87

Tabela 3 - Produto Interno Bruto Total e per capita por Estado, 1999 89

Tabela 4 – Evolução do Percentual da Receita Própria Aplicada em Saúde, 1998 a 2001 90

Tabela 5 – Leitos hospitalares vinculados ao SUS, por natureza, em 2001 99

Tabela 6 – Número de médicos ativos, por Estado e respectiva Capital, Brasil, 2002 102

Tabela 7 – Número de enfermeiros, por unidade da federação, Brasil, 2002. 103

Tabela 8 – Número de médicos e enfermeiros por habitante, 2000 104

LISTA DE SIGLAS

SIGLA	SIGNIFICADO
Bird	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
Bm	Banco Mundial
Cib	Comissão Intergestores Bipartite
Cit	Comissão Intergestores Tripartite
Ctd	Cooperação Técnica Descentralizada
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
Fgv	Fundação Getúlio Vargas
Ibge	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Idh	Índice de Desenvolvimento Humano
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
Interlegis	Comunidade Virtual do Poder Legislativo
Mec	Ministério da Educação e Cultura
Ms	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional da Assistência à Saúde
Nob/93	Norma Operacional Básica 01/93
Nob/96	Norma Operacional Básica 01/96
Pdi	Plano Diretor de Investimentos
Pdr	Plano Diretor de Regionalização
Pib	Produto Interno Bruto
Ppa	Plano Plurianual
Ppi	Programação Pactuada Integrada
Psf	Programa de Saúde da Família
Reforsus	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
Rh	Recursos Humanos
Saf	Serviço de Assistência Farmacêutica

Sas	Secretaria de Assistência à Saúde
Ses	Secretaria de Estado da Saúde
Siops	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
Sps	Secretaria de Políticas de Saúde
Sus	Sistema Único de Saúde

LISTA DE PARTICIPANTES DA OFICINA DE MODERNIZAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE, OCORRIDA EM SALVADOR/BAHIA, EM MAIO DE 2002, NO ÂMBITO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA DA OPAS

Alcindo Ferla	Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul.
Alderi Silveira Júnior	Secretaria de Saúde do Paraná.
Ana Paula Reche	Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.
Carlos Lisboa	Secretaria de Saúde de Goiás.
Catherine Cocco	Opas/OMS.
Eduardo Guerrero	Opas/OMS.
Elias Rassi	Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.
Fernando Acosta	Secretaria de Saúde de Rondônia.
Gilda Assis	Secretaria de Saúde da Bahia.
Joana Demarchi	Secretaria de Saúde da Bahia.
José Maria Marin	Opas/OMS.
Joselita Nunes	Secretaria de Saúde da Bahia.
Lorene Pinto	Secretaria de Saúde da Bahia.
Luciana Chagas	Opas/OMS.
Luisa Guimarães	Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.
Raimundo Perazzo	Secretaria de Saúde da Bahia.
René J. M. dos Santos	Secretaria de Saúde do Paraná.
Vinicius Pawlowski	Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS 05

LISTA DE GRÁFICOS 06

LISTA DE TABELAS 07

LISTA DE SIGLAS 08

LISTA DE PARTICIPANTES DA OFICINA DE MODERNIZAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE, OCORRIDA EM SALVADOR/BAHIA, EM MAIO DE 2002, NO ÂMBITO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA DA OPAS 10

PREFÁCIO 14

APRESENTAÇÃO 16

INTRODUÇÃO 19

A COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA E A MODERNIZAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DE SAÚDE 23

PARTE 1 REFORMAS SETORIAIS NA REGIÃO DAS AMÉRICAS: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS

CAPÍTULO 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE REFORMA SETORIAL E MODERNIZAÇÃO INSTITUCIONAL NAS AMÉRICAS 31

1.1 Secretarias de Estado da Saúde: modernização no contexto das reformas setoriais 35

PARTE 2 MODERNIZAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE NA REFORMA SETORIAL NO BRASIL: Experiências nos estados da Bahia, Goiás, Paraná, Rondônia e Rio Grande do Sul

CAPÍTULO 2 RESPONSABILIDADES DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE: AVANÇOS E LIMITAÇÕES NO PERÍODO DE 1999 A 2002 39

2.1 Bahia 41

2.2 Goiás 42

2.3 Paraná 44

2.4 Rondônia 46

2.5 Rio Grande do Sul 47
CAPÍTULO 3 LINHAS ESTRATÉGICAS, MODELOS E PERFIS DE ORGANIZAÇÃO: A MODERNIZAÇÃO NA PRÁTICA 49
3.1 Bahia 51
3.2 Goiás 52
3.3 Paraná 52
3.4 Rondônia 54
3.5 Rio Grande do Sul 55
CAPÍTULO 4 PROCESSO DE MODERNIZAÇÃO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO: GANHOS, LIMITES E REFLEXÕES 57
4.1 Bahia 58
4.2 Goiás 60
4.3 Paraná 61
4.4 Rondônia 61
4.5 Rio Grande do Sul 62
CAPÍTULO 5 MUDANÇA ORGANIZACIONAL E NAS PRÁTICAS DE GESTÃO: POTENCIALIDADES 65
5.1 Bahia 66
5.2 Goiás 66
5.3 Paraná 67
5.4 Rondônia 68
5.5 Rio Grande do Sul 68
CAPÍTULO 6 COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA: AÇÃO E PARTICIPAÇÃO 69
6.1 Bahia 71
6.2 Goiás 72
6.3 Paraná 73
6.4 Rondônia 73
6.5 Rio Grande do Sul 73

CAPÍTULO 7 CONTRIBUIÇÕES À DISCUSSÃO DA MODERNIZAÇÃO E FORTALECIMENTO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE À LUZ DA EXPERIÊNCIA DA COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA 75

PARTE 3 PANORAMA E DIVERSIDADES DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE

CAPÍTULO 8 – CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DOS ESTADOS da CTD OPAS ano 2002 85

8.1 Demografia e indicadores de saúde dos estados 85

8.2 Capacidade e recursos financeiros dos estados 89

8.3 Rede de serviços SUS dos Estados 95

8.4 Cobertura de planos e seguros saúde nos Estados 102

8.5 Presença de profissionais médicos e enfermeiros nos Estados 102

8.6 Perfil dos Estados no observatório da Saúde em 2002 104

REFERÊNCIAS 111

ANEXO 115

PREFÁCIO

Os últimos 25 anos têm evidenciado um avanço progressivo nos processos de democratização, descentralização e maior autonomia dos poderes na maioria dos países da Região das Américas. A Declaração de Saúde para Todos e a Conferência de Alma Ata deram um grande destaque à saúde coletiva, permitindo um novo modo de atuar coletivamente e colaborar com o controle social, como forma de assegurar o cumprimento dos direitos da população.

Neste sentido, os esforços da Organização Pan-Americana da Saúde em responder, de forma progressiva, às mudanças das orientações estratégicas e programáticas levaram à incorporação de novas modalidades de cooperação técnica descentralizada para garantir a qualidade e eficácia de seu trabalho. O Plano Estratégico passou a atuar de forma mais concreta, reorganizando programas aplicáveis em situações concretas e específicas dos países.

A atuação da Opas no apoio às necessidades dos governos locais visa consolidar uma gestão de programas de saúde com bases democráticas. A modalidade de Cooperação Técnica Descentralizada gera uma renovação de valores e compromissos com a sociedade para revitalizar a missão permanente de saúde para todos e redução de desigualdades sociais.

Os princípios da cooperação técnica voltaram-se para criar capacidades, assegurar suficiência, autonomia, excelência e sustentabilidade. O compromisso com a atenção básica/estratégia de saúde da família, promoção da saúde e redução de iniqüidades e da exclusão social constitui um valioso capital que a Opas se esforça em resgatar, sistematizar e disponibilizar a todos como uma ferramenta de superação e desenvolvimento.

A CTD representa, assim, novos enfoques de trabalho, novas formas organizativas e novas práticas que utilizam diferentes ferramentas de comunicação social e tecnologia que permitem um maior acercamento da cooperação aos governos locais para dar uma resposta às necessidades da população.

No Brasil, o processo de cooperação é conduzido a partir de um Comitê de Gestão da Cooperação Técnica e as atividades desenvolvidas são definidas de acordo com a necessidade e prioridade de cada situação apresentada pelos estados da CTD. O grande desafio encontrado é garantir a acessibilidade dos serviços sociais com qualidade, eficiência e eqüidade, enfrentando problemas diversos de ordem político-cultural de alta complexidade.

A Opas, por sua essência, visa a melhoria das condições e da qualidade de vida dos cidadãos, e a CTD tem um papel importante na concretização deste compromisso de luta

pela redução de enfermidades imunopreviníveis e infectocontagiosas; ações de saneamento e proteção ao meio ambiente; formulação e implementação da estratégia de ação primária e desenvolvimento local para melhorar a cobertura e a qualidade de serviços de saúde.

A presente publicação da Série Técnica do *Projeto de Sistemas e Serviços de Saúde*, elaborada a partir da *Oficina de Modernização das Secretarias do Estado da Saúde,* contou com a participação dos estados da CTD e foi enriquecida com a presença do consultor regional José María Marin, da *Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde* da Opas. Foram evidenciados os esforços dos dirigentes e das equipes rumo à modernização gerencial nas Secretarias e o reforço de linhas estratégicas para melhorar e aprimorar o processo de modernização no âmbito da Cooperação Técnica Descentralizada.

Jacobo Finkelman

Representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil

APRESENTAÇÃO

A Constituição Brasileira de 1988 teve como base os princípios que consideram a saúde como direito social e dever do Estado, bem como as diretrizes de universalidade, eqüidade, qualidade, eficiência e integralidade, orientadoras das ações do Sistema Único de Saúde (SUS).

O Brasil, país com dimensões continentais e uma população de mais de 170 milhões de habitantes, com uma enorme diversidade regional, cultural, econômica e social, com grandes desigualdades entre estados, vem, a partir de então, transformando a gestão de seu sistema de saúde. Nos últimos anos, vem alcançando avanços progressivos na descentralização da gestão pública dos serviços de saúde e na garantia do comando único dos recursos públicos em cada esfera de governo, gerando mudanças substanciais nos modelos de financiamento e pagamento a provedores públicos e privados. Estas transformações no nível macro do SUS e o processo descentralizado de gestão estadual e municipal criaram um novo cenário para a atuação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) no país.

Neste sentido, no início do ano de 2000, foi proposta uma nova modalidade de cooperação técnica da Opas que aproximasse projetos e programas às novas realidades e necessidades de saúde a um universo subnacional. Assim, partindo de uma predefinição de prioridades, a Cooperação Técnica Descentralizada (CTD), realizada pela Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, começou a ser implantada progressivamente como uma modalidade de trabalho relevante e pertinente.

O intercâmbio de experiências e conhecimentos, que contribuíram de forma substancial na formulação da agenda de saúde das autoridades sanitárias, aconteceu, primeiramente, com o estado de Goiás que, somado ao apoio recebido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), permitiu negociar a abertura das atividades de CTD com os estados de Rondônia, Bahia e Rio Grande do Sul.

A ampliação da CTD ao estado do Paraná colocou em evidência outra particularidade, identificada pelo desenvolvimento de atividades em um contexto político de pluralidade partidária, o que confere uma credibilidade no âmbito nacional e estadual e a converte em instância representativa para o desenvolvimento de seus projetos.

Até o final de 2002, o *Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/ OPAS* contou em cada estado integrante da Cooperação Técnica Descentralizada, com interlocutores, técnicos e dirigentes das SES como enlaces das atividades no campo da organização dos serviços de saúde. Esse grupo designado e apoiado pelas SES participou

de reuniões, oficinas e outras atividades de intercâmbio de modo a representar a gestão estadual nos diversos temas que integram a CTD.

A estrutura conceitual das *funções essenciais de saúde pública* difundida pela Opas/OMS pode apoiar o desenvolvimento das capacidades, atribuições e metas de gestão para o exercício da coordenação da descentralização. A incorporação na prática de gestão das funções essenciais instrumentaliza para o enfrentamento de questões como: compatibilização no planejamento setorial de bens públicos meritórios e de alta externalidade positiva; a complexidade crescente e o impacto dos riscos ambientais e dos modos de vida e comportamentos sociais na saúde; e, ainda, a compatibilização de áreas e recursos de intervenção estatal com as necessidades e práticas sociais em saúde pública.

A CTD encontra-se, então, compreendida dentro de um processo de descentralização da gestão pública em construção no Brasil, o que leva ao entendimento do que seja um processo adequado e compatível com um comportamento político, funcional, financeiro e técnico que se reveste da condição de irreversibilidade, de crescente de construção da cidadania e que tem a contribuir com os desafios que impõe a saúde na sociedade nacional.

A criação e construção do SUS é a expressão fundamental da reforma brasileira em saúde, que se caracteriza por uma defesa intransigente de princípios que privilegiam o direito universal à saúde e a responsabilidade do Estado com a garantia desse direito. À diferença de outras reformas, cujo signo fundamental tem sido a eficiência econômica, a reforma brasileira destaca sua vocação pública e universal, o caráter integral da abordagem à saúde coletiva e individual, a descentralização como princípio estruturador do sistema no marco de um acionar democrático de gestão e todo elo norteador da eqüidade em saúde. No caso do Brasil, estes princípios não ficaram na retórica e, ao longo dos últimos 15 anos, a partir da reforma constitucional que o criou, a construção do SUS tem sido um processo permanente, embora ainda haja tropeços, erros e dúvidas desde a consecução do seus supremos objetivos.

Como têm expressado alguns dos atores fundamentais da construção do SUS, a reforma brasileira caminhou, felizmente, "à contramão" do resto das reformas. É hora de esta experiência em desenvolvimento ser mais bem conhecida no contexto internacional.

Para a Opas no Brasil, a presente publicação é uma oportunidade de contribuir e acompanhar o esforço por alcançar melhores condições de vida e saúde para a população do país.

Júlio Manuel Suárez

Coordenador do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS/Brasil

INTRODUÇÃO

Aceitei o convite, que muito me honrou, para escrever algumas linhas de apresentação deste volume da Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde sobre a Cooperação Técnica Descentralizada e a modernização das Secretarias de Estado da Saúde (SES), por duas razões: por também ter sido ator desse processo e, portanto, sujeito/objeto da Cooperação; e pela oportunidade de fazer algumas reflexões a *posteriori* sobre essa importante ação desenvolvida pela Opas/OMS em apoio à consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A oportunidade para a publicação deste trabalho é indiscutível, pois a nova conjuntura político-sanitária do país, associada ao desafio de ampliar as políticas públicas de inclusão social, faz do setor saúde um campo privilegiado para a realização de políticas de cooperação intersetoriais, descentralizadas e com forte componente de participação social.

A presente publicação é fruto do trabalho coletivo da "Oficina de Modernização das SES", realizada em maio de 2002, em Salvador-Bahia. Ela reflete alguns aspectos do trabalho de Cooperação Técnica Descentralizada que a Opas/OMS vem desenvolvendo para o fortalecimento das instâncias gestoras públicas do Sistema, neste caso, das Secretarias de Estado da Saúde.

A longa experiência de trabalho da Opas/OMS no tocante à cooperação permitiu que a Instituição formulasse e executasse uma proposta que poderíamos definir como estratégica, voltada para o fortalecimento das capacidades de formulação de políticas e da organização de sistemas de saúde por parte das SES.

Na década de 90 ocorreu no Brasil rico e intenso processo de implantação e organização do Sistema Único de Saúde, e as Secretarias de Estado da Saúde começaram a redefinir os seus papéis, suas responsabilidades e atribuições. A reorganização do setor saúde no âmbito do governo federal consolidou-se no final da década com a descentralização das ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária e vigilância ambiental, e da assistência farmacêutica básica. A expansão das transferências diretas de recursos financeiros e a vinculação de receita obrigatória nos três níveis de governo, definida pela Emenda Constitucional Nº 29, aprovada no ano 2000, garantem mediante a cooperação financeira entre as esferas, recursos orçamentários para o desenvolvimento de ações no SUS e um grau mínimo de estabilidade no financiamento do sistema.

Mesmo com o intenso processo de descentralização, o último e mais recente movimento de reorganização e normatização do SUS, estabelecido pela Norma Operacional da

Assistência à Saúde (NOAS), teve ainda viés restrito à organização regional da assistência médica especializada, denominada de média e alta complexidade, no interior de cada estado. Entretanto, ao reforçar o papel da SES de coordenação e regulação da assistência médica e de articulação de redes de serviços municipalizados e regionalizados, a NOAS contribui para o desenvolvimento desta nova e importante atribuição da gestão estadual.

Ocorreu também, p*ari passu* à descentralização de ações e de serviços, o incremento gradual da capacidade de muitas Secretarias de Saúde nos estados, sobretudo naqueles aspectos que podemos classificar como macrofunções do gestor estadual. Assim, a SES passa a exercitar as capacidades, algumas vezes ainda de modo incipiente, de formular e implementar políticas; de organizar, coordenar, controlar, avaliar e regular ações de prestação de serviços de saúde; de cooperação técnica e financeira com os municípios, sobretudo na área da atenção primária; e de formação e desenvolvimento de recursos humanos.

Ao lado dessas também são implementadas outras importantes funções: a conformação de sistemas estaduais e regionais de vigilância e o apoio à municipalização destas ações; e o desenvolvimento de competência técnica para a gestão de sistemas de informação. Finalmente, a SES, ao deixar de prestar serviços diretamente aos usuários do sistema, passa a especializar-se na execução direta de ações e na organização de serviços de referência em áreas como: laboratórios de saúde pública, serviços de hemoterapia e hematologia, assistência farmacêutica, serviços de saúde mental e reabilitação física, entre outros.

Este conjunto configura, sem esgotar, o amplo e complexo campo de responsabilidades das esferas estaduais de governo na saúde.

O presente estudo da Cooperação Técnica da Opas, sob o prisma da modernização das Secretarias de Estado da Saúde, analisa aspectos importantes desse processo de adequação das SES aos novos papéis e as reformas necessárias para isto, seja na estrutura organizacional, seja nas estruturas funcionais. Assim, a experiência dos 5 Estados cooperadores é bastante reveladora, tanto de conflitos e contradições entranhados por esse rico processo de construção coletiva, quanto dos limites e obstáculos que ainda necessitam ser superados.

Como é ressaltado neste estudo, pode-se afirmar que o atual estágio de desenvolvimento institucional das Secretarias de Estado da Saúde é ***de transição***, devido à nítida superposição e convivência simultânea de papéis e estruturas no âmbito de cada SES. Essa situação é ainda mais complexa porque ocorre em um quadro restritivo geral, pois em que pesem as especificidades econômicas, sociais e políticas de cada estado brasileiro, todos estão submetidos, com maior ou menor intensidade, às exigências do ajuste fiscal.

Essa realidade tem imposto limites muito claros, sobretudo em relação ao financiamento e às políticas de pessoal.

Assim, a reorganização das ações e serviços de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde — da universalidade e da integralidade —, entre outros, em uma República Federativa como o é o caso do Brasil, com três instâncias de governo autônomas e uma sociedade democrática crescentemente participativa, não é tarefa simples, fácil e muito menos rápida. Cada vez mais é patente a necessidade de que a atitude que deve presidir as relações entre os gestores do SUS é a cooperação e não a competição. A noção de que o arcabouço institucional do Sistema possa prescindir de alguma das instâncias de governo ou, em outros termos, que possam existir entes federados com diferentes "valências ou potências" é politicamente equivocada e não contribui para o fortalecimento do sistema.

Por isso mesmo, o atual estágio de consolidação do Sistema de Saúde no Brasil exige o desenvolvimento simultâneo da capacidade de autoridade sanitária das esferas de governo federal, estadual e municipal para que exerçam de modo articulado as funções essenciais da saúde pública e possam, desse modo, formular políticas, coordenar e regular sistemas de saúde, manter a governabilidade do setor e garantir o direito à saúde da população.

A continuidade de estudos e pesquisas sobre modernização das SES, assim como de atividades de cooperação técnica na modalidade desenvolvida pela Opas/OMS deve ser priorizada nas agendas pactuadas como um dos eixos fundamentais das relações intergovernamentais no SUS. Esse pressuposto foi reafirmado em maio deste ano, em Brasília, na oficina Contribuições para o Processo de Descentralização do SUS, realizada pelo Ministério da Saúde, que finalizou as atividades do "Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do SUS". As principais conclusões de ambas oficinas, a de Salvador e a de Brasília, apontam na direção da cooperação para a construção do SUS.

Reafirmo, assim, a importância desta publicação e do trabalho de Cooperação Técnica Descentralizada que a Organização Pan-Americana da Saúde realiza em prol da consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Júlio S. Muller Neto
Secretário de Estado da Saúde de Mato Grosso (1995-2002)
Membro do Conselho Consultivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

A COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA E A MODERNIZAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE

A presente publicação resulta do processo de análise da iniciativa da Cooperação Técnica Descentralizada (CTD) da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), que culminou na realização da *Oficina de Modernização das Secretarias de Estado da Saúde,* ocorrida em Salvador/Bahia, em maio de 2002. Atividade da qual participaram representantes dos estados da Bahia, de Goiás, do Paraná, do Rio Grande do Sul e de Rondônia, além do Ministério da Saúde e da própria Organização.[1] A *Oficina* caracterizou-se pelo diálogo entre as Secretarias de Estado da Saúde (SES), no qual cada uma expôs e descreveu aspectos referentes às responsabilidades, às estratégias, e aos modelos de organização respectivos. A *Oficina de Modernização* foi também uma oportunidade para avaliar ganhos e limites de processos de modernização no Brasil e nas Américas e identificar potencialidades organizacionais e da prática de gestão no contexto da *Cooperação Técnica Descentralizada*.

A *Cooperação Técnica Descentralizada*, realizada pela Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil (Opas/OMS), teve início no ano de 2000 e objetiva a sistematização das atividades que apóiam processos de desenvolvimento de políticas nas Secretarias de Estado da Saúde realizadas pelos diferentes Programas e Projetos da Organização. Essa nova configuração institucional busca potencializar e dar sinergia ao conjunto das ações da Opas/OMS orientadas para um importante e atual desafio do Sistema Único de Saúde (SUS): fortalecer a esfera estadual de gestão.

A iniciativa de fortalecimento da gestão estadual em saúde teve início a partir dos diagnósticos e acordos realizados no Seminário *Gestão Estadual do SUS: Tendências e Perspectivas*, promovido em novembro de 1999, pela Opas/OMS e o Ministério da Saúde (MS). Esse evento ocorreu em resposta à identificação de necessidades e problemas da gestão estadual, por especialistas, acadêmicos, técnicos das SES e do Ministério da Saúde e consultores da Opas/OMS. Havia um consenso de que era necessário elaborar um diagnóstico detalhado da situação da gestão estadual e das perspectivas de desenvolvimento do papel desse nível de gestão.

1 O texto desta publicação tem como base o registro das apresentações, revisado pelos participantes e disponível à consulta no Centro de Documentação da Opas/OMS (Cedoc).

O Seminário permitiu identificar as estratégias para apoiar os estados na melhoria das condições de gestão, com foco no desenvolvimento institucional; na regionalização da prestação de serviços de saúde; no desenvolvimento de recursos humanos; e na cooperação técnica com os municípios. O MS, a partir dos resultados desse evento, consolidou o desenho de linhas de cooperação que fundamentaram o Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual, desenvolvido no ano de 2002 junto aos estados da Bahia, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Tocantins.

Para a Opas/OMS os resultados do Seminário fundamentaram a articulação interna das ações dos Programas e Projetos e o estreitamento de parceiras com o MS para a Cooperação Técnica Descentralizada. O Ministério da Saúde, nesse sentido, apoiou política, técnica e financeiramente a CTD por meio das Secretarias e áreas técnicas cujas atividades se relacionavam às ações da Cooperação. O apoio do MS foi fundamental, pois variadas e significativas ações do governo nacional vêm sendo realizadas junto às SES com objetivos relacionados àqueles da CTD. As Secretarias de Estado da Saúde aderiram à nova proposta de forma expressiva com a reorientação de atividades e a interlocução entre demandas e possibilidades de trabalho.

Internamente o corpo de consultores da Opas/OMS trabalhou na conciliação de objetivos, de agendas e de prioridades dos Programas e Projetos. Ainda que a Cooperação Técnica Descentralizada não englobe o conjunto de atividades e de interlocutores da Opas/OMS, todos os Projetos e Programas da Organização desenvolvem ações específicas junto às equipes e instituições estaduais de modo a apoiar o fortalecimento da gestão estadual.

A Cooperação Técnica Descentralizada completou no ano de 2002 dois anos de atividades orientadas para a modernização das Secretarias de Estado da Saúde. No *Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde,* especificamente, a Cooperação Técnica Descentralizada orientou objetivos para incluir o diálogo tripartite e atividades de organização das SES frente aos novos desafios da descentralização e regionalização dos serviços de saúde (www.Opas.org.br/servico).

Até o final de 2002, o *Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde* contou em cada estado integrante da Cooperação Técnica Descentralizada, com interlocutores, técnicos e dirigentes das SES como enlaces das atividades no campo da organização dos serviços de saúde. Esse grupo designado e apoiado pelas SES participou de reuniões, oficinas e outras atividades de intercâmbio de modo a representar a gestão estadual nos diversos temas que integram a CTD.

Alguns resultados da CTD influenciaram agendas institucionais onde a construção pelo grupo de enlace de pautas temáticas comuns avançou para projetos específicos que configuraram o *Observatório da Saúde*, iniciativa pan-americana de acompanhamento setorial. O Observatório da Saúde vem sendo difundido pela Opas/OMS em vários países das Américas e corresponde ao acompanhamento e monitoramento de políticas governamentais quanto à situação, iniciativas, tendências e análise de conjuntura e prospectiva. É, ainda, um *espaço* que utiliza a informação existente transformada pela análise dinâmica, ágil e atualizada, colocada à disposição para facilitar processos decisórios e políticos. Ao focalizar atividades em determinados campos— Reforma, Regionalização, Recursos Humanos, etc — surgem observatórios específicos que têm assumido forte caráter de cooperação técnica e estímulo à conformação de grupos com apoio de instituições locais, caracterizando-se como potentes instrumentos para constituir e integrar redes setoriais.

No Brasil, o *Observatório da Reforma* busca, por sua vez, representar visões diversificadas de questões relacionadas à política de saúde nos estados. Em 2002 completou dois anos de atuação nos quais produziu, a partir de variadas fontes, informes específicos, textos sintéticos e analíticos. Além disso, promoveu a comunicação e o intercâmbio sobre questões referentes à reforma setorial. Equipes estaduais têm participado ativamente e são incentivadas a realizar atividades sustentáveis com o apoio técnico e metodológico da Opas/OMS (www.opas.org.br/servico).

A presente publicação da Série Técnica do *Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde,* com os trabalhos da *Oficina de Modernização das SES*, evidencia, assim, tanto os esforços dos dirigentes e das equipes estaduais quanto os avanços e desafios rumo à modernização gerencial presentes em todas as Secretarias. Ainda que ativo, esse movimento não foi homogêneo nos estados e o texto a seguir demonstra as similitudes e diferenças específicas nas políticas e nas prioridades em cada caso, valorizando o intercâmbio e o debate de idéias. A riqueza do texto está em considerar que apesar de um roteiro sugerido previamente, a apresentação do estado não seguiu um padrão rígido tendo cada SES apontado e enfatizado aspectos relevantes no conceito dos técnicos e dirigentes.

De modo geral, as experiências relatadas são extratos de processos com variações de uma transição ainda incompleta cuja tendência é: a busca do fortalecimento da responsabilidade sanitária pública; o esforço pela organização e coordenação de sistemas e redes de atenção de modo a superar desigualdades de acesso e sociais; a construção de novo modelo de atenção, com o enfrentamento da dificuldade de formação de recursos humanos para assumir e concretizar as novas funções. Nesse sentido, ainda que uma

oficina de dois dias não seja espaço suficiente para propiciar o conhecimento de todas as transformações de uma década vividas pelas SES, foi um espaço privilegiado da CTD para indicar questões a que os governos se dedicaram nos últimos anos, seja em decorrência da política estadual ou da federal ou de pressões locais organizadas.

Os estados participantes da CTD exibem assim ricas e vivas experiências de modernização que acumulam mudanças funcionais e operacionais, as quais demandam reestruturação administrativa dependente de ações políticas em tempo variável. Tais processos não têm natureza linear e estão imersos em crises, acomodações, construções e, ainda, custos diversos.

Nesse sentido, com base nos relatos dos estados na Oficina de Modernização foram destacadas algumas tendências dos processos de modernização daquelas SES, no contexto de construção do SUS. De algum modo e intensidade os governos passaram por processos de diminuição de todas as estruturas administrativas, alcançando reformas significativas. No caso das SES as funções de provisão de serviços foram substituídas pelas de coordenação, regulação, cooperação técnica e fiscalização. Tais funções devem dar viabilidade às adaptações institucionais de acordo com o modelo de descentralização nacional, regido por normas federais que atribuem responsabilidades para cada esfera e definem ações e serviços prioritários para custeio e financiamento.

A Oficina de Salvador foi enriquecida ainda com a participação de consultor regional José María Marin da *Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde* da sede da Opas/OMS, que colaborou na identificação e reforço de linhas estratégicas para melhorar e aprimorar o processo de modernização no âmbito da Cooperação Técnica Descentralizada, a partir de uma descrição das funções básicas de gestão resultante da análise das experiências de reforma nas Américas. A participação de dirigentes e técnicos da extinta Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde favoreceu a integração de processos de modernização financiados com os recursos do *Projeto de Reforço à Regionalização* do Sistema Único de Saúde (Reforsus), cujos resultados parciais enriqueceram as reflexões durante a Oficina.

Este informe está organizado em três partes. A primeira trata da contextualização dos processos de reforma setorial e modernização institucional nas Américas. A segunda parte está organizada por eixos temáticos sugeridos no roteiro de apresentação enviado aos participantes pelo Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, que aborda: a situação das SES no início da gestão; as estratégias, modelos e perfil de organização; os ganhos e limites do processo de modernização técnico-administrativa; as potencialidades de mudança organizacional e de práticas de gestão; e por fim a avaliação

das atividades da CTD nos estados. Os Capítulos 7 e 8 buscam indicar possibilidades de articulação, contribuições e perspectivas para a reforma setorial à luz da análise das experiências estaduais de modernização administrativa. A parte 3 apresenta informações selecionadas sobre características dos estados de modo a evidenciar a variedade dos perfis e de situações encontradas.

Se muito vale o já feito, mais vale o que será, e o que foi feito é preciso conhecer para melhor prosseguir.[2] É com essa perspectiva que o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde está difundindo o presente informe.

2 Trecho de *O que foi feito deverá* de M. Nascimento e F. Brant.

PARTE 1 – REFORMAS SETORIAIS NA REGIÃO DAS AMÉRICAS: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICO-PRÁTICAS

CAPÍTULO 1
CONTEXTUALIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE REFORMA SETORIAL E MODERNIZAÇÃO INSTITUCIONAL NAS AMÉRICAS

A Oficina de Modernização das SES, além do relato da situação de reforma na visão dos gestores estaduais, teve como subsídio a conferência de José María Marin, consultor da Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da sede da Opas/OMS, que em uma perspectiva da Região das Américas introduziu quatro elementos de reflexão sobre o desenvolvimento da capacidade da autoridade sanitária para o exercício descentralizado da gestão em saúde.[3]

Em síntese, os quatro elementos propostos por José María Marin permitiram traçar paralelos entre a experiência regional e a do Brasil com referência à modernização das SES, especificamente dos estados presentes na Oficina. Isso foi possível porque, mesmo com variadas especificidades presentes em cada país, alguns fenômenos relacionados ao processo de modernização dos órgãos gestores da saúde são comuns a todos quando se trata do desenvolvimento da autoridade sanitária.[4]

Marco comum do processo de modernização das SES

O primeiro elemento de reflexão apontado por Jose Maria Marin refere-se à possibilidade de identificar um *marco comum ao processo de modernização das SES, no contexto das reformas* relacionado aos princípios do SUS. As identidades do exercício da gestão setorial nos processos de reforma e de modernização do Estado decorrem, em princípio, de características globais dos cenários e das similaridades nos processos de gestão pública presentes tanto no Brasil quanto nas Américas.

Nessa perspectiva, mudanças setoriais ocorrem na presença de outros fenômenos que configuram o marco comum entre as experiências de países. Os elementos que com-

3 Os *slides* da apresentação do consultor encontram-se no Anexo.

4 Existem vários estudos sobre as transformações nos órgãos gestores do SUS durante o processo de descentralização. No estudo de Guimarães (2001b) a experiência da Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso foi descrita e analisada com referência às transformações nas relações intergestores com o avanço da descentralização da gestão.

põem o marco comum, na visão do expositor, são: o processo de democratização e modernização do Estado, com a especialização da atuação às funções indelegáveis de governo; a entrada de novos atores públicos e privados na política setorial e na produção de serviços; a desconcentração e descentralização das ações de gestão sanitária, das funções de saúde pública e da provisão de serviços; a tendência à especialização institucional que acompanha a separação das funções de gestão, financiamento e provisão de serviços.

No contexto desse marco comum, o exercício e a estrutura da autoridade sanitária passam por mudanças geradoras de outros efeitos, também comuns: modernização associada a *desregulação e desintervenção* no mercado; reforma estrutural com ampliação da descentralização e da participação social; entendimento da saúde como política pública, processo e produto social.[5]

O processo de gestão ou de exercício da autoridade sanitária assume, nesse cenário, funções de equilíbrio de conflitos, coordenação de sistemas complexos e de articulação política para a garantia da governabilidade. O aumento da complexidade da função pública vai, além disso, incorporando: o gerenciamento dos processos de separação de funções de financiamento e provisão de serviços de saúde; a administração da inclusão de atores diversificados envolvidos nas decisões setoriais; a adoção de novas modalidades de financiamento, com mudança da posição do governo central, diminuição da função provedora e ampliação da função de regulação.

Perfil institucional básico dos organismos gestores do SUS

O segundo ponto abordado é a identificação da necessidade de *definição de perfil institucional básico para os organismos gestores da saúde no SUS*, abrangendo os modos de organização e o estabelecimento de prioridades estratégicas para a gestão setorial. A premissa básica é que a gestão pública deve assumir a busca e a sustentação de liderança política técnica setorial e intersetorial. Além de garantir a racionalidade do Sistema mediante a regulação da atenção secundária, inclusive como retaguarda à atenção básica, e o reforço de estratégias e mecanismos de vigilância e avaliação.

Para tal desafio, os gestores em cada nível do Sistema devem estar preparados para assumir a condução setorial, entendida como o acúmulo de recursos técnicos e políticos. E, além disso, devem assumir o exercício das funções de formular, organizar e dirigir a execução da política de saúde por meio da definição de objetivos nacionais e subnacionais, da elaboração e implementação da planos estratégicos de proteção social em saúde, do

5 Sobre a descrição e análise de mudanças setoriais em alguns países da América Latina, ver Guimarães (2001).

estabelecimento de mecanismos participativos de produção de consensos, e da mobilização de recursos necessários para todas as ações.

Harmonização entre fontes financeiras e necessidades de atenção

O terceiro aspecto para a reflexão articula, por sua vez, a implantação da descentralização com o fortalecimento do poder sanitário, envolvendo a *harmonização da provisão de serviços de saúde pública e da atenção às pessoas*.

Em relação ao financiamento setorial, os gestores têm como responsabilidade promover o ordenamento e o estabelecimento de garantias de estabilidade financeira e, ao mesmo tempo, corrigir iniqüidades e desvios no aporte e no gasto de recursos. Essas funções se efetivam no desenvolvimento de capacidades para a o controle público e social do processo de financiamento. O desenvolvimento das experiências em outros países vem demonstrando que, para isso, é necessário criar capacidades para orientar a aplicação dos recursos e para corrigir desvios nos gastos frente às múltiplas fontes e a autonomia financeira, que provocam tensões entre os atores setoriais.

Quanto à garantia do acesso, as responsabilidades da autoridade sanitária, reforçadas pelo expositor, são de definir, garantir e controlar a prestação de serviços para toda a população. Nesse sentido, os organismos gestores assumem competências de estabelecer planos de garantia de: cobertura; controle da prestação pública e privada; melhoria da capacidade de compra de serviços; identificação de riscos a que estão submetidos diferentes grupos sociais atendidos por políticas públicas; desenvolvimento de mecanismos para a garantia da cobertura integral e universal dos serviços; e ampliação da capacidade de controle e de coerção sobre as instituições de saúde suplementar.

No contexto da reforma setorial, a harmonização de fontes financeiras e de necessidades de atenção em processos de descentralização exigem, cada vez mais, a orientação de critérios de aplicação de recursos que privilegiem a oferta pública. A harmonização resulta da coordenação de planos de ação de gestores, que assumem responsabilidades sobre a provisão de serviços de atenção à saúde com a descentralização. A conjugação de fontes e necessidades é dependente da clareza de responsabilidades e de competências de cada esfera de gestão e das unidades de serviço vinculadas.

Coordenação da descentralização

A articulação entre os três aspectos anteriores — marco comum, perfil institucional e fontes e necessidades —, segundo o expositor, é o espaço real de coordenação do processo de reforma setorial. No caso do SUS, embora a coordenação seja a atribuição de todos

os níveis de gestão, é uma tarefa típica da esfera estadual frente à necessidade de articulação que viabilize a descentralização de atribuições e de competências. Para enfrentar necessidades e problemas no SUS, mecanismos de cooperação técnica, horizontais e verticais, entre as esferas de governo, devem ser ampliados e fortalecidos. Alguns aspectos demandam a atuação solidária e cooperativa entre as esferas de governo, entre os quais: o desenvolvimento de ações de saúde integrais; a criação de mecanismos de correção de distorções, imperfeições e iniqüidades na distribuição de recursos; o estabelecimento de mecanismos de compromissos relativos à provisão de serviços mediante acordos e contratos de gestão; a alocação de recursos disponíveis; e a avaliação de resultados.

A estrutura conceitual das *funções essenciais de saúde pública* difundida pela Opas/OMS pode apoiar o desenvolvimento das capacidades, atribuições e metas de gestão para o exercício da coordenação da descentralização.[6] A incorporação na prática de gestão das funções essenciais instrumentaliza para o enfrentamento de questões como: compatibilização no planejamento setorial de bens públicos meritórios e de alta externalidade positiva; a complexidade crescente e o impacto dos riscos ambientais e dos modos de vida e comportamentos sociais na saúde; e, ainda, a compatibilização de áreas e recursos de intervenção estatal com as necessidades e práticas sociais em saúde pública.

A observação do processo de modernização de cada SES evidencia que, embora tenha especificidades únicas, demonstra similaridades nos resultados e sugere a influência de contexto mais geral. Esse contexto histórico e social foi marcado por períodos em que ocorreram fenômenos que permitem estabelecer correlações inclusive entre as experiências de países. No caso do Brasil, entre esses fenômenos estão a reforma do Estado, com pressupostos de redução, flexibilização, especialização, contenção, racionalização administrativa, etc. No setor saúde, o MS nos últimos anos vem exercendo influência importante no desenho institucional dos órgãos gestores estaduais e municipais. Seja pela própria reforma que vive, pela mudança no modelo de atenção que vem induzindo, devido à operacionalização do processo de descentralização da gestão, ou de novas relações intergovernamentais que vem estabelecendo. Esse conjunto de influências em cada estado vai ao encontro da cultura institucional — crenças, modos de relação, práticas —

6 As funções essenciais de saúde pública são: monitoramento, avaliação e análise da situação de saúde; vigilância de saúde pública, investigação e controle de riscos e danos em saúde pública; promoção da saúde; participação dos cidadãos em saúde; desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão em saúde pública; fortalecimento da capacidade institucional de regulamentação e fiscalização em saúde pública; avaliação e promoção do acesso eqüitativo aos serviços de saúde necessários; desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública; garantia e melhoria da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos; pesquisa em saúde pública; redução do impacto de emergências e desastres em saúde (www.opas.org.br servico).

sedimentada ao longo de anos, condicionada e condicionante de processos políticos locais bastante variados.

1.1 SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE: MODERNIZAÇÃO NO CONTEXTO DAS REFORMAS SETORIAIS

O tema da modernização das Secretarias de Estado da Saúde toca em questões atuais do estágio de implantação do SUS. Se de um lado existem inegáveis e reconhecíveis avanços nas estruturas municipais e órgãos gestores dos sistemas municipais de saúde, de outro ocorreu um esvaziamento nas esferas estaduais apenas recentemente enfrentado. Ao avanço da descentralização, nessa perspectiva, não corresponderam, em geral, transformações nas estruturas, funções e estratégias das Secretarias de Estado da Saúde.

Tal situação é associada à Norma Operacional Básica de 1993, editada pelo Ministério da Saúde. Entretanto torna-se evidente no momento de implantação da regionalização da assistência com a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas/2002), quando o papel de coordenação do sistema estadual pela SES assume relevância na descentralização. Além disso, a ausência ou deficiência na atuação nessa esfera de governo leva a problemas na capacidade de atuar no sistema estadual dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde e ao desequilíbrio entre as três esferas de governo. Tais fenômenos, em última instância, ocasionam o retardamento da gestão única em cada esfera de governo (comando único).[7]

Praticamente todas as SES vêm se deparando com a necessidade de realizar reformas na estrutura funcional e organizacional para se adequar às novas capacidades e atribuições no SUS. Muitas dessas iniciativas refletem esforços de todo o setor público em empreender reformas administrativas. Na *Oficina de Trabalho sobre Modernização das SES*, da Cooperação Técnica Descentralizada, estiveram presentes as SES que estão realizando processos de modernização com o apoio direto ou indireto da Opas/OMS: Bahia, Goiás, Paraná, Rondônia e Rio Grande do Sul.[8] Dessa atividade participaram ainda dirigentes e técnicos da extinta Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (SPS/MS) e consultores da Opas/OMS.[9]

7 Dos estados da CTD, apenas Rondônia não estava habilitado na Noas; os demais inclusive estiveram habilitados na NOB/96: Bahia e Rio Grande do Sul, na condição *Avançada do Sistema Estadual*, e Goiás e Paraná, na condição *Plena do Sistema Estadual*. Quanto à habilitação de municípios nos estados da CTD, observa-se que, embora na NOB/96 tenha atingido 100%, mantendo a tendência de concentração na condição *Plena da Atenção Básica*, na Noas apenas 8 municípios estão habilitados na Bahia; 8 em Goiás; e 12 no Paraná (informações obtidas na SAS/MS, em 2002).

8 No caso dos estados do Paraná e Rondônia, a Opas/OMS tem participação mais direta; nos estados da Bahia e Goiás, a Opas/OMS tem apoiado as iniciativas já presentes; e no caso do Rio Grande do Sul tem acompanhado os avanços em relação à modernização da Secretaria de Estado da Saúde.

9 A lista dos participantes encontra-se no início do texto.

PARTE 2 – MODERNIZAÇÃO DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE NA REFORMA SETORIAL NO BRASIL: EXPERIÊNCIAS NOS ESTADOS DA BAHIA, GOIÁS, PARANÁ, RONDÔNIA E RIO GRANDE DO SUL.

CAPÍTULO 2
RESPONSABILIDADES DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE: AVANÇOS E LIMITAÇÕES NO PERÍODO DE 1999 A 2002

O aspecto da responsabilidade da SES, circunscrito em um período definido, está associado ao modelo de administração setorial, vinculado, por sua vez, ao governo estadual. Os atuais governos estaduais tiveram início no ano de 1999 e concluíram os mandatos no ano de 2002. Dentre os estados participantes da Cooperação Técnica Descentralizada, dois (Bahia e Paraná) tiveram dois mandatos consecutivos, pois os governos estaduais foram reconduzidos (1995-1998 e 1999-2002). Três estados (Goiás, Rondônia e Rio Grande do Sul) estavam no primeiro mandato do governo estadual.[10]

O período total de governo provavelmente exerce influências nos avanços alcançados na questão das responsabilidades da SES; contudo outros aspectos favorecem as reformas, mesmo no curto prazo. As experiências relatadas pelos estados indicam alguns desses aspectos, os quais pela natureza do evento não foram detalhados em profundidade. Mas o objetivo nessa Oficina foi atingido no sentido de que, mediante a contextualização de cada Secretaria, foram identificados os avanços e as limitações encontrados no período de 1999 a 2002 que apontam para mudanças na estrutura do órgão gestor, com referência às transformações nos papéis da esfera estadual do SUS.

O estado da Bahia realizou reformas na estrutura da SES e mudanças na administração de serviços a partir de estudos, diagnósticos e definição de funções executadas por diferentes cooperações técnicas. Goiás, por sua vez, com forte tradição na prestação direta de serviços assistenciais pela SES e dificuldades em implementar uma reforma administrativa formal, optou por realizar a transformação interna em paralelo à estrutura organizativa, elaborando nova estrutura com foco na regulação e na cooperação técnica com os municípios. O estado do Paraná, ao lado de forte descentralização rumo aos

10 Nas eleições de 2002 o panorama dos governos estaduais foi o seguinte: na Bahia permaneceu o Partido da Frente Liberal; em Goiás permaneceu o Partido da Social Democracia Brasileira; no caso do Paraná houve mudança, do Partido da Frente Liberal para o Partido do Movimento Democrático Brasileiro; no Rio Grande do Sul também ocorreu mudança, do Partido dos Trabalhadores para o Partido do Movimento Democrático Brasileiro; já em Rondônia houve mudança do Partido da Frente Liberal para Partido da Social Democracia Brasileira.

municípios, manteve responsabilidades significativas na assistência e nos serviços de saúde. Assim, ordenou a estrutura administrativa a partir dos projetos estaduais estratégicos.

O estado de Rondônia é um caso especial de mudança que envolve maior complexidade, pois até 1982 foi território da federação, sem autonomia em relação ao governo nacional. É um estado jovem, portanto, que ainda tenta superar as dificuldades de governabilidade para constituir-se com autonomia. Por fim, o Rio Grande do Sul, por representar um governo de mudança, realizou transformações emblemáticas no desenvolvimento de foros e instrumentos de consulta e decisão para a participação social e de municípios.

Com base nas discussões e informações da Oficina de CTD e na observação do conjunto diversificado de experiências desses estados, é possível indicar alguns aspectos que podem ser incluídos nas próximas discussões do tema de modernização das SES. Um aspecto geral, presente tanto nos estados como nos municípios, é a tendência das esferas territoriais de reproduzir nas próprias estruturas a do MS, efeito associado à indução federal. Seria importante destacar que as mudanças e transformações nem sempre são processos contínuos ou sem crises. Em geral enfrentam resistências, por exemplo, de grupos profissionais ligados às funções tradicionais que são amparadas por fundamentos legais, por exemplo, que tendem a pressionar para o fortalecimento de estruturas mais centralizadas, hierarquizadas e verticalizadas dos órgãos governamentais. A efetividade da rigidez de estruturas é cada vez mais colocada em cheque com o crescimento do consenso de que o exercício das funções depende menos da estrutura que da clareza dos processos das atribuições e delegação de competências.

Reações institucionais às mudanças atrasam processos, entretanto não chegam a impedir que transformações se efetivem, até de modo independente da estrutura formal. As experiências ilustram que tanto podem ocorrer mudanças na estrutura sem, contudo, alterar o processo de trabalho, como mudanças de objetivos e mecanismos de ação sem alterar a estrutura formal. Novos desenhos de estrutura exibem o foco na mudança de processos de trabalho mediante estruturas mais leves, flexíveis e matriciais.

Desse panorama tão diversificado, seja no contexto político, seja no institucional, observa-se no período evidente tendência à mudança organizacional no sentido de correspondência com as novas responsabilidades, transição de antigas prioridades locais. Nota-se em todos os casos, entretanto, a convivência simultânea de papéis — coordenação e prestação — e de estruturas — formal e funcional. Tal situação denota que o momento ainda é de transição e consolidação de novos modelos e desenhos de estruturas da SES.

No que se refere à organização de estruturas regionais, desconcentradas, das SES, de modo geral, os estados são divididos para fins organizacionais em regiões. Essa divisão regional é utilizada para o planejamento de ações de governo de modo a atender características específicas dentro do mesmo estado. Muitas vezes, cada área de governo redivide o estado de acordo com outros parâmetros, fazendo com que em um mesmo estado coexistam regiões administrativas distintas. No campo da saúde, a Noas inseriu novos parâmetros para a organização regionalizada com referência à assistência à saúde. Todos os estados da CTD tinham com anterioridade algum tipo de divisão regional e exibem uma variedade de situações bastante ilustrativa.

No caso da Bahia, as estruturas desconcentradas da SES ainda são frágeis e com pouca ação estratégica, além disso, susceptíveis à ingerência política. Ainda não se processou a atualização das regionais para novas atribuições. Em Goiás reformas recentes buscam alterar as funções e o número das antigas regionais. No Paraná a tradição regional imprimiu novas modalidades de cooperação técnica entre a SES e os municípios mediante os consórcios intermunicipais de saúde em pólos regionais onde funcionam comissões bipartite e conselhos regionais de saúde. Em Rondônia a organização regional é prejudicada pela dispersão populacional e dificuldades de acesso, impondo outra estratégia. No Rio Grande do Sul a tradição de regionalização é bastante forte entre os municípios e se reflete no governo estadual. Assim, nesse estado ocorreu o estabelecimento de mecanismos de cooperação e negociação regionais de forma intensa, na área da saúde.

2.1 BAHIA

A SES-BA iniciou em 1997 um diagnóstico com o objetivo de melhor definir as funções da Secretaria, independentemente da estrutura formal, para subsidiar projeto de investimento do Banco Mundial (BM). Com essa meta foi realizado Seminário avaliativo do sistema estadual de saúde, com a participação da Opas/OMS e de consultores dos projetos de cooperação técnica, das Secretarias de Governo e de Planejamento. Nessa época, o estado da Bahia passou a integrar a iniciativa da Cooperação Técnica Descentralizada, incluindo dentre as atividades o *Observatório de Saúde,* e a Opas/OMS passou a ser parceira do estado junto ao Projeto com o BM.

Especificamente com referência ao Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual, desenvolvido pela com SES com o MS, para a identificação de atribuições, avanços, dificuldades e demandas referentes à estrutura institucional, foi aplicado junto aos dirigentes da SES um questionário. As demandas expressas naquele momento e consolidadas por técnicos da SES e do MS estão relacionadas às seguintes áreas: a) organização,

processos e fluxos de trabalho, incluindo-se recursos humanos, devido ao esvaziamento sem reposição; b) planejamento, avaliação, controle e regulação; c) comunicação social externa e interna; d) gestão — modelos de gerência para unidades e de gestão para o estado — o estado e o município de Salvador não estão em gestão plena.

Face a todo esse movimento, em 1999, a Secretaria passou por reforma e redefinição de estrutura organizacional. Hoje conta com quatro Superintendências que abrangem as macrofunções.[11] Essa organização se reflete também no Plano Plurianual (PPA), o qual foi trabalhado como um projeto onde as Superintendências apresentam os programas respectivos.

Com relação à macrofunção de prestação de serviços, o estado tem sob sua gestão cinqüenta e dois hospitais, alguns desses com gerência terceirizada e vem experimentando modalidades alternativas de gerenciamento dessas unidades. Mantém, todavia, o cofinanciamento do sistema de saúde municipal mediante convênios. Em relação à vigilância sanitária o processo de modernização estava voltado para a atuação sobre problemas e, a partir disso, a reforma da estrutura. O interesse da gestão era de reformular a assistência como um processo de regulação integrado do Sistema e de integrar internamente de atividades para reduzir a fragmentação e melhorar a gestão.

2.2 GOIÁS

A SES-GO desenvolveu acelerado processo de análises e proposições de mudanças nos últimos anos, que resultou na reforma de estrutura, no meio do ano de 2001. Essa mudança não ocorreu em outros setores do governo estadual. Entretanto, o registro das atividades dos últimos três anos e meio é precário, com pouca marcação dos passos ocorridos.

Dentre os projetos desenvolvidos pela SES, o convênio com a Opas/OMS representou um portfólio de atividades de cooperação técnica em diversas áreas, entre as quais serviços de saúde, recursos humanos e medicamentos. Um trabalho exaustivo de análise da rede de serviços foi realizado no ano de 1999, o qual resultou em linhas estratégicas a partir de: diagnóstico demográfico e epidemiológico; gestão do sistema de saúde; descrição da rede de serviços; estudo da oferta; estimativa da demanda e necessidades.

11 As macrofunções muitas vezes referidas neste texto decorrem de iniciativa do Ministério da Saúde, no ano de 1999, para apoiar a formulação de políticas: *i)* condução das políticas estaduais de saúde; *ii)* regulação; *iii)* cooperação técnica; *iv)* e execução de ações de saúde. O exercício de todas as macrofunções concretizaria o papel de gestor estadual do SUS conforme os princípios constitucionais.

A partir desse diagnóstico, foram construídas soluções com a finalidade de estimular a reflexão junto à equipe da SES e a respectiva priorização de linhas estratégicas de ação, para o planejamento da atenção à saúde no estado. A gestão da SES, que teve início no ano de 1999, valeu-se das alternativas de soluções propostas para orientar as atividades de governo. Assim, para problemas localizados com relação ao estudo demográfico, a linha estratégica foi realizar ação intersetorial do conjunto do governo de Goiás, promovida pelo Gestor Estadual da Saúde, visando a realização de investimentos para a melhoria da infra-estrutura, da qualidade de vida, do nível educacional, nutricional e de novos estilos de vida saudáveis.

Para problemas localizados com relação ao estudo epidemiológico, a linha estratégica indicou a necessidade de promover um maior investimento na atenção básica, priorizando a vigilância e intervenções nos fatores de risco, estabelecendo um novo processo de trabalho e a implementação de Sistema de Controle e Avaliação de serviços, para alcançar a diminuição da mortalidade e da morbidade por causas evitáveis. Já para os problemas localizados com a gestão do sistema estadual de saúde, a linha estratégica centrou-se na modernização da SES, com: criação e implementação de todos os instrumentos de gestão; efetivação do relacionamento do Gestor Estadual com as instâncias colegiadas; exercício da coordenação dos fluxos de informações e comunicações para dinamizar o funcionamento, a integração e a articulação do Sistema Estadual de Saúde.

Quanto à gestão do modelo assistencial, a linha estratégica buscou reestruturar o sistema de atenção à saúde, de vigilância epidemiológica e sanitária e a descentralização dos serviços de saúde de acordo com as necessidades. Com referência aos problemas relacionados com a organização da rede de serviços, a linha estratégica consistiu em fortalecer a capacidade dos gestores para regular os sistemas de contratação dos prestadores, implantando novas formas de controle, avaliação e auditoria para os serviços contratados e favorecer a adoção de um novo modelo de saúde pactuado entre gestores e discutido nos conselhos de saúde, e um novo processo de trabalho pactuado com os trabalhadores da saúde, orientado para as ações de vigilância e atenção básica e uso racional e otimizado da atenção especializada de média e alta complexidade.

Com referência à rede de serviços, a linha estratégica buscou reorganizar as Diretorias Regionais de Saúde e as Macrorregiões para garantir o acesso integral, eqüitativo, com qualidade, aos serviços de saúde, estabelecendo o sistema de referência e de contra-referência. Por fim, com relação à oferta, demanda e necessidade de ações e serviços de saúde, a linha estratégica centrou-se na modificação dos sistemas de planejamento, programação e pactuação, considerando o cálculo de necessidades com base: em parâmetros regionais e microrregionais e em indicadores epidemiológicos; no conheci-

mento da população que tem acesso à saúde suplementar; e no estabelecimento de uma estratégia progressiva para a descentralização dos serviços em pólos de atendimentos.

A SES-GO passou a ter definição mais clara do papel a partir das quatro macrofunções tratadas na cooperação com o Ministério da Saúde e OPAS/OMS: formulação e condução de políticas de saúde no Estado; gestão compartilhada e regulação do SUS; execução de ações de saúde supramunicipais e suplementares; e cooperação técnica com os municípios. Quanto à terceira macrofunção, o estado ainda exercia esse tipo de atividade de forma intensa, principalmente no interior, o que levava a dificuldades de atuação da SES-GO. Outro aspecto de dificuldade era a questão da modernização de estruturas e de processos administrativos importantes, sem os quais não prosseguiam as ações.

Levada a discutir novas atribuições, a SES-GO adotou postura de negociação para conduzir a política estadual de saúde, mesmo com a grande complexidade interna da Secretaria, com estrutura antiga, fragmentada e não adequada às novas funções. Estava organizada com sete Superintendências: executiva — criação recente da atual gestão; controle e avaliação tecno-administrativa — funções de auditoria do ex-Inamps; da rede de serviços hospitalares de alta complexidade, urgência e emergência antes gerenciados por Fundação Estadual, criada em fins de 1999, pelo governo anterior; planejamento e orçamento; ações básicas — ainda que o estado não as execute; vigilância sanitária; e administração e finanças. Integravam também a estrutura serviços relacionados ao acidente com o césio em Goiânia, ligados à Fundação Leide das Neves.

No contexto de mudança das funções da gestão estadual, a estratégia de descentralização político-administrativa do SUS apresentou particularidades, como a concentração de serviços na capital e um modelo de atenção voltado para problemas pontuais. Um novo papel da esfera estadual se evidencia, entretanto, com a Noas. Esse deve exigir repensar a municipalização direcionada pelas normas anteriores. Alguns aspectos apontados para reflexão foram: recursos humanos; a diminuição da função de prestação direta de serviços assistenciais; a pactuação de responsabilidades sanitárias; e o modelo de gestão colegiada e participativa.

2.3 PARANÁ

As responsabilidades da SES-PR foram discutidas em projetos estratégicos, que quando colocados em prática impuseram mudanças organizacionais, ou seja, mais na atuação que na estrutura. Assim, a estrutura formal permaneceu inalterada, mas os desenhos internos se transformaram. A SES-PR contava com: um conselho de administração; uma

assessoria jurídica; uma ouvidoria; uma assessoria de comunicação social. E, ainda, três diretorias: administrativa; econômico-financeira; e de recursos humanos.

Na prática, a estrutura funcionava de modo alterado nos processos de trabalho das diretorias e organização de centros e assessorias específicas. Com essa perspectiva a Diretoria de Gerenciamento em Saúde (dos órgãos próprios) juntou todas as unidades próprias que prestam serviços à comunidade: Laboratório Central (Lacen); Centro de Pesquisa e Produção de Imunobiológicos; Centro de Medicamentos do Paraná (Cemepar) o qual mudou de perfil com os consórcios; Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná (Hemepar), que coordena as 24 unidades de Hemorrede, dez hospitais e seis unidades ambulatoriais especializadas. A Diretoria de Sistemas de Saúde, por sua vez, somou à estrutura ambulatorial e hospitalar as áreas de epidemiologia, saneamento e vigilância sanitária. Assim, tinha sob sua responsabilidade: o Controle de Doenças e Agravos; a Regulação de Sistema de Saúde (complexos regulatórios e elaboração de protocolos); a Programação e Acompanhamento de Ações e Sistemas de Saúde (Sistema de Informações Ambulatoriais — SIA — e Sistema de Informações Hospitalares — SIH —); a Vigilância Sanitária de Serviços e de Produtos. E incluía a organização do Sistema Estadual por prestadores ou estabelecimentos de serviços de saúde.

Dois centros passaram a integrar a SES-PR. Um Centro de Informações e Diagnóstico em Saúde, que englobava Comitês de Mortalidade Materna e Infantil, Setor de Informática (equipamentos), Sistemas de Informação em Saúde, Departamento de Doenças Imunopreveníveis (imunização). Essa estrutura foi preparada em 1999 e entrou em funcionamento em 2000. E um Centro de Saúde Ambiental, que significava a mudança estrutural mais marcante integrando Saúde no Trabalho, Alimentos, Zoonoses e animais peçonhentos e Ação sobre o Meio.

Uma Assessoria de Cooperação Governamental substituiu a discussão do planejamento e controle, ficando praticamente com as mesmas estruturas: Orçamento, Acompanhamento de Convênios, Planejamento. Essa área cuidava da elaboração do Plano Estadual de Saúde, da Agenda Estadual de Saúde, do Relatório de Gestão e do Acompanhamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

A partir dessa estrutura matricial, houve suporte operacional para implementação de mudanças dentro da Secretaria que teve início com um redesenho de processos de trabalho, com a cooperação fundamental da Opas/OMS, que apoiou técnica e financeiramente parte do trabalho. As seis fases de redesenho de processos que potencializaram a mudança organizacional são, resumidamente: Fase 1 — *Workshop* de nivelamento para levantar os macroprocessos; Fase 2 — Levantamento *in loco* passo-a-passo; Fase 3 —

Desenho dos Fluxos; Fase 4 — Otimização dos Processos; Fase 5 — Redesenho dos Processos otimizados; Fase 6 — Implementação. Essas atividades tiveram como resultado o aperfeiçoamento dos processos nas áreas da SES, com a melhoria do desenvolvimento das atividades das Diretorias Administrativa e Financeira, nas quais o projeto foi desenvolvido e apoio operacional para a expansão das outras áreas da SES.

2.4 RONDÔNIA

O estado de Rondônia ainda não viveu uma história que possa ser compartilhada, pelo fato de ter sido criado em 1982 e ser, portanto, um estado jovem. Todos os municípios do estado ofereciam serviços de saúde contando com estrutura hospitalar, laboratórios, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico. A primeira iniciativa de descentralização do Sistema ocorreu com a Norma Operacional Básica/93 (NOB/93), decisão considerada precipitada ao delegar às prefeituras municipais a gerência da saúde, independente das condições dos municípios em absorver essa responsabilidade. Os cinqüenta e dois municípios tinham população dispersa em território relativamente grande, dos quais doze municípios passaram a ter gestão plena do sistema e quarenta municípios gestão básica na Norma Operacional Básica/96 (NOB/96).

Para apoiar a reorganização da SES-RO, foi produzido no âmbito da Cooperação Técnica Descentralizada um diagnóstico da situação administrativo-gerencial e construída uma lista de atividades para a CTD. Dentre essas, um anteprojeto de lei de nova estrutura. A nova estrutura foi aprovada na Assembléia Legislativa, em abril de 2002. Entretanto para regulamentar a nova estrutura era necessário um Decreto e o Regimento Interno. O primeiro estava pronto aguardando a assinatura do governo do estado, e o segundo estava sendo elaborado, quando da Oficina.

As atividades propostas para a CTD se concentraram desde o início na recuperação da capacidade de gestão da SES no Sistema e na Rede de Saúde Pública. Assim, foram definidas atividades de curto e médio prazos: *i)* retorno para a SES da gestão do Fundo Estadual de Saúde, da gestão de recursos humanos e do setor de compras e licitações; *ii)* separação de cargos em comissão, de livre preenchimento, e os cargos de provimento exclusivo por funcionários públicos de carreira, de forma a assegurar maior continuidade administrativa; *iii)* implantação de nova estrutura que incluiu a criação de Conselho de Gestão integrado pelo secretário, dirigentes e representantes de outras áreas de governo; *iv)* desenvolvimento e implantação de Plano de Cargos e Carreiras para o setor saúde; *v)* realização de curso de aperfeiçoamento em planejamento e gestão de sistemas de saúde; *vi)* elaboração de Plano Estadual de Saúde que contemplasse as necessidades atuais do Sistema Estadual de Saúde e otimizasse os recursos existentes.

Tal Plano Estadual de Saúde deveria dar conta da indispensável oferta regional de serviços e servir de base para o alcance de novo patamar no relacionamento entre o estado e os municípios. Outras atividades são: *vii)* estruturação dos setores de manutenção de equipamentos e instalações das unidades estaduais, incluindo levantamento de necessidade de investimentos/adequações na rede assistencial; *viii)* implantação do Sistema Estadual de Auditoria previsto no Decreto 7.524, de 31 de julho de 1996; *ix)* fortalecimento das atividades de vigilância epidemiológica e ambiental (a vigilância epidemiológica foi compreendida no sentido amplo e não apenas no que diz respeito às doenças transmissíveis. As informações processadas e analisadas pelo setor de vigilância deveriam subsidiar o conjunto de atividades da SES e do Sistema Estadual de Saúde); *x)* fortalecimento das Delegacias Regionais de Saúde como unidades de apoio do Sistema e de articulação com os municípios.

2.5 RIO GRANDE DO SUL

A SES-RS desenvolveu processo de reorganização administrativa e funcional, bem como de conceitos e diretrizes a partir de 1999. Naquele ano foi iniciada a horizontalização da Secretaria, até então verticalizada. Algumas disposições legais tiveram grande relevância para isso. A reorganização foi pensada de forma a dar suporte à função de gestão estadual do SUS. Para isso, foi necessário consolidar o conceito de unicidade do Sistema de Saúde previsto constitucionalmente. A horizontalização é entendida como a redução de níveis hierárquicos e de instâncias de decisão de modo a possibilitar agilidade e flexibilidade das decisões e democratização com a ampliação da autoridade de cada unidade de gestão.

De acordo com alerta já registrado na NOB/93, a unicidade do sistema de saúde preconizado na legislação não deve ser entendida como forma única de organização em todo o território nacional. É preciso levar em consideração as enormes desigualdades identificadas no país. A expressão *único* de que fala a Constituição e a Lei 8.080 deve ser entendida como um conjunto de elementos de natureza doutrinária ou organizacional, comuns aos diversos modelos ou sistemas de saúde existentes ou que possam vir a existir. Do ponto de vista doutrinário, engloba a universalidade, a eqüidade e a integralidade; e, do ponto de vista organizacional, a descentralização, a regionalização e o controle social.

Para a equipe dirigente que assumiu a SES-RS em 1999, a estrutura organizacional tinha grande interferência no desempenho dos papéis institucionais, sendo relevante discutir remodelação institucional que pudesse implementar os princípios do SUS. Esses

entendidos como direito de cidadania, ou seja, tomados como desafio a ser implementado com a aproximação da sociedade e permeabilidade às suas demandas.

Além dos princípios e diretrizes estabelecidos pela legislação, as características próprias do estado também foram consideradas no processo de reordenamento institucional da SES-RS. O estado tinha áreas populacionais com diferentes densidades, sendo que 70% dos municípios tinham menos de 10.000 habitantes, como ocorre com o restante do Brasil. Tal situação inviabilizava um modelo padrão de organização municipal e regional. A realidade da capacidade instalada também era diferenciada, dependendo de serviços privados e filantrópicos, principalmente na rede hospitalar, mas também na atenção básica.

Como funções da SES-RS destacavam-se: a gestão do Sistema Estadual de Saúde no Rio Grande do Sul — atividades estaduais de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria; cooperação técnica e financeira com os municípios para a oferta de ações e serviços de saúde — *Compete aos municípios prestar, com Cooperação Técnica e financeira da União e do Estado, serviços de atendimento à saúde da população* —. (CF, art.30); oferta de ações e serviços de saúde, em caráter complementar.

CAPÍTULO 3
LINHAS ESTRATÉGICAS, MODELOS E PERFIS DE ORGANIZAÇÃO: A MODERNIZAÇÃO NA PRÁTICA

As estruturas das SES, tradicionalmente, se constituíram em referência muito estreita com as do Ministério da Saúde. Assim, é comum que as SES estejam organizadas por programas nacionais espelhando a semelhança e indução do nível federal. Com a descentralização, notadamente a NOB/93, o Ministério da Saúde passou por profundo processo de reestruturação. Esse período foi pouco anterior ao denominado de Reforma Administrativa do Estado, cujo desenho de modernização influiu nas transformações operadas no nível federal como um todo.[12]

No caso do Ministério da Saúde diversas inovações relacionadas à modernização também podem ser observadas ao longo da década de 90. Entre essas podem ser mencionadas: a) o desenvolvimento de fóruns, instrumentos e mecanismos para relações intergestores; b) a criação de agências reguladoras para a vigilância sanitária e saúde suplementar; c) o aperfeiçoamento de instrumentos de regulação de sistema; d) a reorganização institucional para o acompanhamento de processos de descentralização e fomento à mudança de modelo de atenção.

Entretanto, o papel mais ativo do Ministério da Saúde está representado pela indução às mudanças dos estados e municípios, mediante normas que estabelecem requisitos e prerrogativas para a descentralização de recursos. Nesse sentido, desde 1993 as normas operacionais criam condições de gestão que, para serem implantadas demandam por parte dos entes territoriais transformações institucionais importantes. No caso dos estados, duas condições foram previstas, denominadas, mais recentemente, de avançada e plena do sistema estadual.

Ainda que o desenho de tais condições tenha evoluído com a descentralização, pode-se considerar que não contemplam inovações relevantes, fora a ênfase na coordenação da regionalização. Isso se reflete nos requisitos a serem cumpridos pelos estados que

12 A seguir as datas dos decretos que aprovam as estruturas formais das SES em vigência: Bahia, Decreto 7.546, de 24 de março de 1999; Paraná, Decreto 1.421, de 30 de junho de 1992 (criação do Instituto de Saúde do Paraná); Rondônia, Decreto 9.997, de 3 de julho de 2002; Rio Grande do Sul, Decreto 35.502, de 11 de março de 1996 (atua com outra competência a partir de 1999).

são os mesmos para as duas condições; sendo que o alcance da *avançada* representa grande esforço de organização institucional sem correspondência em prerrogativas financeiras, o que ocorre com a habilitação na condição plena do sistema estadual. Na prática, para o estado, em termos institucionais não existe diferença entre a condição avançada e a plena do sistema. Entretanto, a transição para a condição plena implica desenvolver capacidades de gestão alcançadas com as transformações propiciadas pela avançada.

Nesse sentido, pode-se considerar que os movimentos de modernização das estruturas de gestão na saúde tiveram que lidar com dois processos simultâneos: a Reforma do Estado, nas vertentes nacional e estadual; e a Reforma Setorial, com a implantação do SUS e o compartilhamento de responsabilidades entre as três esferas. Se a descentralização, movimento mais realçado, foi dirigida aos municípios, é esperado que os processos de modernização das SES tenham tempos diferentes. Até porque o papel da esfera estadual apenas recentemente foi objeto central das normas de descentralização.

As Secretarias Municipais de Saúde tendem, por sua vez, a repetir a estrutura do MS e das SES, induzidas a implantar esquemas que respondam às novas funções. Esse fenômeno é mais comum nos municípios grandes, já que os pequenos, devido a dificuldades variadas, não dispõem de recursos para tantas alterações. Entretanto, as novas estruturas municipais devem acomodar-se permanentemente, pois as reformas continuam a ocorrer nas SES e no MS, alterando atribuições e o conjunto de ações.

A transição para estruturas próprias acontece, portanto, recentemente, ainda que alguns estados tenham processos anteriores avançados. Para isso contribuíram fortemente os projetos de cooperação técnica com organismos internacionais, como é o caso dos estados da Cooperação Técnica Descentralizada ou de estados alcançados por projetos do MS, como é o caso do Fortalecimento da Gestão Estadual para os estados da Bahia, Goiás e Rio Grande do Sul. Rondônia entra em cena mais tardiamente, a partir de 2001, apoiado por iniciativas do processo de modernização e organização da gestão.

O Ministério da Saúde, em cooperação técnica com a Opas/OMS elaborou o Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento da Gestão Estadual, desenvolvido com recursos do Reforsus no ano de 2002, mediante a contratação de empresas consultoras. Essas empresas prestaram, sob a coordenação do MS, serviços de consultoria para atender a demandas e necessidades identificadas pelos próprios estados selecionados. Esse Projeto foi efetivado a partir do segundo semestre de 2001 e durante todo o ano de 2002, atendendo a 10 estados: Bahia, Goiás, Mato Grosso, Minas Gerais, Pará, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Tocantins.

De acordo com a sistemática do Projeto de Fortalecimento, os estados definiram os produtos da cooperação com as empresas consultoras. No caso dos participantes da CTD — Bahia, Goiás e Rio Grande do Sul — vários desses produtos tiveram relação com o tema da modernização, evidenciando a importância para os governos e a necessidade de projetos específicos para desenvolver este campo institucional. Nesses três estados as atividades relacionadas à modernização concentraram-se nos temas de: modelo de atenção; modernização técnico-administrativa; e organização e gestão.

Para a Bahia o foco dessas atividades foi organização e gestão, seguida da definição de modelos de atuação em áreas específicas. Em Goiás o foco esteve na modernização técnico-administrativa, seguida da organização e gestão. No caso do Rio Grande do Sul o foco foi organização e gestão, seguida de modernização técnico-administrativa.

3.1 BAHIA

As estratégias adotadas pela SES-BA estavam articuladas com o Projeto do BM, orçado em 65 milhões de dólares, que vinha sendo construído com a cooperação da Opas/OMS e do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual com o MS. O Projeto com o BM estava conformado em quatro eixos: política de saúde; modelo de atenção; reorganização dos serviços; e modernização da SES. Os componentes estratégicos eram: implementar microrregiões no Estado; apoiar institucionalmente a Secretaria da Saúde do Estado, em relação aos sistemas de informação e capacitação; e apoiar a atenção básica, baseada na reconversão do modelo vigente para a estratégia de saúde da família.

No ano de 2002 teve início com o MS o Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual, executado pela Fundação Getúlio Vargas. O MS e as diversas áreas da SES discutiram e apresentaram um conjunto de produtos que foram desenvolvidos nesse Projeto. Com referência ao tema da Oficina, um dos problemas existentes era a compartimentalização de ações, demandando revisão dos produtos da consultoria para serem integrados em eixos estruturantes. Os eixos que integraram os produtos no Projeto de Fortalecimento foram: gestão da SES quanto ao desenho organizacional; organização do processo de trabalho interno; plano de comunicação social; recursos humanos; institucionalização de sistema permanente de avaliação. E quanto à gestão do SUS previu a regionalização — plano diretor das microrregiões, regulação, plano de vigilância à saúde e Hemorrede; controle e avaliação; e macrofunções da saúde.

3.2 GOIÁS

As estratégias para a reestruturação da SES, traçadas a partir de discussões com os técnicos do MS e consultores da Opas/OMS, foram: redefinição do papel da Superintendência Executiva; Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, desenvolvido com o MS e a Empresa de Consultoria Consaúde; Projeto de Cooperação Técnica SES-GO e Opas/OMS; Projeto de Apoio à Função de Compra de Serviços (Gesaworld), parte do componente II do Reforsus; Projeto de Apoio à Gestão Hospitalar na área de emergência; sistemas de licitação integrando diferentes áreas; Curso de Capacitação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, em parceira com o MS e a Opas/OMS; Programa de Assistência Farmacêutica Estadual; Projeto Infovia Integrada de Informações da Saúde (Infosus), com revisão e aprimoramento dos processos de trabalho, estabelecimento de fluxos e atividades; Projeto de Reestruturação da Área de Recursos Humanos com revisão, aprimoramento e definição de política. Esses projetos indicaram estratégias a serem executadas nos anos seguintes.

3.3 PARANÁ

A SES-PR apresentava organização formada por uma estrutura de administração direta responsável pela política de saúde e pelo Instituto de Saúde do Paraná, substituto de uma Fundação. Na prática, estas instituições se confundiam durante a execução das tarefas.

Em 1998, a SES-PR assumiu como responsabilidade alcançar a gestão plena do sistema estadual, o que implicava, além de implantar transformações institucionais, desenvolver capacidades de gestão inovadoras. Para tanto, estabeleceu projetos estratégicos para o segundo mandato do governo, com o objetivo de melhorar as estruturas gerenciais e desenvolver ações voltadas à promoção e prevenção.

Esses projetos estratégicos surgiram após o período eleitoral de 1998, trazendo mudanças na estrutura organizacional e redesenho dos processos organizacionais para dar conta de ações de suporte-meio. O estado assumiu a Gestão Plena do Sistema Estadual na NOB/96, em dezembro de 1999, fator significativo para a gestão estadual no período.

Os projetos estratégicos definidos em 1999 avançaram na promoção da saúde, na prevenção, na participação da sociedade e na estruturação da SES, com a inclusão de alguns programas do MS, como o Reforsus e o Projeto de Vigilância à Saúde no SUS (Vigisus). Dos programas do MS, a SES-PR implantou: regulação no sistema como um todo, inclusive na definição da alocação do serviço; Cartão SUS, que substituiu o Cartão Saúde e por isso o Paraná foi projeto-piloto; Saúde e Cidadania, com o fortalecimento de

Conselhos Municipais de Saúde; controle do câncer, principalmente bucal e de mama; Saúde da Família e Agente Comunitário da Saúde; Gestão Plena da Saúde, com a preparação para esta nova realidade; Saúde na Escola e Comunidade; Consórcio Paraná Saúde para Medicamentos; Saúde no Trabalho, com a implantação de unidades de atendimento ao trabalhador de forma macroregional; e Saúde do Idoso, com vacinas e formação de pessoal para cuidar de idosos.

Outros programas eram anteriores e próprios do estado: Protegendo a Vida, projeto de capacitação voltado para mortalidades infantil e materna; Mais Estação Saúde, atividade voltada à comunidade com ações de promoção e prevenção da saúde; Paraná Urgências, voltado à criação de serviços de atendimento em urgência; Mais ciência e Tecnologia em Saúde, voltado à criação do Instituto de Biologia Molecular do Paraná, junto com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); Saúde Bucal não tem Idade; Rede de Proteção à Vida, projeto de monitoramento da mortalidade infantil; e Voluntário Guarda Vidas — Amigos da Vida, com envolvimento da comunidade.

Duas diretorias precisavam passar por mudanças para darem conta da nova sistemática do trabalho: a administrativa e a econômico-financeira. Optou-se pelo redesenho dos processos organizacionais das diretorias que, por tratarem de um grupo de tarefas interligadas, fez uso dos recursos da organização para gerar resultados definidos em apoio aos objetivos institucionais. Do ponto de vista macro, os processos são as atividades-chave necessárias para administrar e/ou operar uma organização, onde *tudo o que é feito ou envolve a equipe faz parte de um processo*.

Mudanças organizacionais tornaram os processos eficazes e eficientes e adaptáveis às necessidades da organização, levando a organização a se concentrar nos seus objetivos, com visão sistemática das atividades e prevenção de erros.

Como estratégias para 2002 destacavam-se a necessidade de aperfeiçoamento das atividades de planejamento; desenvolvimento das ações de regulação do Sistema; e estruturação de áreas de controle, avaliação e auditoria. Outras brechas de modernização eram: a informática; os recursos humanos; a organização administrativa; e a assessoria jurídica. Nesse último aspecto, foi indicada a necessidade de elaboração do Código Sanitário e adoção de mecanismos avançados de produção de legislação atualizada. O Código de Saúde do Paraná é de 1975 e a regulamentação de 1977. A última estratégia seria a avaliação e readequação da estrutura organizacional.

3.4 RONDÔNIA

Como a SES-RO não tinha definição clara de seu papel ou de uma política de saúde para o estado, dedicou-se mais às unidades hospitalares especiais que davam cobertura aos municípios, laboratórios centrais e policlínica especializada, caminhando à margem da descentralização.

O trabalho voltou-se para um processo de reestruturação no sentido de resgatar o que foi perdido na estrutura e nos processos e práticas de gestão da SES nos últimos anos. A reestruturação ocorreu a partir de 2001, com a aprovação de Lei na Assembléia Legislativa e a realização de novos projetos. A revisão da descentralização no estado, utilizando parâmetros e critérios da regionalização definidos pela Noas, preparou a Secretaria para: o novo papel de controle e avaliação de toda a estrutura; a capacitação de recursos humanos; e a revisão da gestão das unidades assistenciais. Para alcançar esses objetivos, a SES dependia de cooperação técnica externa, principalmente da continuidade das ações da OPAS.

No caso do estado de Rondônia, o projeto de Cooperação Técnica Descentralizada foi motivado por situação de grave crise institucional do setor saúde, caracterizada por conflitos entre diversos atores do SUS e a SES-RO, que culminou em ação civil pública de autoria do Ministério Público Federal, apoiado pelo Conselho Estadual de Saúde, solicitando intervenção do Ministério da Saúde.[13]

Frente ao determinado pelo Ministério Público, o Ministério da Saúde encaminhou junto ao governo do Estado, com base em diagnósticos realizados, proposta de Termo de Cooperação Técnica com a interveniência da Opas/OMS. A Opas/OMS atuaria como responsável pelo desenvolvimento dos trabalhos de cooperação técnica junto à SES-RO.[14]

Com referência ao Termo de Cooperação Técnica, a OPAS apresentou um projeto estratégico, contemplando diagnóstico preliminar, proposta de trabalho e de avaliação dos resultados das atividades a serem realizadas. Nessa proposta um conjunto de produtos seria desenvolvido, apoiado pelos consultores da Opas/OMS.

13 É importante ressaltar que, em apenas dois anos e nove meses de governo estadual em Rondônia, houve quatro diferentes secretários de saúde, configurando situação de instabilidade e descontinuidade política e administrativa. Uma irregularidade percebida era o fato de a SES-RO não gerir diretamente o Fundo Estadual de Saúde, cuja gestão orça Secretaria de Estado de Fazenda.

14 O Termo de Compromisso e Cooperação Técnica foi firmado em agosto de 2001 pela SES RO, pelo MS e pela Opas OMS, com vigência até 31 de dezembro de 2002. Os recursos para a execução foram alocados pelo MS, por meio do Termo de Cooperação e Assistência Técnica firmado com a Opas/OMS.

3.5 RIO GRANDE DO SUL

A SES-RS considerou que o desafio da integralidade com eqüidade implicava repensar processos de trabalho, de gestão, de planejamento e de construção de novos saberes e práticas em saúde. As ações e serviços que propunham atender à integralidade deveriam considerar: os modos de vida das pessoas, nas dimensões histórica, social e individual; a hierarquia de importância das ações para quem as consome, e não somente a complexidade tecnológica; a necessidade *real* (percebida) pelo usuário; o vínculo com o serviço de saúde articulado à dimensão subjetiva e não apenas à adscrição/inscrição do usuário; o resultado da ação de saúde oferecida voltado à autonomia crescente no seu *modo de levar a vida*.

Com essa perspectiva as estratégias utilizadas foram: reorganização administrativa e funcional — organização por macrofunções, com componentes descentralizados sempre que possível; implementação de instrumentos e fluxos mais compatíveis com a gestão do SUS — atualização de legislação; formação e desenvolvimento de trabalhadores, gestores e conselheiros — comunicação horizontal; fóruns de participação, incluindo a articulação com o Orçamento Participativo Estadual; e descentralização dos serviços próprios.

A área administrativa e financeira possuía duas coordenações. A Coordenação de Infraestrutura tinha como função a administração da infra-estrutura da SES, inclusive das instâncias regionais, a formalização do vínculo dos prestadores de serviços e cooperação técnica com os municípios. Estava organizada com uma Comissão Permanente de Licitações e quatro Gerências: Suprimentos e Patrimônio; Contratos e Convênios; Serviços Gerais; e Arquitetura e Engenharia.

A outra era a Coordenação do Fundo Estadual de Saúde, que realizava a administração financeira e orçamentária dos recursos do SUS/RS, estaduais e transferidos ao Fundo Estadual de Saúde. Estava organizada com uma Seção de Acompanhamento dos Repasses Financeiros e quatro Gerências: de Programação e Acompanhamento Orçamentário; de Execução Orçamentária; de Administração Financeira; e de Registros Contábeis.

Em relação à atenção à saúde, apresentava três coordenadorias. A Coordenação de Atenção Integral à Saúde, que executava o planejamento da atenção à saúde em ciclos de vida, áreas estratégicas, áreas de conhecimento especializada, e apresentava tendência a não contribuir na integralidade da atenção. A Coordenação de Vigilância em Saúde, com áreas de conhecimento especializado, organização do processo de trabalho que propunha a revisão dos conceitos de vigilância. A Coordenação de Regulação das Ações e Serviços de Saúde englobava a complexidade tecnológica dos serviços, controle/avaliação e auditoria dos serviços.

A formação, administração e desenvolvimento de pessoal contava com uma coordenação com a Escola de Saúde Pública. A Coordenação de Administração e Desenvolvimento dos Trabalhadores em Saúde tinha uma Gerência de Administração e de Desenvolvimento de Recurso Humano. A Escola de Saúde Pública tinha uma Gerência de Ensino, Pesquisa e Documentação em Saúde e estava organizada em Núcleos Regionais de Educação em Saúde Coletiva. Esses tinham tendência em replicar a estrutura das áreas de nível central, para dificultar a produção desenfreada de normas de tecnologias.

Outras áreas da SES eram: o Gabinete, a Ouvidoria e as Assessorias de Comunicação Social; Jurídica; de Movimentos Populares; de Movimentos Sindicais; e de Informação e Planejamento. Também existia uma Fundação Estadual de Produção e Pesquisa em Saúde com o Laboratório Central de Saúde Pública (Lacem), Hemocentro, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Laboratório Farmacêutico do Rio Grande do Sul (LAFERGS), Unidades Regionais e Coordenações Regionais em Saúde (CRS) e Municípios.

O fortalecimento da gestão regional ocorreu com dezenove coordenadorias heterogêneas. Cada Coordenadoria oferecia apoio técnico aos municípios e realizava o acompanhamento do relatório de gestão. Além disso, fazia a pactuação de metas da diminuição da incidência/prevalência de doenças e agravos; o planejamento e a regulação das ações e serviços de saúde; a vigilância em saúde; a educação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde; e apoiava os Conselhos Regionais de Saúde que funcionavam como Câmara Técnica do Conselho Estadual. Às Coordenadorias competia fazer gestão regional, análise dos relatórios de gestão, acompanhamento dos planos de aplicação de recursos para saúde, controle e auditoria.

CAPÍTULO 4
PROCESSO DE MODERNIZAÇÃO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO: GANHOS, LIMITES E REFLEXÕES

Durante os anos de implementação do Sistema Único de Saúde, as estruturas administrativas estaduais em todo o país têm sido fortemente tensionadas pelas novas exigências, demandas e atribuições assumidas por essa esfera de governo. Atribuições voltadas para a coordenação do Sistema e atividades de regulação da oferta de serviços foram alinhadas na estrutura de gestão estadual às ações de vigilância à saúde. Ao lado, disso as SES devem dispor de quadros com formação especializada para atender as crescentes necessidades de estados e municípios.

Essas novas exigências não encontram paralelo em outros setores dos governos estaduais, o que estabelece uma tensão interna nas estruturas governamentais dos estados. Essa situação encontra-se associada à necessidade de contenção de orçamentos para atender a leis relativas ao controle de gastos públicos. E, ainda, ao estabelecimento de limites na possibilidade de contratação e nas despesas com recursos humanos. Configura-se então para a gestão estadual simultaneamente uma situação de complexidade de funções e restrições administrativas.

As novas responsabilidades dos estados constantes das normas operacionais mais recentes impõem ainda a transição de funções tradicionais de prestação direta de serviços assistenciais para a coordenação do Sistema Estadual de Saúde. Assim, enquanto para os municípios ocorreu a ênfase no desenvolvimento de instrumentos e capacidades de gestão da atenção à saúde nos níveis primários e secundários, para os estados em geral coube a coordenação das ações de alta complexidade, da hemorrede, dos laboratórios centrais, do tratamento fora de domicílio e de capacitação. Esse contexto exigiu a adoção de medidas para a melhoria da qualidade das ações e dos processos gerenciais de modo a fazer mais e melhor com quadros reduzidos em situação de ampliação da complexidade das atribuições.

Nos estados participantes da CTD, ainda que a situação não tenha sido diferente em cada caso, ocorreram condições particulares em termos de capacidades, de prioridades e da busca e obtenção de apoios. A Bahia valorizou ações de cooperação, demonstrando mobilização do estado para atualizar uma estrutura, que, mesmo tendo pouco mais de

dois anos, não mais atende à complexidade das atribuições e as demandas. O Paraná, por sua vez, enfatizou opções estratégicas para assumir novas responsabilidades e atribuições e a forma de lidar com uma estrutura administrativa que já não atendia às necessidades da gestão.

Goiás relatou a convivência de novos desafios e velhos problemas e o papel das ações de cooperação técnica para apoiar as mudanças e o desenho de novos caminhos para uma estrutura antiga e inadequada. Rondônia, um ex-território, com estrutura pequena e deficiente e baixa capacidade de atuação, relatou as dificuldades e a importância da cooperação técnica para permitir que a Secretaria assumisse as novas funções. O Rio Grande do Sul demonstrou evolução da estrutura associada à concepção democrática definida no modelo de atuação e no papel do gestor estadual no Sistema.

Outro aspecto mencionado neste capítulo é a questão das transferências financeiras que os estados realizaram para os municípios no sentido de apoiar o desenvolvimento de ações no Sistema. Esse aspecto é relevante para demonstrar a efetivação do papel de coordenação e cooperação que a esfera estadual passa a assumir mais recentemente no SUS. O estado do Rio Grande do Sul relatou que 33% dos recursos próprios têm sido transferidos do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, no sentido de apoiar o desenvolvimento dos Sistemas Municipais. Dos estados da CTD, o Paraná e o Rio Grande do Sul desenvolveram mecanismos de transferências *fundo a fundo* da SES para as Secretarias Municipais de Saúde.

Outro aspecto com influência na organização das competências da SES é o perfil rede de serviços do estado quanto à natureza. Nos estados da CTD, embora nos últimos anos o número de unidades privadas tenha diminuído, em geral, o número de leitos hospitalares privados aumentou nos Estados da Bahia, de Rondônia e do Rio Grande do Sul, e diminuiu em Goiás e no Paraná.

A diversidade das abordagens e das experiências evidencia, fortemente, a importância de estratégias e de mecanismos externos de apoio para que processos de modernização possam prover as estruturas estaduais das capacidades exigidas ao desempenho do novo papel.

4.1 BAHIA

Um dos pontos positivos mencionados na apresentação da SES-BA referiu-se ao fato de os projetos de cooperação desenvolvidos no estado estarem voltados para a mudança do perfil de atuação da SES, com incorporação da função de regulação da rede de serviços

e dos Sistemas Municipais quanto à oferta. Apesar desse ponto positivo, ainda não se conseguiu capitalizar e transformar a questão da regulação de forma mais clara e coordenada entre as áreas internas da SES. Existe proposta de reformular o programa no próximo PPA de forma a promover a integração entre as atividades das áreas técnicas.

Os ganhos estão relacionados com o desenvolvimento paralelo de dois projetos de cooperação: um com o BM e outro com o MS. Com a Opas/OMS, a CTD favoreceu a cooperação horizontal entre estados e instituições. A Secretaria desenvolve ainda atividades com a Cooperação Japonesa (*Japan International Cooperation Agency*), na área de modernização dos serviços, e com a Cooperação Inglesa (*Department for International Development/Health and Life Sciences Paternship*), em economia da saúde e análises dos processos de regionalização. Os limites identificados são: a compartimentalização de ações e demandas de cooperação; o conflito entre estruturas matricial, funcional e projeto; a superposição de atividades dos consultores; a sobrecarga para os servidores; dificuldades de encontrar consultores internacionais capacitados.

O processo de cooperação para a modernização foi questionado quanto às possibilidades de atender às necessidades do estado na reorganização do planejamento da gestão no SUS. Existia a expectativa de que as áreas temáticas propiciassem aos consultores e à Secretaria uma postura que permeasse todas as Superintendências e permitisse que os produtos fossem *costurados* e institucionalizados na SES.

Algumas ações desenvolvidas pela SES-BA de forma autônoma foram a Reconversão do Modelo Assistencial e o Observatório da Saúde. A primeira visou à avaliação da implementação do Sistema de Saúde. O segundo estava em fase de elaboração final, com identificação de indicadores de acompanhamento e implementação da reforma de saúde no estado.

Iniciou-se também a implantação dos complexos reguladores. Um dos projetos estratégicos do estado era o *Faz Cidadão*, integrado a todas as Secretarias de Estado, que trabalhava com os 100 Municípios mais pobres do estado. Houve a criação da Secretaria de Redução da Pobreza, que trabalhou em parceria com algumas funções da área social, envolvendo a saúde.

A proposta de trabalho era consolidar o plano de investimento (PDI) e incluir as outras funções da regulação e avaliação no processo de regionalização. A compatibilização dos processos internos de reforma e adequação de ações, processos e atividades e das consultorias ainda era um desafio.

4.2 GOIÁS

A reestruturação da SES com referência ao Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual e à CTD junto à OPAS/OMS apontou algumas questões emergenciais a serem abordadas: pouca autonomia da gerência hospitalar; inadequação de fluxos na execução orçamentária e financeira; identificação de prioridades de ações programáticas em saúde; fragmentação do sistema de informações em saúde; revisão do planejamento estratégico da SES; implantação de estruturas colegiadas de gestão; estabelecimento de política de recursos humanos; e criação de política de comunicação social e de ciência e tecnologia em saúde.

Algumas necessidades identificadas no início das atividades de cooperação estavam em desenvolvimento, representando ganhos na melhoria da gestão e da aplicação de recursos.

•Gestão financeira	fusão funcional da Superintendência de Controle e Avaliação Técnica dos Serviços de Saúde (SCATS) e Superintendência de Gestão à Saúde (SUGESA) para otimização e organização dos recursos existentes com a redução de superposições e de conflitos de competências.
•Controle de insumos	padronização de medicamentos e correlatos.
•Gestão de RH	capacitação de dirigentes hospitalares em licitações para a melhoria dos processos de compras.
•Gestão de tecnologias	implantação de licitação tipo registro de preços no vos modelos de gestão hospitalar; implantação de complexo regulatório.
•Gestão de serviços prestados	unificação dos almoxarifados com implantação de sistema de controle de estoques; desenvolvimento de sistema de controle de processos; informatização da Serviço de Assistência Farmacêutica (SAF); contratualização de prestadores; reestruturação da SCATS e SUGESA de acordo com a nova proposta.

4.3 PARANÁ

A definição política no início do segundo mandato foi estabelecer projetos estratégicos que conduzissem o estado a assumir a Gestão Plena do Sistema. Esses projetos abrangiam: a reorganização da oferta de serviços; ações voltadas para grupos específicos da população; mudança no modelo de atenção e modernização de estruturas e processos administrativos e de gestão. Logo no início do processo foi identificada a dificuldade em mudar a estrutura organizacional, o que levou à adoção de alterações funcionais de modo a alcançar mais agilidade administrativa.

Em duas Diretorias da SES, havia mais necessidades de mudanças para o cumprimento das novas sistemática de trabalho decorrentes das atribuições a serem assumidas pela SES. Isso levou à adoção da estratégia de redesenho dos processos de trabalho. Tais processos redesenhados deveriam assumir as seguintes características: fronteiras definidas entre atribuições e competências, com clareza do escopo de atividades; interações internas e responsabilidades bem definidas; procedimentos, tarefas e especificações devidamente documentados; controles e metas orientados para os objetivos da organização; prazos de execução conhecidos (opcional). Os processos, então, permitiram uma visão ampla na qual havia cruzamento de informações, propiciando eficiência e eficácia nas ações da Secretaria.

4.4 RONDÔNIA

No caso de Rondônia, o reconhecimento da necessidade de modernização gerencial e da revisão da estrutura e das atribuições levou ao desenvolvimento de uma proposta de modernização, com o apoio do governador. No entanto, ainda que a proposta tenha sido aprovada na Câmara Legislativa Estadual, não ocorreu mudança efetiva na SES. Parte da mudança visava a recuperação de áreas e atribuições que haviam sido transferidas para outras Secretarias, como a de Planejamento.

Entre os limites identificados estava o fator amazônico, conjunto de condições e características comuns aos estados da Região Norte, que evidenciam as dificuldades enfrentadas pelas ações de governo. Entre essas: a dificuldade na contratação de pessoal qualificado para as atividades de gestão; a prestação de serviços e gerência; a baixa densidade populacional e dificuldades de deslocamento entre as comunidades; custos elevados da infra-estrutura e de insumos, devido aos altos custos de transporte.

Além desses, que afetavam a todos os estados da Região, Rondônia tinha como dificuldades a ingerência política na gestão da saúde, com quadro deficiente de pessoal

próprio. Esse conjunto de fatores interferia no andamento das atividades de cooperação técnica com a OPAS/OMS, implicando maior lentidão nas atividades que o esperado. Entretanto, a vontade política do governador em tomar medidas legais e administrativas que melhorassem as condições de gestão foi um fato positivo, ao lado da disponibilidade da cooperação técnica com a Opas/OMS.

A cooperação abriu a possibilidade de revisão das atividades da SES e do processo de descentralização no estado que, com a implementação da NOAS seria revisto, devendo o estado ampliar as ações de coordenação e regulação do Sistema, reduzindo a participação na oferta direta de serviços.

4.5 RIO GRANDE DO SUL

A Secretaria obteve ganhos com o processo de modernização, entre os quais a organização das estruturas de gestão regional com autonomia e com capacidade criativa para monitorar e propor novos arranjos na organização municipal, microrregional, regional e macrorregional, e com forte contribuição para a gestão estadual.

O fortalecimento da gestão municipal com ampliação da capacidade de resposta à descentralização de poder e de recursos financeiros (Municipalização e Regionalização Solidárias da Saúde) trouxe grande avanço e capacidade de resposta dos municípios, que recebiam 33% dos recursos da SES por meio de repasse fundo-a-fundo. Foi também apoiado o fortalecimento do controle social, com suporte aos Conselhos e Conferências de Saúde para a elaboração do Orçamento Participativo Estadual, ampliando sua capacidade de interferir na organização do sistema de saúde.

O Orçamento Participativo é uma iniciativa que ocorria no estado desde 1999, com a participação popular direta. Eram realizadas assembléias públicas em todos os municípios e regiões do Rio Grande do Sul, para decidir as prioridades de investimento na aplicação de recursos públicos. A população propunha, debatia e estabelecia prioridades para as obras, serviços e programas de desenvolvimento do estado e elegiam delegados. Esses debatiam e decidiam o plano de investimentos (obras e serviços) em cada região, com base nas prioridades definidas nas assembléias públicas e na análise técnica, legal e financeira apresentada pelo governo. Os delegados elegiam conselheiros que debatiam e decidiam o conjunto da proposta de orçamento estadual, que era posteriormente encaminhada à Assembléia Legislativa.

O Orçamento Participativo apresentava crescentes níveis de participação da população, evoluindo de 188.533 para 378.340 participantes, de 8.469 para 18.601 delegados eleitos

e de 644 para 735 assembléias realizadas, no período de 1999 a 2001 (informações tiradas do perfil do RS).

COMUNICAÇÃO HORIZONTAL

Outros ganhos da CTD foram: a criação de fóruns e fluxos de comunicação horizontal entre os vários setores e órgãos, com capacidade de respostas mais ágeis e eficientes que os fluxos verticais/hierarquizados anteriores; o aumento da procura por ações de parceria por parte das Instituições de Ensino Superior no estado, que ofereciam cursos na área da saúde (Formação Solidária da Saúde); ampliação na demanda por informações para o planejamento e monitoramento do Sistema Estadual de Saúde; a reorganização da oferta de ações e serviços de saúde no estado; a incorporação progressiva dos prestadores de ações e serviços de saúde nas estratégias de planejamento e regulação; mudanças no padrão de morbi-mortalidade, tendo como exemplo os 50 municípios com o pior padrão com resposta positiva ao estímulo da descentralização; o aumento das demandas por ações intersetoriais e por capacitações para trabalhadores, gestores, conselheiros e lideranças sociais.

A mais importante limitação identificada na gestão estadual foi a não-revisão do plano de cargos, carreiras e salários (PCCS) do funcionalismo estadual, ação que ultrapassava os limites de atuação da SES. Em relação ao Sistema Estadual foram identificadas dificuldades relativas às características demográficas e de distribuição da oferta de serviços, dado que os municípios no estado possuíam uma grande diversidade, dificultando o estabelecimento de modelo padrão de organização dos serviços. A concentração de serviços na Capital e a heterogeneidade entre os municípios, nos indicadores demográficos, de capacidade instalada e no perfil epidemiológico dificultavam o estabelecimento de mecanismos de coordenação da oferta de serviços e da distribuição de recursos.

Dificuldade adicional foi identificada no elevado grau de dependência da oferta privada de serviços principalmente de média e alta complexidade, mas também na atenção básica, com problemas de coordenação, redefinição e redistribuição de recursos e na promoção de mudanças no perfil de oferta.

CAPÍTULO 5
MUDANÇA ORGANIZACIONAL E NAS PRÁTICAS DE GESTÃO: POTENCIALIDADES

Uma questão relevante e atual na gestão do Sistema é a estrutura dos organismos estaduais do SUS. Ou seja, em que medida as transformações nas práticas de gestão e no funcionamento do Sistema de Saúde foram assimiladas na estrutura das Secretarias Estaduais de Saúde? Tais mudanças não são simples, pois resultam em transformar o papel de estruturas ainda organizadas, a partir de pressupostos que fizeram sentido em outro momento sanitário. Mudar a estrutura de uma Secretaria de Saúde, portanto, torna-se um desafio para o governo ao envolver intensa discussão técnica para o melhor desenho, seguida da tramitação de Lei na Assembléia Legislativa correspondente para a formalização devida.

Nesse cenário, para acompanhar as mudanças e, principalmente, implantar novas práticas, muitas SES optaram por realizar transformações no modo de trabalho para assimilar o novo papel. Assim, por um período, os dirigentes e as equipes das SES convivem com a estrutura antiga em novo modelo de trabalho. Os projetos novos vão se incorporando à estrutura existente e em alguns casos em estruturas paralelas que vão consolidando as transformações da gestão estadual. O relato das SES pode contribuir para entender as dimensões desses fenômenos.

As trajetórias dos estados formaram órbitas próprias de navegação no universo das mudanças possíveis. A Bahia exibiu profundos e necessários processos internos de diagnósticos com impacto na reforma setorial e outras áreas de governo. Goiás, por sua vez, com rápidos movimentos nos últimos anos, caminhou aperfeiçoando estruturas de gestão colegiada, de formação de recursos humanos e de comunicação social.

O estado do Paraná, com processo tradicional de regionalização que se consolidou com a Noas, demonstrou a indução do nível federal nesses processos. Rondônia apoiou-se na cooperação com a Opas e o MS para construir trajetória própria. O Rio Grande do Sul investiu fortemente nas mudanças das práticas com sucesso.

Acompanhar no mesmo ritmo e tempo as mudanças políticas do Sistema não ocorreu de forma linear entre as SES que participaram da Cooperação Técnica Descentralizada. Ao lado de transformações estruturais caminharam incorporações tecnológicas na gestão. Embora gradual, a construção do SUS implica romper com radicalidade modelos anteriores, fortemente penetrados nas estruturas burocráticas-administrativas.

5.1 BAHIA

O estado vivenciou, conforme visto anteriormente, processo amplo de diagnóstico para realizar as transformações na estrutura em correspondência às novas responsabilidades. Considerando a experiência que a equipe teve, foi possível citar pontos de reflexão que demonstram aprendizados para todos os casos:

— A missão e da função da SES deve estar definida para, então, se passar à organização e estrutura.

— O entendimento do que é *modernização* deve estar claro para os atores envolvidos.

— As reformas devem considerar que o poder da SES está no aspecto técnico, já que os poderes administrativo e político estão atrelados às outras Secretarias do Estado e de algum modo à Reforma Fiscal e ao nível federal.

— Quanto aos programas estratégicos, a total cobertura da população pelo Programa de Saúde da Família pode ser discutida frente ao percentual da população que paga plano de saúde de modo a priorizar populações desassistidas.

— Avaliar a capacidade instalada é fundamental para definir as ações preliminares e colocar em prática o plano de regionalização, ação beneficiada pela Noas.

— A incorporação tecnológica no SUS não pode ocorrer por regras definidas pelo setor privado.

No caso específico da Bahia, a SES ao avançar na discussão desses pontos e de outros, vislumbrou atividades relacionadas: à redistribuição de recursos; ao desenvolvimento da área de recursos humanos; à investigação de soluções viáveis para atenção à saúde e de propostas alternativas para a água e o lixo; à definição da regulação estadual e ao estímulo aos municípios.

Algumas questões conflituosas, entretanto, permaneciam e se relacionavam tanto no financiamento quanto nas políticas públicas racionalizadoras e em sistemas heterogêneos. Essas diversidades deveriam ser trabalhadas a fundo na hora da organização e construção do marco, sob pena da reedição de ações hegemônicas. Cada esfera deveria ter compromisso político com as funções essenciais correspondentes.

5.2 GOIÁS

A SES estava consolidando o processo de mudanças já em estágio avançado de formalização. Entretanto, as novas práticas se orientavam em função de programas prioritários. Esses seriam definidos com base no perfil epidemiológico em oficinas esta-

duais, com os temas: informações em saúde e criação de Núcleo de Informações em Saúde (Nits); sistema de telefonia (Pabx virtual e comunicação); planejamento estratégico das Superintendências Executiva e de Planejamento; estruturas colegiadas de gestão da SES e de atenção à saúde; política de recursos humanos e cursos de especialização, Profissionalização dos Trabalhadores na Área de Enfermagem (Profae); escola de saúde com recursos do BM; canal de TV Saúde do SUS estadual; política de comunicação social; política de ciência e tecnologia em saúde.

5.3 PARANÁ

Para a SES-PR, com a Noas ocorreu um novo papel para a esfera estadual, que começou a ser praticado. Esse se expressava na competência técnica da Secretaria para assumir seu papel: nas referências intermunicipais; no planejamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI); no Plano Diretor de Regionalização (PDR); no Plano Diretor de Investimento (PDI); na regulação, controle e avaliação; na contratualização; no cadastro de usuários (Cartão SUS) e de prestadores de Serviços.

Essa Norma se destaca, pois os estados ainda têm autonomia relativa por dependerem em média de 60% de recursos da União. Assim, quando os primeiros movimentos de descentralização com intenção política de mudar o eixo se resumiram à municipalização da saúde, o papel da esfera estadual ficou contraditório, frente ao desafio de como pactuar dentro da integralidade e hierarquização. Essa situação gerou uma crise de identidade.

Com a regionalização, ficou evidente a necessidade de definição de espaços para que as três esferas exercitassem limites e não subordinação de ações. Entretanto, a relação entre as três esferas em Sistema Federativo não está livre de conflitos. Nesse caso, embora voltada para a assistência, a vantagem da NOAS é atribuir a responsabilização e a pactuação, provocando o planejamento conjunto do Sistema.

Mais centrado na prática das mudanças, o estado do Paraná apontou aspectos que limitavam as novas práticas que se aplicam em geral:

— O planejamento dentro do tempo político e técnico de cada estado.

— A regulação vista de modo geral e não apenas da perspectiva assistencial e o controle e avaliação integrados com a auditoria.

— O arcabouço jurídico-legal deve trabalhar com conceitos atuais de autoridade sanitária, dando sustentação futura à modernização.

— O reconhecimento da necessidade de a Secretaria de Saúde repensar a estrutura e definir o diagnóstico e análise. A estrutura organizacional, observada a partir do funcionamento, traz em si o grande desafio de enfrentar a cultura institucional e a questão dos recursos humanos.

5.4 RONDÔNIA

A CTD foi considerada importante no avanço dos processos estaduais que vinham ocorrendo há oito anos. Ao lado da dificuldade de aplicação da Noas na Região Norte, o estado aponta como potencialidade o fato de que os municípios por essa Norma sejam pólos. Além disso, é necessário que haja um forte investimento na questão da capacitação de pessoal e na potencialização da cooperação com a Opas/OMS.

5.5 RIO GRANDE DO SUL

As propostas potenciais da SES-RS referiam-se às novas estruturas e modos de funcionamento ajustados ao papel de gestor estadual do SUS. A realidade concreta, as possibilidades e os princípios doutrinários e organizacionais do SUS foram referências para favorecer o processo de implantação do SUS-Estadual. A equipe da SES concentrou esforços em elaborar um plano sensível às diferenças e mudanças. Entre as quais a ampliação progressiva da participação da saúde no orçamento e enxugamento das áreas-meio da estrutura.

Ajustes na estrutura ainda eram uma demanda importante, e a incorporação de tecnologias ajudaria no fortalecimento da capacidade de resposta das Secretarias à função delegada pelo SUS. Assim mesmo, com uma gestão transformadora e inovadora de práticas, o RS expôs resultados que contribuem para o SUS:

1) A gestão regional deve adquirir autonomia e capacidade criativa para monitorar e propor novos arranjos na organização municipal, microrregional, regional e macrorregional, com forte contribuição para a gestão estadual.

2) A gestão municipal, com grande capacidade de resposta à descentralização de poder e de recursos financeiros, deve estar conjugada à regionalização, evidenciando avanços na capacidade de resposta dos municípios.

3) O fortalecimento do controle social e da capacidade deve interferir na organização do Sistema de Saúde nos Conselhos e Conferências de Saúde. O Orçamento Participativo apóia a ampliação progressiva da participação da saúde no orçamento.

CAPÍTULO 6
COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA: AÇÃO E PARTICIPAÇÃO

A Cooperação Técnica Descentralizada (CTD) representa uma forma inovadora de desenvolver as atividades de apoio junto aos estados participantes. Se de um lado reforçou o papel da Opas/OMS, de outro estreitou os laços com os estados e com o Ministério da Saúde em projetos compartilhados e indica possibilidades de trabalho com os municípios. Embora o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde esteja mais envolvido, todas as áreas da Opas/OMS têm atividades ou estão orientadas para apoiar a CTD.

A CTD busca integrar a diretriz institucional de melhoria das condições de saúde nas Américas com os interesses da política nacional de saúde e os projetos específicos dos governos estaduais. Essa forma de atuar permite maior vitalidade aos projetos interinstitucionais e, por estar condicionada aos acordos alcançados em cada país e com os atores públicos, ganha mais permanência e atualidade. As atividades da CTD encontram-se em processo de institucionalização junto à Opas/OMS, estados e Ministério da Saúde. Esse processo culminará em termos de cooperação que possam incrementar e expandir os objetivos e as atividades específicas de cada estado, incorporando permanentemente ajustes pelas partes.

De modo geral, os problemas e desafios que enfrentam os governos estaduais são semelhantes, diferindo as capacidades e estratégias para atuar em cada caso. Nesse sentido, a CTD possibilita ainda a cooperação horizontal entre os estados ao orientar as temáticas de discussão das reuniões coordenadas pela Opas/OMS. Essas reuniões de trabalho da CTD caracterizam as atividades do *Observatório da Saúde*, estratégia de acompanhamento das ações da política de saúde e dos resultados em âmbito nacional e regional (www.opas.org.br/observatorio/index.cfm).

No caso específico da modernização, o ponto de partida e de chegada de cada estado integrante da CTD é distinto, como pode ser observado nos relatos. Todavia, o contexto macropolítico e setorial é o mesmo o que permite paralelos entre as atividades. Ainda que um tema seja de interesse comum, tanto dos estados quanto da Opas/OMS e do MS, a forma de enfrentá-lo e as variáveis do contexto de cada estado são bastante diferentes. A CTD consiste em um processo a ser construído e que busca permanência e por isso não

existe previamente uma proposta de atividades ou projetos. O desafio é incluir os interesses e a contribuição de todos de forma solidária e cooperativa.

A variedade dos relatos na Oficina de Modernização da CTD ilustra os comentários acima. Ou seja, guiados por um roteiro, cada representante das SES apresentou a própria realidade. Assim, a participação tanto de estados que convivem há mais tempo com atividades de cooperação técnica de organismos internacionais como é o caso da Bahia, Goiás e Paraná, quanto Rondônia, para o qual esta é a primeira experiência e para o Rio Grande do Sul, com experiência inovadora, a CTD foi oportunidade de difundir e de trocar experiências.

A visão que orienta a CTD considera que o Brasil é um país que vem avançando na descentralização da gestão pública dos serviços de saúde. A partir da reforma constitucional de 1988, o princípio da saúde como um direito social e um dever do Estado, assim como universalidade, a eqüidade, a qualidade, a eficiência e a integralidade, orientam as ações do Sistema Único de Saúde.

A Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, com base nessa capacidade nacional, vem direcionando programas e projetos de cooperação técnica de modo a fortalecer a descentralização. Nesse sentido, tiveram início novas modalidades de cooperação técnica junto às esferas municipal e estadual. A modalidade atual busca evidenciar, ao colocar em prática o fortalecimento da descentralização, a capacidade de resposta, os recursos, as competências, o contato entre as pessoas, e o controle e a avaliação.

As atividades de cooperação técnica da Opas/OMS junto aos estados foram iniciadas com a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás no ano de 1997, com a finalidade de aproximar os Projetos da Opas/OMS às novas realidades e necessidades de saúde nos níveis territoriais. Tal processo favoreceu o intercâmbio de experiências e conhecimentos que contribuíram de forma expressiva na formulação da agenda de saúde das autoridades sanitárias do estado de Goiás. Essa experiência, com o apoio do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), permitiu a abertura de atividades com os estados de Rondônia, Bahia e Rio Grande do Sul. Também houve apoio a esta iniciativa nos estados do Paraná e de Mato Grosso, como parceiros dos processos de CTD, devido a reconhecida experiência e avanço desses estados no nível nacional. No processo de CTD em Goiás, a Opas/OMS atuou com a cooperação do governo canadense para apoiar o processo de regionalização dos serviços de saúde. Na Bahia apoiou a SES em diferentes áreas e junto a um projeto com o Banco Mundial.

Em 2001, por solicitação do Ministério da Saúde, foi aprovado um convênio de CTD com o estado de Rondônia, que incluiu, entre outros assuntos: o desenho da nova estrutura da Secretaria Estadual de Saúde; o funcionamento do Fundo Estadual de Saúde; a nova organização para compras e licitações; a elaboração do plano de desenvolvimento regional e a redefinição da rede de emergências e urgências do estado.

Em face das atividades realizadas nesse período, podem ser identificados 3 eixos da CTD:

i) Definição de projetos estratégicos, dentre os quais cabe citar: observatórios, avaliação de tecnologias, análises funcionais de redes de serviços, winsig. Conta com consultores enlace entre Opas/OMS e SES. O financiamento parte do nível federal, de fundos regulares e das próprias SES.

ii) Saúde da Família: incrementar o projeto de saúde da família (atenção básica). O aumento expressivo do número de equipes de saúde da família fez com que a Opas/OMS definisse estratégias para aumento de qualidade e avanço de modelos alternativos para aglomerados urbanos, hoje um grande desafio no Brasil. Busca-se a integralidade das equipes de saúde da família.

iii) Comunicação e informação na tomada de decisão: visa levar aos gestores do SUS informações relevantes através de fóruns de temas estratégicos, estudos e pesquisas, bibliografias. A utilização da tecnologia da informática é um instrumento de grande valor para favorecer esta ação de tomada de decisão.

6.1 BAHIA

O estado da Bahia buscou com a CTD a construção de nova estrutura menos complexa e conflituosa e mais condizente com as responsabilidades atuais da SES. Para tanto, rediscutiu um projeto iniciado há 3 anos, com vistas ao financiamento pelo Banco Interamericano (Bird). O apoio da Opas/OMS ocorreu essencialmente na definição de indicadores e de acompanhamento desse projeto, culminando com seminário de socialização e instrumentalização para a SES. Nesse período, o governo estadual criou um núcleo estratégico de avaliação de políticas públicas e sociais. A SES foi considerada como a secretaria de governo que mais avançou na modernização das funções de Estado.

Na Bahia, a Opas/OMS participou ainda da análise da situação epidemiológica e demográfica e dos estudos para a aplicação do planejamento integrado de serviços de saúde individual e coletiva. Outros projetos, como a Reconversão do Modelo Assistencial e do Observatório da Saúde, também estavam presentes.

A Opas/OMS apoiou também a consultoria da Fundação Getúlio Vargas-São Paulo (FGV) e da EPOS (Health Consultants), promovida pelo MS no Projeto de Fortalecimento (Reforsus/MS). Esta consultoria fundamenta-se na necessidade do fortalecimento dos processos internos da Secretaria quanto aos fluxos e interfaces. Além desse, outra demanda para a FGV relacionava-se com a área de vigilância à saúde, na tentativa de construir um plano diretor ampliado para 4 anos, como um componente do PDR.

A superposição de atividades de consultoria (Bird e FGV) levou ao acúmulo de atividades para os técnicos da SES, dificultando a adequação dos consultores às demandas identificadas, especialmente o corpo de consultores da FGV, demasiadamente especializados. Isso foi minimizado com o apoio da Opas/OMS.

Uma dificuldade que estava presente na gestão estadual era a questão de parâmetros para a programação de atividades assistenciais, a qual vem sendo assistida pela Opas/OMS nas atividades de CTD. Outra questão ainda incipiente para o estado era a de ciência e tecnologia onde estava sendo implantado, com incentivo do MS, um grupo técnico que trabalharia também parâmetros assistenciais. A questão das causas externas no sistema de saúde, por sua vez, vinha sendo trabalhada por um núcleo de informação.

O assessoramento da Opas/OMS à SES-BA aconteceu, portanto, com ênfase no desenvolvimento institucional, seja definindo atividades para o fortalecimento dos papéis de formulação e condução da política de saúde, de regulação e cooperação técnica, seja na adequação da estrutura organizacional, definindo estratégias e planos de trabalho condizentes ao processo. A implantação das propostas de fortalecimento dos sistemas microrregional, macrorregional, municipal e estadual, também foram apoiadas nas atividades de CTD.

Outro projeto da SES se desenvolveu em parceria com o Reino Unido, com vistas a introduzir instrumentos de economia da saúde na gestão do sistema. Este estava centrado em formação de pessoal, com a perspectiva de implantação de sistemas de avaliação de custos setoriais.

6.2. GOIÁS

A SES-GO contou com o apoio da Opas/OMS e do MS para o desenvolvimento institucional por 4 anos, que se estenderia para os próximos 4 anos. A ênfase foi o planejamento estratégico como processo dinâmico e vivo que traz reformulações e desafios. As atividades previstas da CTD apoiaram: a regionalização da organização da assistência; a implantação do *winsig* (fase piloto); o Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde dentro das atividades de formulação de políticas e objetivos sanitários; e o Observatório da Saúde.

6.3 PARANÁ

A SES-PR teve apoio da Opas/OMS a fim de promover mudanças institucionais que dessem conta da nova sistemática do trabalho. O redesenho dos processos organizacionais da Diretoria Administrativa e da Diretoria Econômico-Financeira foram exemplos deste apoio.

Para o Paraná foi também fundamental a cooperação da Opas/OMS no financiamento de parte do trabalho relacionado ao suporte operacional. Nesse caso, a Secretaria implementou um projeto estratégico a partir do redesenho de macroatividades e micro-atividades. Além disso, o estado foi o primeiro a implantar o Observatório da Saúde (www.saude.pr.gov.br)

6.4 RONDÔNIA

A Opas/OMS foi intermediadora da proposta de reorganização do estado mediante a cooperação efetiva, com o apoio técnico do Ministério da Saúde. A atuação da Opas/OMS ocorreu também na formação de recursos humanos a partir de cursos de capacitação. Todas as atividades da CTD estavam orientadas à superação de dificuldades do estado em relação a adaptação à Noas, pois a vontade política apresenta-se incipiente neste sentido.

Um dos avanços obtidos com a CTD foi superar o momento político delicado e a aprovação de Lei na Assembléia Legislativa para a mudança da estrutura da SES-RO. Essa questão contribuiu para superar a ingerência política, um dos fatores que dificultavam o avanço de atividades da CTD. Por outro lado, as dificuldades de Rondônia eram estruturais, aliadas à escassez de recursos humanos. Nesse sentido, destaca-se o apoio da CTD para a criação do Fundo Estadual de Saúde.

6.5 RIO GRANDE DO SUL

O ajuste na estrutura da SES-RS era uma demanda importante e a incorporação de tecnologias sistematizadas no processo de cooperação técnica da Opas/OMS ajudou no fortalecimento da capacidade de resposta da SES às funções no SUS.

A aparente constatação da *falta* de identidade da SES no SUS dificultou a organização de estruturas institucionais mais criativas e dinâmicas. Problematizar essa dificuldade foi um dos méritos da CTD que estava em desenvolvimento.

CAPÍTULO 7
CONTRIBUIÇÕES À DISCUSSÃO DA MODERNIZAÇÃO E FORTALECIMENTO DA SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE À LUZ DA EXPERIÊNCIA DA COOPERAÇÃO TÉCNICA DESCENTRALIZADA

O Brasil vive processo contínuo de mudanças institucionais, algumas com extrema velocidade, mas com baixo grau de análise e registro da mudança institucional. A modernização das SES, por sua vez, vem ocorrendo há muitas décadas como iniciativas isoladas e não um projeto específico de cooperação de âmbito nacional. As transformações setoriais exigem modernização em todos os níveis de gestão. Alguns estados passam por movimentos contínuos de reorganização da SES em decorrência de decisões políticas.

Nas discussões ocorridas nos dois dias da Oficina de Trabalho de Modernização da CTD, foi possível observar algumas características e tendências de processos relativos à modernização nos estados acompanhados. Uma delas é o fato de as ações de modernização serem desencadeadas para atender às necessidades específicas de cada estado e, apenas mais recentemente, passarem a sofrer marcante influência de normas operacionais federais, além das reformas de Estado e fiscal. As diferenças históricas de cada realidade e seus efeitos na situação política e na capacidade técnico-institucional foram, portanto, determinantes de cada mudança ocorrida.

As experiências dos 5 estados participantes da CTD com referência ao tema indicam alguns aspectos relevantes para a condução de processos de modernização setorial. Entre esses está a importância de definição prévia da missão e da função da SES de modo a orientar e refletir no desenho organizacional assumido. A SES faz parte, ainda, do conjunto de órgãos governamentais que compartilham o desenvolvimento da política de desenvolvimento de capacidades institucionais e de modernização da gestão administrativa. Para a saúde, principalmente, não é eficaz o isolamento de ações governamentais das políticas sociais. Nesse sentido, as transformações na saúde devem encontrar correspondência na administração como um todo para serem efetivas.

Em geral e em graus variáveis, as atividades da SES devem envolver a programação e distribuição de recursos disponíveis de modo a alcançar a integralidade e reduzir desigualdades. Nessa perspectiva, a modernização deve ainda dotar a SES de viabilidades

institucionais para a permanente avaliação, capacitação, cooperação, investigação de soluções e propostas, inclusive nos aspectos de incorporação e uso de tecnologias.

Modernização e descentralização

As normas operacionais do MS têm papel relevante na atribuição da responsabilização de cada ente governamental no SUS, impondo a pactuação e o planejamento do conjunto do Sistema. Nesse sentido, contribuem para a revisão da estrutura organizacional da SES *vis-à-vis* o novo funcionamento requerido. Além do aspecto da estrutura, outros grandes desafios são: a cultura institucional; o arcabouço jurídico-legal; e a compreensão do conceito de autoridade sanitária, incorporando as mudanças de modelo de atenção.

As experiências dos estados participantes da CTD evidenciam, também, a tendência em buscar meios institucionais de fortalecer estratégias de cooperação solidária entre os entes federados no SUS. Quanto às tecnologias de organização institucional e de gestão, geralmente, o esforço foi no sentido de aumentar recursos financeiros e ao mesmo tempo estabelecer critérios e fluxos de acompanhamento compatíveis. Todos os estados mencionam processos de capacitação e desenvolvimento dos recursos humanos de modo a adequar o perfil do profissional aos processos atuais de trabalho. A incorporação de tecnologias de gestão é citada como um desafio atual para as três esferas de governo.

Aprendizados de dois anos de experiência de CTD

É de fundamental importância a intensificação da parceria com o MS em projetos de fortalecimento da capacidade de gestão, de modo a contribuir para a continuidade, permanência e ampliação de iniciativas de apoio ao desenvolvimento da gestão estadual. O registro dos diferentes processos que ocorrem em cada estado deve ser realizado e documentado, para favorecer análises e produção de novos conhecimentos na área.

A sistematização, a avaliação e a divulgação das experiências dos estados nos projetos de CTD têm potencialidades para contribuir na discussão de rede de cooperação técnica para apoiar a gestão descentralizada. Esse instrumento pode ampliar os resultados para todos os estados e municípios.

Síntese de inovações

O estudo da modernização dos órgãos gestores do SUS ainda é um campo pouco explorado. Mesmo que muitas inovações no aspecto da formulação de políticas e da gestão sejam reconhecidas, a base institucional e organizacional é quase sempre vista com certo formalismo e distância. Devido às pressões que exercem necessidades de mudanças nos processos de trabalho, a tendência é que novas atividades e sistemáticas de ações sejam implantadas sobre estruturas antigas. Até porque mudanças de estruturas organizacionais envolvem aprovação do legislativo.

Nesse sentido, o material obtido na Oficina de Modernização da CTD é uma rica fonte de análises e interpretações com indicativos para estudos e agenda de discussões futuras. Os primeiros registros e análises aqui expressados têm ainda o valor de resgatar o histórico de uma esfera de governo no processo de descentralização, viveu momentos de crises institucionais com repercussão na implantação do SUS, considerando as características da estrutura federativa. Nessa perspectiva, os avanços, inovações e desafios podem ser solidariamente compartilhados com o nível federal e com a esfera municipal. Ou seja, a compreensão dos processos relacionados à modernização da SES certamente tem impactos na construção de todo o Sistema. O quadro abaixo é uma tentativa de sintetizar as principais inovações das SES integrantes da CTD.

Síntese das inovações das Secretarias de Estado da Saúde integrantes da Cooperação Técnica Descentralizada
Quadro 1

Eixos	Bahia	Goiás	Paraná	Rondônia	Rio G. do Sul
Estrutura	Ênfase na regulação e eficiência administrativa.	Ênfase na função de gestão setorial.	Ênfase aperfeiçoar atribuições de regulação, cooperação e coordenação.	Ênfase em criar condições para a função de gestão.	Ênfase na democratização e eficiência administrativa.
Condução política	Centralizada e desconcentração regional.	Centralizada e desconcentração regional.	Desconcentração regional; prioridades negociadas.	Recompor legitimidade da responsabilidade sanitária.	Descentralizada, fortalecendo mecanismos de controle social.
Descentralização	Dificuldade nos pactos; concentra média e alta complexidades; tende a utilizar o modelo Noas.	Organização regional com mudanças em processo; aderência à Noas	Implantação de CIB regionais; transferência de unidades; desenvolve espaço regional de negociação.	Fragmentação geográfica com unidades de baixa capacidade e concentração na Capital; pactuação da referência e indução ao aumento da oferta	Transferência de rede para municípios; indução financeira ao avanço da descentralização
Gestão de Rede	Mantém rede estadual ampla; implanta novos modelos de gestão de rede.	Mantém unidades de referência estadual; apóia ampliação municipal.	Apoio à organização regionalizada da oferta e consórcios; indução à descentralização, melhoria da eficiência do Sistema e redução da fragmentação.	Revisão de vocações municipais; hierarquização e indução de complexidade; melhoria de brechas de acesso.	Apoio à ampliação da oferta municipal; indução à organização regionalizada da oferta e consórcios.
Regulação	Desenvolve mecanismos de regulação.	Desenvolvimento do controle e avaliação	Desenvolve e implanta instrumentos de regulação.	Desenvolvimento de mecanismos de regulação.	Desenvolvimento de mecanismos de regulação principalmente da média complexidade.

Síntese das atividades desenvolvidas pela Cooperação Técnica Descentralizada da Opas/OMS

A Opas/OMS orienta as atividades de cooperação para a melhoraria das condições de saúde dos países das Américas. No Brasil, o processo de cooperação é conduzido a partir de um Comitê de Gestão da Cooperação Técnica, presidido pelo Representante e integrado pelo chefe da Administração e pelos coordenadores de nove áreas temáticas aglutinadas em projetos de cooperação. No caso dos estados da CTD, as atividades foram definidas de acordo com a necessidade e prioridade de cada situação. No período de 2000 a 2002, os esforços foram concentrados nos seguintes projetos, descritos a seguir de forma sintetizada.

Epidemiologia:

Abrange o estudo epidemiológico-demográfico e relações com o planejamento e a organização de serviços de saúde individuais e coletivos. Realiza também o monitoramento de desigualdades.

Serviços de Saúde:

Desenvolve ações voltadas para o estudo da oferta de serviços de saúde, como atenção básica, de média e alta complexidade e de financiamento e incentivos. Apóia ajustes do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI). Atua nas áreas de contas estatais de saúde, sistemas de avaliação de produção, prestação e custos (Winsig), Saúde da Família, acompanha o Observatório da Saúde no processo de Reforma, Descentralização e Regionalização. Comunicação e informação voltadas para a Cooperação Técnica via Internet. Gestão administrativa que trata de assuntos administrativos, convênios de Cooperação Técnica, curso de consultores gestores de cooperação técnica.

Para os próximos anos, espera-se que as ações sejam intensificadas nos projetos de:

Meio Ambiente:

Trabalha com mapa de produção de serviços (econômicos) e riscos ambientais no nível municipal e microrregional, além de capacitar gestores municipais e estaduais utilizando a Guia de Atenção Primária Ambiental.

Recursos Humanos:

Estuda o mercado de trabalho e acompanha o Observatório de Recursos Humanos.

Promoção da Saúde:

Atua no estudo da oferta e formas de organização dos serviços de saúde coletiva para a vigilância epidemiológica, ambiental, ações intersetoriais e estilos de vida e nos Planos de Regionalização da Saúde Coletiva.

Medicamentos e Insumos Estratégicos:

Atua no estudo da oferta e disponibilidade de medicamentos e insumos estratégicos no nível microrregional, mecanismos de compra, uso racional, fármaco-economia.

Investigação e Tecnologia:

Visa apoiar a criação de Núcleos de Gestão de Tecnologias.

PARTE 3 PANORAMA E DIVERSIDADES DAS SECRETARIAS DE ESTADO DA SAÚDE

CAPÍTULO 8
CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DOS ESTADOS DA CTD/OPAS — ANO-2002

Os estados apoiados pela Cooperação Técnica Descentralizada da Opas/OMS, apresentados neste informe, possuem características próprias, refletindo em certa medida a diversidade do país. Das 5 Regiões do país, em quatro a Cooperação Técnica Descentralizada está presente com o apoio a pelo menos um estado, o que demanda atuações específicas em cada situação por parte da Opas/OMS, considerando, como pode ser observado nos relatos dos capítulos, distintas capacidades institucionais e propostas políticas.

Este anexo contém informações sucintas, pesquisadas em *sites* e documentos acadêmicos e oficiais, e outros produzidos ao longo das atividades de Cooperação Técnica Descentralizada, nos últimos dois anos. Objetiva propiciar ao leitor um panorama mais ampliado das características destes estados e contribuir para a compreensão de diferenças e diversidades expressas nos capítulos anteriores, conformando um contexto geral onde se desenvolve a modernização do setor saúde. A seleção de informações buscou abordar aspectos demográficos, políticos, econômicos, sociais, de rede de serviços, entre outros, sem, contudo, pretender esgotar o perfil ou a complexidade de cada realidade.

Tampouco os comentários feitos ao longo deste anexo esgotam as possibilidades de análise e interpretação das informações apresentadas nas tabelas, quadros, gráficos e figuras. Representam antes uma tentativa de associar os dados disponíveis com o tema de modernização do órgão gestor da saúde no SUS.

8.1 DEMOGRAFIA E INDICADORES DE SAÚDE DOS ESTADOS

As tabelas, quadros, gráficos e figuras a seguir consolidam informações referentes a: população; Produto Interno Bruto estadual; incentivos financeiros; indicadores de saúde; rede hospitalar vinculada ao SUS; estabelecimentos de saúde por natureza e esfera administrativa; número de municípios; número de médicos ativos e enfermeiros dos estados participantes da Cooperação Técnica Descentralizada (CTD), entre outras.

A soma da população residente nos estados da CTD totaliza 23% da população brasileira e, de acordo com os dados da Tabela 1, referentes à população residente e a densidade demográfica nos estados da CTD no ano de 2000, a Bahia, o Paraná e o Rio Grande do Sul

são os de maior população. Destaca-se a pequena população (0,81% da brasileira) e a baixa densidade demográfica (5,81 hab/km2) de Rondônia, características da Região Norte do País. No aspecto densidade demográfica observa-se que o Paraná tem densidade de 47,98; maior que o dobro da média do Brasil (19,94). O Estado do Rio Grande do Sul apresenta também densidade demográfica alta (36,16). Em geral, o fator de densidade demográfica influi fortemente na questão da organização dos serviços de saúde, sendo que situações de concentração e de dispersão exigem tratamento específico para a garantia de acesso integral.

Tabela 1
População residente por Estado, 2000

Estado	População Residente	% da Pop Brasil	Densidade demográfica hab/km²
BA	13.070.250	7,70%	23,15
GO	5.003.228	2,95%	14,71
PR	9.563.458	5,63%	47,98
RO	1.379.787	0,81%	5,81
RS	10.187.798	6,00%	36,16
Brasil	169.799.170	100%	19,94

Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no IBGE, http://www.ibge.gov.br/, em novembro de 2002.

O número de municípios existentes em um estado, por sua vez, tem influência na coordenação pela SES da organização de sistemas municipais de saúde e, portanto, na discussão da referência e da gestão da rede de serviços existente. Na regionalização da atenção, por exemplo, observa-se que o tamanho do município em termos populacionais mantém relações com a capacidade de assumir condições mais avançadas de gestão. Recentemente no Brasil muitos municípios foram criados a partir de divisões e subdivisões de municípios maiores. Muitas vezes os novos municípios enfrentam dificuldades para organizar as ações de saúde e são dependentes daqueles que faziam parte.

No caso dos estados da CTD, conforme o Quadro 2, Número de Municípios por Faixa Populacional, 2002, observa-se que a Bahia, o Paraná e o Rio Grande do Sul têm muitos municípios, enquanto Rondônia é um dos estados do Brasil com menos municípios. O número de municípios por faixas populacionais permite uma idéia da complexidade da descentralização em cada estado. Nos estados de Goiás e do Rio Grande do Sul, 66% dos municípios são pequenos, com menos de 10 mil habitantes, onde residem cerca de 14% da população. O estado do Paraná tem 80% dos municípios com menos de 20 mil habitantes, onde residem cerca de 27% da população; e o estado da Bahia tem 91% dos municípios com até 50 mil habitantes, onde residem 51% da população.

Rondônia é o estado, dentre os integrantes da CTD, com maior número relativo de municípios nas faixas de 50 a 100 mil e entre 100 e 500 mil habitantes, sugerindo a presença de pólos de concentração neste estado com uma das menores densidades demográficas do país. Nestes 6 municípios residem cerca de 50% da população do estado. Entretanto, Rondônia é o único estado da CTD que não tem município com mais de 500 mil habitantes, pois a Capital, Porto Velho está na faixa populacional anterior.

Tabela 2
Número de Municípios por faixa populacional, 2002

Distribuição de Municípios por Faixa Populacional - Percentuais e População							
		Estado					
Faixa	Variáveis	BA	GO	PR	RO	RS	Brasil
Total	Mun	417	246	399	52	497	5562
	Pop	13.214.114	5.116.462	9.694.709	1.407.886	10.309.819	172.385.826
< 5 mil	Mun	8	106	97	5	227	1374
	% Mun	1,92	43,10	24,30	9,62	45,70	24,70
	Pop	31.302	345.449	349.967	17.657	691.636	4.587.018
	% Pop	0,24	6,75	3,61	1,25	6,71	2,66
> 5 mil	Mun	62	57	119	10	111	1288
< 10 mil	% Mun	14,87	23,17	29,82	19,23	22,33	23,16
	Pop	484.061	400.637	851.189	72.063	776.464	9.481.122
	% Pop	3,66	7,83	8,78	5,12	7,53	5.50
> 10 mil	Mun	187	39	102	20	65	1360
< 20 mil	% Mun	44,84	15,85	25,56	38.46	13,08	24,45
	Pop	2.727.986	562.174	1.454.392	272.551	933.170	19.282.918
	% Pop	20,64	10,99	15,00	19.36	9,05	11,19
> 20 mil	Mun	122	27	50	11	52	964
< 50 mil	% Mun	29,26	10,98	12,53	21.15	10,46	17,33
	Pop	3.564.858	856.296	1.513.676	336.452	1.508.970	28.929.717
	% Pop	26,98	16,74	15,61	23.90	14,64	16,78
> 50 mil	Mun	25	11	19	4	25	307
<100 mil	% Mun	6,00	4,47	4,76	7,69	5,03	5,52
	Pop	1.669.377	811.895	1.450.587	259.030	1.729.668	21.484.900
	%Pop	12,63	15,87	14,96	18,40	16,78	12,46
>100 mi	Mun	12	5	11	2	16	192
<500 mil	% Mun	2,88	2,03	2,76	3,85	3,22	3,45
	Pop	2.250.828	1.028.389	2.454.679	450.133	3.296.598	39.965.315
	% Pop	17,03	20,10	25,32	31,97	31,98	23,18
Acima	Mun	1	1	1	0	1	32
de 500 mil	% Mun	0,24	0,41	0,25	0	0,20	0,58
	Pop	2.485.702	1.111.622	1.620.219	0	1.373.313	47.968.766
	% Pop	18,81	21,73	16,71	0	13,32	27,83

Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no IBGE, http://www.ibge.gov.br/, em novembro de 2002.

Alguns indicadores de saúde expressam de forma significativa as condições gerais de saúde de uma dada população. Assim, a taxa de mortalidade infantil, em geral, reflete níveis de saúde e desenvolvimento sócio-econômico, enquanto a mortalidade materna indica a qualidade da assistência à saúde da mulher. A esperança de vida ao nascer, por sua vez, está relacionada às condições de vida e de saúde da população.

Nesse sentido, o Quadro 3 mostra a taxa de mortalidade infantil e a de mortalidade materna no ano de 1999 e, ainda, a esperança de vida ao nascer em 2000 nos estados da CTD. As mais altas taxas de mortalidade infantil coincidem com os estados de menor PIB *per capita* (Bahia, Goiás e Rondônia), embora Goiás tenha taxa inferior à média do Brasil. Nestes 3 estados também a esperança de vida ao nascer é sensivelmente menor que nos demais.

Quadro 2
Indicadores de saúde por Estado, de acordo com o ano

Estado	Indicador		
	Taxa de Mortalidade Infantil, 1999	Taxa de Mortalidade Materna, 1999	Esperança de Vida ao Nascer, 2000
BA	45,4	¾	67,67
GO	25,0	69,14	69,58
PR	19,7	83,03	70,28
RO	33,0	¾	68,26
RS	15,1	50,33	71,60
Brasil	33,1*	¾	68,1**

Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no DATASUS, http://www.datasus.gov.br, em novembro de 2002.
* para 1998 e ** para 2001.
Obs: as taxas de mortalidade infantil para 1999 na BA, GO e RO são estimativas.

A taxa de mortalidade materna apresentada apenas para 3 estados não permite estabelecer correlações com os dados anteriores. Essa carência de informação sugere a existência de dificuldades de procedimentos e de sistemas para o acompanhamento destes indicadores.

Quanto à esperança de vida ao nascer, apenas o estado da Bahia está ligeiramente inferior à média do país. E aqueles 2 estados com maiores faixas de PIB (Paraná e Rio Grande do Sul) apresentam números superiores à média brasileira na esperança de vida ao nascer.

8.2 CAPACIDADE E RECURSOS FINANCEIROS DOS ESTADOS

A Tabela 2 exibe o PIB *per capita,* total e percentual em relação ao Brasil para cada um dos estados da CTD, no ano de 1999. Os 5 estados da CTD somam 20,76% do PIB do país. Em relação ao PIB *per capita*, os dados permitem constatar basicamente duas faixas. Na primeira estão estados com PIB inferior à média do Brasil (R$5.740,00), que são a Bahia, Goiás e Rondônia (entre R$3.200,00 e R$3.700,00). Na segunda faixa estão estados com PIB *per capita* bem superior à média do Brasil, que são o Paraná (R$6.446,00) e Rio Grande do Sul (R$7.389,00).

Os 3 estados da primeira faixa juntos contribuem com 6,67% do PIB Brasil; enquanto os 2 estados da segunda faixa juntos contribuem com 14,09% do PIB Brasil. Nota-se a baixa participação no PIB Brasil do estado de Rondônia (0,52%). Em geral, baixo PIB reflete baixo potencial de gasto público próprio e de investimento privado. Ao mesmo tempo, indica a existência de segmentos sociais em precárias condições de vida que demandam maior aporte de recursos para políticas públicas de interesse social.

Tabela 3
Produto Interno Bruto total e p*er capita* por Estado, 1999

Estado	*Per capita* (R$ mil)	Total (R$ milhões)	% do PIB Brasil
BA	3.206	41.608	4,31%
GO	3.603	17.742	1,84%
PR	6.446	61.084	6,34%
RO	3.657	4.972	0,52%
RS	7.389	74.666	7,75%
Brasil	5,740	963.868	100%

Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no IBGE, http://www.ibge.gov.br/, em novembro de 2002.

Não existem ainda bases de dados completas sobre os gastos públicos em saúde. Entretanto, utilizando os Balanços dos Governos Estaduais, o Datasus/MS vem consolidando informações sobre os recursos aplicados em saúde. Embora estes dados sejam preliminares exibem informações importantes com referência ao tema da modernização das Secretarias de Estado da Saúde, conforme pode ser observado nos Quadros 4 e 5 a seguir.

O Quadro 4 e o Gráfico 1 abordam a evolução do percentual de receita própria aplicada em saúde no período de 1998 a 2001 para cada região e estado da CTD. Em geral, este percentual indica a prioridade política conferida às ações de saúde no investimento de cada governo estadual.

No ano de 1999 teve início um novo mandato dos governos estaduais, sendo que, nos casos da Bahia e do Paraná, houve continuidade por reeleição. Embora a tendência geral no período para as 5 regiões e na média do Brasil tenha sido de aumento da receita aplicada em saúde, no caso dos estados da CTD apenas no Rio Grande do Sul não se observa diminuição no percentual de receita aplicada no período de 1998 a 2000, última informação disponível para todos os estados da CTD.

Mesmo que em última instância a redução percentual possa não significar menos recursos, os percentuais dos estados praticados em 2000 estão bem longe do disposto na Emenda Constitucional/29, que prevê 12% dos recursos próprios para a saúde em 2004. Mesmo assim, é digno de notar que com base nas fontes consultadas, para o ano de 2001 os estados da Bahia, de Goiás e de Rondônia apresentam percentuais de receitas próprias superiores à média nacional.

Os Estados de PR e RS foram no ano de 1998 aqueles com percentuais mais baixos de recursos aplicados em saúde e, como será visto à frente, estes estados têm, em relação aos demais da CTD, as maiores coberturas de beneficiários de planos e seguros privados de saúde (Quadro 4).

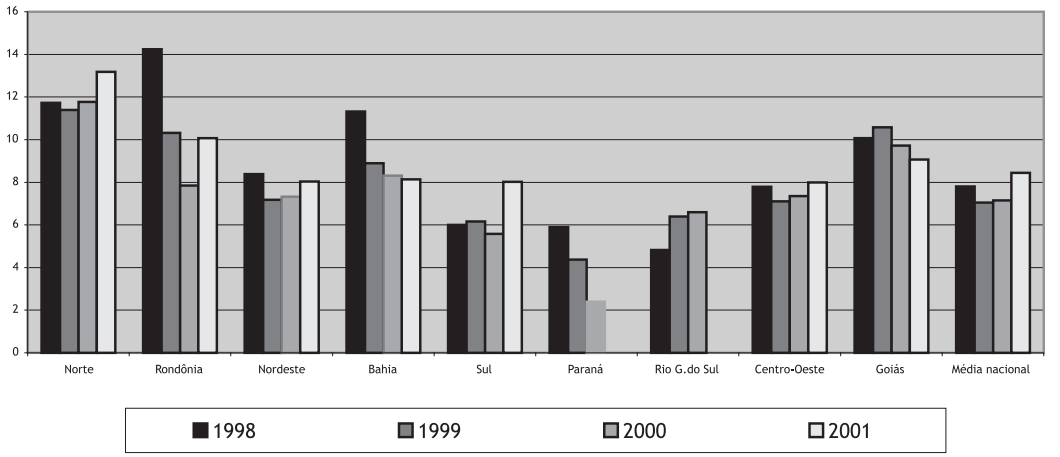
Tabela 4
Evolução do percentual da receita própria aplicada em saúde, 1998 a 2001

	Percentual de Receita Própria Aplicada em Saúde			
Região e Estado	1998	1999	2000	2001
Nordeste	8,38	7,17	7,32	8,04
BA	11,32	8,89	8,32	8,13
Centro-Oeste	7,79	7,11	7,36	7,99
GO	10,07	10,57	9,72	9,06
Norte	11,73	11,39	11,77	13,19
RO	14,24	10,32	7,84	10,07
Sul	6,01	6,16	5,59	8,02
PR	5,90	4,38	2,40	-
RS	4,83	6,39	6,60	-
Média Brasil	7,81	7,05	7,15	8,45

Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no DATASUS e SIOPS, http://www.datasus.gov.br, referentes aos Balanços dos Governos Estaduais, em novembro de 2002.

Gráfico 1
Evolução do Percentual da Receita Própria Aplicada em Saúde, 1998 a 2001.

Regiões do Brasil e Estados da Cooperação Técnica Descentralizada



Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no DATASUS e SIOPS, http://www.datasus.gov.br, referentes aos Balanços dos Governos Estaduais, em novembro de 2002.

No caso da esfera estadual, os gastos em saúde são integrados por fontes próprias estaduais e transferências federais. Com base nas mesmas fontes anteriores, recursos aplicados em saúde, o Quadro 5 e o Gráfico 2 exibem a evolução da despesa *per capita* empenhada com ações e serviços de saúde públicos no período de 1998 a 2000. No ano de 2000, os estados da CTD tinham despesa *per capita* entre R$42,00 e R$60,00; estes valores agrupam os estados em relação às variáveis anteriores. Com *per capita* mais baixa estão a Bahia (R$42,03) e o Rio Grande do Sul (R$41,75); seguidos de Paraná (R$47,15) e de Goiás (R$50,57); e com *per capita* mais alta do grupo está Rondônia (R$59,32).

De 1998 a 2000, a tendência nos estados da CTD foi de aumento da despesa total, exceto no caso de Rondônia. Quanto aos recursos estaduais, nos estados da Bahia, Paraná e Rondônia, este foi reduzido e nos estados de Goiás e Rio Grande do Sul foi aumentado.

Em todos os estados da CTD a despesa *per capita* com recursos federais sofreu incremento no período. Os estados de Rondônia e Goiás tiveram aumentos de recursos federais ao redor de 180%; e Bahia e Rio Grande do Sul, por sua vez, tiveram aumentos de 73 e 62% no mesmo período. O estado do Paraná teve incremento de dez vezes neste período.

De modo geral, as variações observadas refletem as transformações na implantação da descentralização nesse período. Assim, no ano de 1998 com a implantação da NOB/96, que teve forte ênfase na indução de mudança de modelo de atenção, novos recursos federais foram utilizados. Em alguns casos a redução dos recursos estaduais pode significar a substituição de fontes.

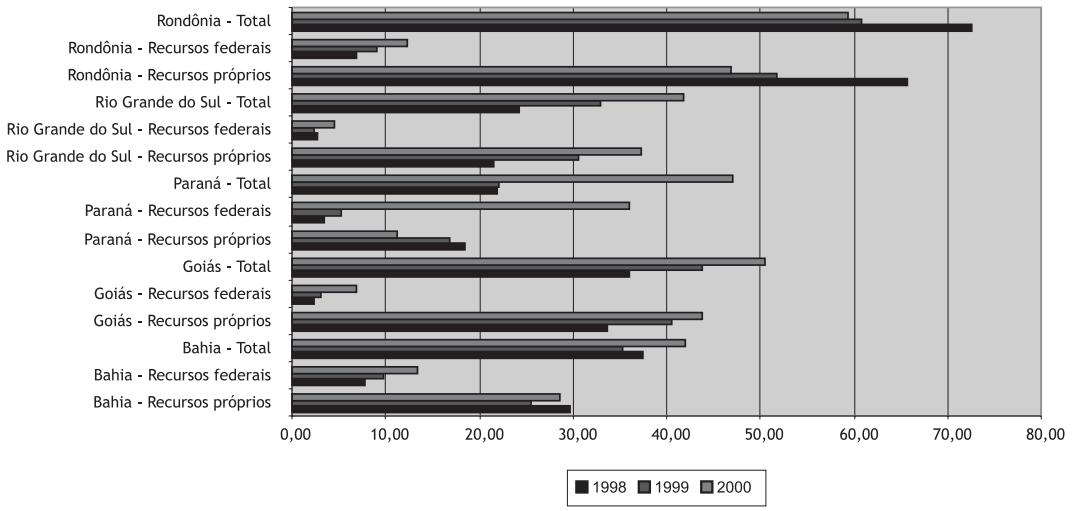
Quadro 3
Evolução da despesa *per capita* empenhada com ações e serviços públicos de saúde, 1998 a 2000

Valores em reais

Estados	Discriminação	1998	1999	2000
Bahia	Recursos próprios	29,68	25,51	28,64
	Recursos federais	7,73	9,77	13,38
	Total	37,41	35,29	42,03
Goiás	Recursos próprios	33,59	40,62	43,73
	Recursos federais	2,41	3,15	6,83
	Total	36,00	43,78	50,57
Paraná	Recursos próprios	18,54	16,92	11,19
	Recursos federais	3,35	5,17	35,96
	Total	21,89	22,09	47,15
Rondônia	Recursos próprios	65,78	51,78	46,96
	Recursos federais	6,86	9,09	12,36
	Total	72,64	60,86	59,32
Rio Grande do Sul	Recursos próprios	21,51	30,57	37,29
	Recursos federais	2,75	2,33	4,46
	Total	24,26	32,90	41,75

Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no SIOPS, http://www.datasus.gov.br, referentes aos Balanços dos Governos Estaduais, em novembro de 2002.

Gráfico 2
Evolução da despesa *per capita* empenhada com ações e serviços públicos de saúde, 1998 a 2000



Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no SIOPS, http://www.datasus.gov.br, referentes aos Balanços dos Governos Estaduais, em novembro de 2002.

A informação sobre a evolução do valor *per capita* da atenção básica de 1997 a 2001, constante do Quadro 6, integra este conjunto de informações dos estados da CTD e correlaciona-se com as transformações que as Secretarias de Estado de Saúde têm que efetivar durante a implantação do SUS. Embora este recurso seja tipicamente municipal, os estados devem cooperar com os municípios de modo que estes desenvolvam capacidades de gestão da atenção básica. Para tanto, os estados devem especializar suas funções nas atividades típicas da esfera estadual (cooperação técnica, coordenação do sistema, assistência de alta complexidade).

O processo recente de modernização das SES teve início com a implantação da NOB/96 no ano de 1998, quando a descentralização de recursos se acentua a partir da definição do *per capita* da atenção básica a ser transferido aos municípios. O avanço dos municípios impõe a redefinição do papel dos estados no SUS e um processo intenso de transformações passa a ocorrer nos estados no setor saúde.

No Quadro 6 pode-se observar a tendência de incremento significativo que os recursos da atenção básica tiveram nos últimos cinco anos, denotando o estímulo financeiro à mudança de modelo feito pelo nível federal. Dos estados da CTD, no ano de 2001, três têm valor *per capita* inferior à média nacional (R$18,10): Goiás, Paraná e Rio Grande do Sul; dois têm valores superiores a média: Bahia e Rondônia.

Vários fatores influem no montante do *per capita* da atenção básica, mas considerando as informações já demonstradas, observa-se a correlação entre os maiores valores da atenção básica e as mais altas taxas de mortalidade infantil dos estados. Estes estados são os que receberam maiores incrementos de recursos federais no período com objetivo de reduzir desigualdades de acesso.

Quadro 4
Evolução do valor *per capita* da atenção básica - PAB fixo e variável, 1997 a 2001.

Valores em reais

Estado	1997	1998	1999	2000	2001
BA	6,53	14,15	16,00	18,21	20,63
GO	8,62	12,39	14,08	15,28	17,96
PR	13,90	13,66	16,09	17,85	17,75
RO	9,92	14,33	17,76	21,58	22,60
RS	6,34	11,66	13,19	14,38	14,21
Brasil	—	—	—	—	18,10

Fonte: Elaborado com base em informações da Secretaria de Assistência à Saúde/MS, In Barjas e Viana, 2002.

O Quadro 7 complementa as informações dos valores da atenção básica para o ano de 2001, incluindo a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Estes valores exibem diversidades na assistência à saúde nos estados da CTD. Nas ações de vigilância epidemiológica, os estados da Região Sul (Paraná e Rio Grande do Sul) têm os menores tetos *per capita* de recursos federais transferidos, abaixo inclusive da média nacional. Em compensação têm os maiores *per capita* na média e alta complexidade, encontrando-se acima da média nacional, o que resulta em valores totais acima da média nacional e dos demais estados da CTD.

As variações nos valores dos *per capitas* da atenção podem indicar o perfil histórico da oferta de serviços por estado; ou seja, maiores valores na média e alta complexidade sugerem a prevalência de rede mais complexa. Nessa perspectiva, as Regiões Sul e Sudeste tendem a concentrar os serviços mais complexos. De outro lado, *per capita* elevado em ações de alta externalidade em estados com populações em precárias condições indica certa racionalidade.

Pode-se considerar que o perfil da rede indicado pelos valores presentes no Quadro 6 apresenta desafios diferenciados para os estados: ou seja, onde existe rede complexa, o órgão gestor tem que desenvolver mecanismos de controle e qualidade da atenção. Onde prevalece a rede básica, por sua vez, os esforços de gestão devem orientar-se para ampliar a oferta e melhorar as capacidades institucionais de modo a alcançar a integralidade e redução de desigualdades.

Quadro 5
Valores per *capita* da Atenção Básica, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, 2001

Estado	PAB fixo e variável	Vig Epid e Controle de Doenças	Média Complexi-dade	Alta Complexi-dade	Total
BA	20,63	3,64	45,96	7,09	77,32
GO	17,96	3,61	42,02	14,25	77,84
PR	17,75	2,31	48,29	18,41	86,75
RO	22,60	5,41	42,69	4,30	75,01
RS	14,21	2,31	51,09	21,18	88,79
Brasil	18,10	3,27	46,26	14,11	81,74

Fonte: Elaborado com base em informações da Fundação Nacional de Saúde e Secretaria de Assistência à Saúde/MS, In Barjas e Viana, 2002.

8.3 REDE DE SERVIÇOS SUS DOS ESTADOS

O Quadro 8 mostra o perfil de estabelecimentos existentes por natureza pública ou privada em cada estado da CTD e nas suas capitais no ano de 1999. Em todos os estados existem unidades públicas federais, estaduais, municipais e unidades privadas vinculadas ao SUS. Em termos de entes públicos os estados de Goiás e Rondônia são aqueles onde existe maior número relativo de estabelecimentos federais.

O estado da Bahia tem a maior concentração e o de Rondônia a menor concentração relativa de estabelecimentos estaduais. Em todos os estados, mais de 90% da rede é municipal; chegando a 98% no Paraná, 97% em Rondônia, 96% no Rio Grande do Sul, 95% em Goiás, e 93% na Bahia. Ainda que, geralmente, a rede municipal se concentre em serviços ambulatoriais, certamente, tais fatores pesam de modo específico nas estratégias de modernização implantadas em cada caso.

Quanto às capitais dos estados da CTD, com referência aos números relativos à rede SUS existente e a rede da Capital, são observados dois grupos com uma variação de 6% a 16%. Curitiba e Porto Alegre são as capitais com menor concentração relativa de unidades entre os estados da CTD, e Goiânia é a capital com maior concentração deste grupo.

Quanto à rede privada, de acordo com os dados do Quadro 8, os estados de Goiás, Paraná e Rio Grande do Sul têm a maior participação relativa do setor privado no SUS. Enquanto a Bahia e Goiás têm cerca de um terço da rede privada prestadora nas capitais. Nos demais estados (Paraná, Rondônia e Rio Grande do Sul) a rede privada está mais presente no interior do estado.

Quadro 6
Estabelecimentos de saúde existentes no Estado e na respectiva Capital, 1999

Estado	Estabelecimentos de saúde						
	Público				Privado		
	Fed.	Est.	Mun.	Total	SUS	Total	Total SUS
BA	34	115	2.045	2.194	511	1.580	2.705
Salvador	5	27	86	118	148	825	266
GO	24	18	817	859	400	858	1.259
Goiânia	2	15	60	77	123	383	200
PR	12	41	2.254	2.307	712	1.754	3.019
Curitiba	3	9	88	100	95	462	195
RO	22	3	800	825	26	107	851
Porto Velho	1	3	68	72	3	33	75
RS	33	44	2.009	2.086	520	1.351	2.606
Porto Alegre	16	12	91	119	47	319	166

Fonte: Elaborado com base em informações pesquisadas no IBGE, http://www1.ibge.gov.br, em novembro de 2002.

O Quadro 9 mostra a variação do perfil da rede de serviços de 1998 para 2001. De modo geral nos estados da CTD foi mantida a tendência de predomínio de unidades municipais, sendo mais alta em Rondônia (88%) e mais baixa em Goiás (58%). O estado da Bahia continuou sendo aquele com mais unidades estaduais e Rondônia com mais unidades federais. O setor privado vinculado ao SUS está mais presente em Goiás, representando 37% das unidades existentes e mais quente em Rondônia, representando 8%.

Do ano de 1998 a 2001 ocorreu mudança significativa no perfil da natureza da rede em todos os estados da CTD, evidenciando mudanças na estrutura do sistema. No estado de Goiás a rede municipal teve um incremento de quase 100%, ocorrendo diminuição relevante de unidades federais e privadas. Em Rondônia parece ter ocorrido o movimento inverso de aumento significativo da participação da rede privada (83%), em detrimento da municipal e federal. Na Bahia apenas as unidades municipais variaram positivamente e as demais foram reduzidas. No Paraná e no Rio Grande do Sul, ocorreram as únicas situações de aumento da rede federal, sendo que no Rio Grande do Sul este aumento foi de mais de 200%.

Quadro 7
Participação no SUS e variação de Unidades por Natureza, 1998 a 2001

Estado	Participação 2001					Variação da participação 1998/2001				
	Mun	Est	Fed	Priv	Outros	Mun	Est	Fed	Priv	Outros
BA	72,89	2,98	0,26	20,37	3,50	19,17	-62,39	-79,05	-18,69	-24,12
GO	57,77	1,13	0,44	37,13	3,53	98,71	-4,77	-50,81	-43,26	3,56
PR	61,38	1,15	0,32	32,54	4,61	11,32	15,12	32,19	-15,10	-12,92
RO	87,95	1,25	0,62	8,41	1,77	-5,26	29,46	-2,91	82,90	83,40
RS	59,14	1,38	0,17	31,40	7,91	19,14	-8,60	208,68	-20,94	-12,87

Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no Datasus, http://www.datasus.gov.br, em novembro de 2002.

A implantação do saúde da família tem sido, por sua vez, a mais significativa transformação do modelo de atenção no SUS. A Tabela 3 e o Gráfico 3 demonstram a evolução do número de equipes e agentes e a respectiva população coberta no período de 1998 a 2001. Os dados indicam que em todos os estados da CTD ocorreu aumento da cobertura em ambos os programas estratégicos.

Assim, as coberturas dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) variam entre os estados da CTD. Enquanto no PSF os que alcançam maiores coberturas populacionais são Goiás e Paraná, no Pacs as maiores coberturas são dos estados de Bahia e Rondônia. Tais números denotam a opção política por tais modelos, reforçada, conforme visto no Quadro 7, pelo montante de *per capita* para os programas de atenção comunitária.

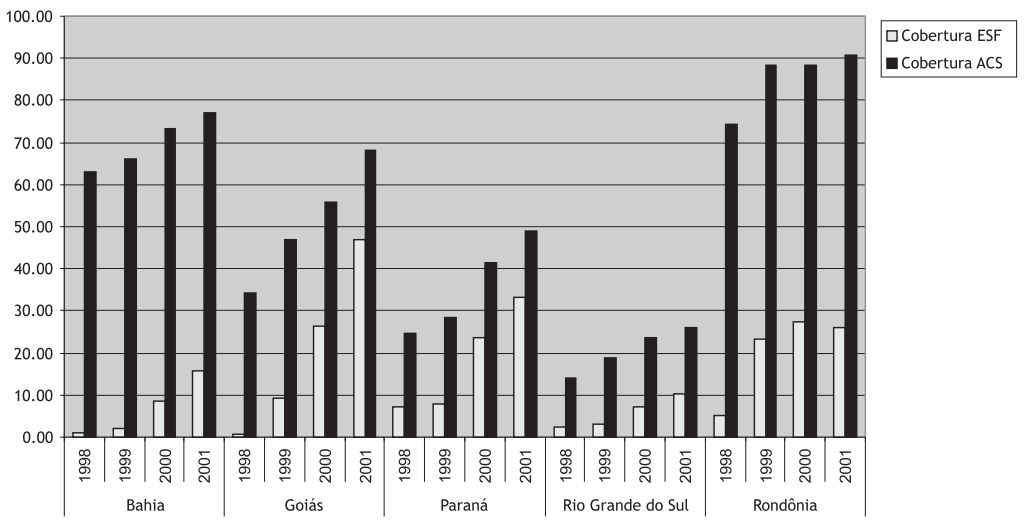
Quadro 8
Evolução do número de equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde e população coberta, 1998 a 2001

Estado	Ano	População	Nº de ESF	População acompanhada ESF	Cober-tura ESF	Nº de ACS	População acompanhada ACS	Cobertura ACS
BA	1998	11.286.790	38	131.000	1,16	12.377	7.116.775	63,05
	1999	12.709.744	82	282.900	2,23	14.600	8.395.000	66,05
	2000	12.993.011	318	1.097.100	8,44	16.582	9.534.650	73,38
	2001	13.214.114	601	2.073.450	15,69	17.730	10.194.750	77,15
GO	1998	4.606.001	10	34.500	0,75	2.748	1.580.100	34,31
	1999	4.639.785	126	434.700	9,37	3.791	2.179.825	46,98
	2000	4.848.725	371	1.279.950	26,40	4.720	2.714.000	55,97
	2001	5.116.462	698	2.08,100	47,07	6.056	3.482.200	68,06
PR	1998	9.058.045	185	638.250	7,05	3.874	2.227.550	24,59
	1999	9.142.215	209	721.050	7,89	4.501	2.588.075	28,31
	2000	9.375.592	644	2.221.800	23,70	6.769	3.892.175	41,51
	2001	9.694.709	931	3.211.950	33,13	8.279	4.760.425	49,10
RO	1998	1.255.522	19	65.550	5,22	1.621	932.075	74,24
	1999	1.255.522	85	293.250	23,36	1.930	1.109.750	88,39
	2000	1.296.856	103	355.350	27,40	1.991	1.144.825	88,28
	2001	1.407.886	106	365.700	25,98	2.225	1.279.375	90,87
RS	1998	9.169.645	66	227.700	2,48	2.217	1.274.775	13,90
	1999	9.762.110	84	289.800	2,97	3.184	1.830.800	18,75
	2000	9.971.910	206	710.700	7,13	4.121	2.369.575	23,76
	2001	10.309.819	305	1.052.250	10,21	4.640	2.668.000	25,88

Fonte: Elaboração com base nas informações da Secretaria de Políticas de Saúde/MS pesquisadas em novembro de 2002.

Gráfico 3

Cobertura Pacs e PSF 1998 a 2001



Fonte: Elaboração com base nas informações da Secretaria de Políticas de Saúde/MS pesquisadas em novembro de 2002.

A Tabela 4 exibe a variação do número de unidades ambulatoriais nos estados da CTD, no período de 1998 a 2001. Apenas no estado de Goiás ocorreu redução no número de unidades no período. A mudança no estado de Goiás associa-se ao recadastramento de unidades ocorrido nos anos de 1999/2000. O estado de Rondônia teve a menor variação no período, o que está relacionado às dificuldades na gestão estadual. Na Bahia ocorreu a maior variação positiva devido à ampliação de serviços de atenção primária.

Quadro 9
Unidades Ambulatoriais por ano, dezembro de 1998 a dezembro de 2001

Estado	1998	1999	2000	2001	Variação 1998/2001
BA	3.381	3.672	3.852	4.227	25,02
GO	2.786	2.788	1.831	2.039	-26,81
PR	4.516	4.803	4.870	4.969	10,03
RO	935	945	964	963	2,99
RS	3.646	3.882	3.980	4.134	13,38

Fonte: Elaborado com base em pesquisa no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), http://www.datasus.gov.br, em novembro de 2002.

A Tabela 5 mostra o perfil de leitos hospitalares do SUS nos estados da CTD no ano de 2001. Nos estados da Bahia, Goiás e Paraná a maior concentração de leitos hospitalares é contratada do setor privado. Em Rondônia a maior concentração de leitos do SUS é de natureza municipal e no Rio Grande do Sul de natureza filantrópica. Os estados da Bahia e de Rondônia têm os maiores percentuais de leitos de natureza estadual entre os estados da CTD. Não existem em Rondônia leitos universitários, sendo que no Rio Grande do Sul a presença deste tipo de leito é a maior entre os estados da CTD.

Tabela 5
Leitos hospitalares vinculados ao SUS, por natureza, em 2001

Natureza	BA		GO		PR		RO		RS	
	Leitos	%	Leitos	%	Leitos	%	Leitos	%	Leitos	%
Contratado	8.930	29,97	13.771	62,22	17.142	56,60	856	24,99	5.139	16,30
Federal	0	0	0	0	0	0	102	2,98	57	0,18
Estadual	3.803	12,76	1.147	5,18	912	3,01	600	17,51	626	1,99
Municipal	6.044	20,28	3.787	17,11	2.910	9,61	1.718	50,15	1.704	5,41
Filantrópico	7.453	25,01	3.134	14,16	7.217	23,83	150	4,38	17.307	54,90
Universitário	3.448	11,57	292	1,32	2.103	6,94	0	0.00	6.693	21,23
Sindicato	78	0,26	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	29.756	100	22.131	100	30.284	100	3.426	100	31.526	100

Fonte: Elaborado com base em pesquisa realizada no Datasus, http://www.datasus.gov.br, em novembro de 2002.

O Quadro 10 exibe a variação do número de leitos hospitalares do SUS nos estados da CTD no período de 1998 a 2001. De modo geral, na Bahia e em Rondônia ocorreram as maiores variações do número de leitos existentes e no Paraná a menor variação. Apenas em Goiás, dentre os estados da CTD, ocorreu variação negativa do total de leitos no período.

Os estados de Goiás e Paraná — com maiores concentrações de leitos hospitalares contratados — apresentam variação negativa no período, enquanto a Bahia mantém variação positiva. Em Rondônia ocorreu no período a maior variação de leitos do SUS de natureza contratada entre os estados da CTD. Há forte redução de leitos hospitalares federais na Bahia e no Rio Grande do Sul, estados onde ocorreu a maior variação positiva de leitos municipais no período.

Nos estados da CTD a tendência é de decréscimo no número de leitos de natureza filantrópica e de aumento de leitos de natureza estadual. Os maiores aumentos de leitos hospitalares universitários ocorrem na Bahia e no Rio Grande do Sul, mantendo a tendência anterior do perfil de rede.

Quadro 10
Variação do número de leitos na Rede Hospitalar vinculada ao SUS, por natureza, entre 1998 e 2001

Natureza	BA	GO	PR	RO	RS
Contratado	1,12	-4,00	-3,53	15,68	3,07
Federal	-100,00	0	0	0	-74,09
Estadual	12,18	5,71	8,83	3,27	0
Municipal	31,39	7,19	14,52	1,48	55,90
Filantrópico	-2,37	-4,63	2,50	0	-2,69
Universitário	6,95	0	0,62	0	5,24
Sindicato	0	0	0	0	0
Total	6,60	-1,82	0,02	4.90	1.46

Fonte: Elaborado com base em pesquisa realizada no Datasus, http://www.datasus.gov.br, em novembro de 2002.

O Quadro 11 mostra o número de leitos por mil habitantes e natureza em 2001 nos estados da CTD. Observa-se que Paraná e Rio Grande do Sul têm leitos ao redor do recomendado pela OMS (3 leitos por mil habitantes), enquanto a Bahia e Rondônia têm leitos abaixo do recomendado pela OMS. Apenas Goiás tinha taxa de leitos acima, fator que justifica a redução do número de leitos neste estado, observada no Quadro 10.

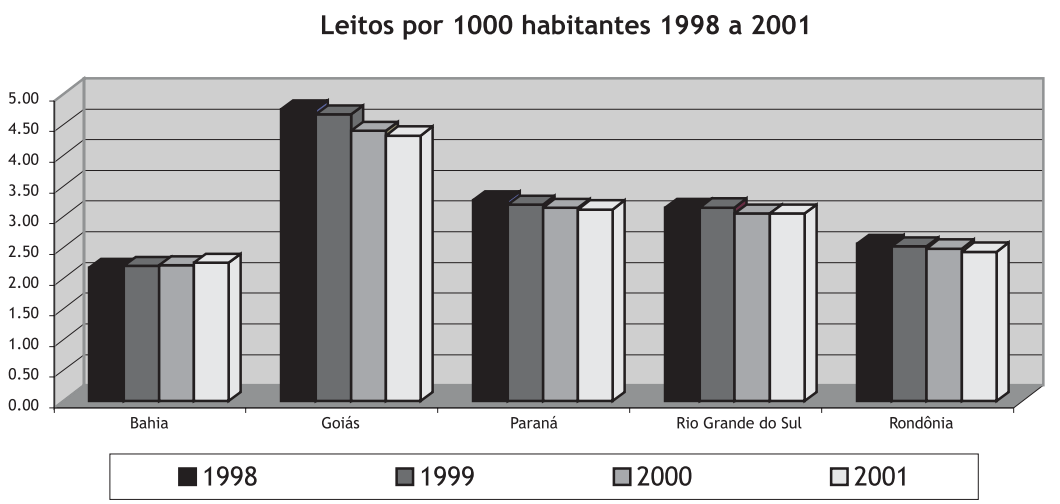
Quadro 11
Número de leitos, por natureza, por 1000/ha, em 2001

Natureza	BA	GO	PR	RO	RS
Contratado	0,68	2,69	1,77	0,61	0,50
Federal	0	0	0	0,07	0,01
Estadual	0,29	0,22	0,09	0,43	0,06
Municipal	0,46	0,74	0,30	1,22	0,17
Filantrópico	0,56	0,61	0,74	0,11	1,68
Universitário	0,26	0,06	0,22	0	0,65
Sindicato	0,01	0	0	0	0
Total	2,25	4,33	3,12	2,43	3,06

Fonte: Elaborado com base em pesquisa realizada no Datasus, http://www.datasus.gov.br, em novembro de 2002.

O Gráfico 4 ilustra a evolução do número total de leitos por mil habitantes nos estados da CTD entre 1998 a 2001, onde todos os estados exibem redução, exceto a Bahia, sendo de Goiás a mais significativa, o que reflete a redução na oferta do setor privado que ocorreu em 1999, na quase totalidade dos estados. Na Bahia ocorreu ampliação no número de leitos municipais devido à habilitação em Plena do Sistema e ainda de leitos estaduais, relacionada a algumas iniciativas estaduais de ampliação de oferta de serviços.

Gráfico 4

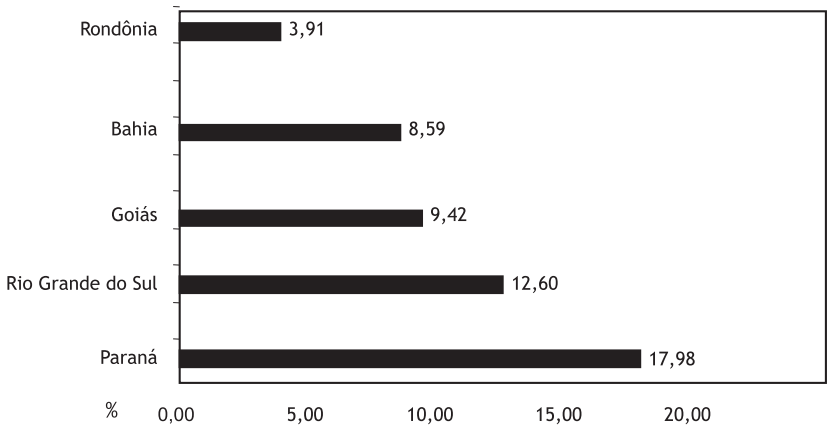


Fonte: Elaborado com base em pesquisa realizada no Datasus, http://www.datasus.gov.br, em novembro de 2002.

8.4 COBERTURA DE PLANOS E SEGUROS SAÚDE NOS ESTADOS

O Gráfico 1 ilustra a presença de planos e seguros de saúde nos estados da CTD em 2002, onde se observa maior presença nos estados da Região Sul.

Gráfico 5
Cobertura de beneficiários de planos ou seguros desaúde por Estado, 2002



Fonte: Elaborado com base em ANS/MS referente ao Cadastro de Beneficiários de outubro/2002 e Cadastro de Operadoras de novembro/2002 em http://wwww.ans.gov.br.
Nota: Taxa de cobertura é o percentual calculado a partir do número de beneficiários nos estados, relativo ao total das populações.

8.5 PRESENÇA DE PROFISSIONAIS MÉDICOS E ENFERMEIROS NOS ESTADOS

A Tabela 6 mostra o número de médicos ativos nos estados da CTD. Os estados da Bahia e de Goiás têm a maior parte (cerca de 60%) dos médicos registrados no Conselho Regional de Medicina atuantes na capital, enquanto nos demais estados esse percentual está em torno de 40%. A média Brasil é de 50% dos médicos nas capitais.

Tabela 6
Número de médicos ativos, por Estado e respectiva Capital, Brasil, 2002

	Número de médicos		
	Capital	Interior	Total
BA	7.620	3.418	11.876
GO	3.938	2.142	6.611
PR	5.934	6.005	13.484
RO	394	473	990
RS	7.396	7.467	18.492
Brasil	141.806	104.565	278.323

Fonte: Elaborado com base em pesquisa no Conselho Federal de Medicina (CFM), http://www.portalmedico.org.br/estatisticas/, em novembro de 2002.
Nota: não foram registrados nesta tabela os números de CFM desatualizados e transferidos para outras unidades de federação.

A Tabela 7 mostra o número de enfermeiros existentes na capital, no interior e o total nos estados da CTD em 2002. Em média no Brasil, 30% dos enfermeiros encontram-se nas capitais dos estados, situação distinta nos estados da CTD. Enquanto na Bahia menos de 13% dos enfermeiros estão na capital, em Rondônia este número é de 66%. No Paraná e no Rio Grande do Sul há presença mais forte de enfermeiros no interior (mais de 80%) que na capital.

Tabela 7
Número de enfermeiros, por unidade da federação, Brasil, 2002

	Número de enfermeiros		
	Capital	Interior	Total
BA	259	1.776	2.035
GO	343	592	935
PR	447	1.862	2.309
RO	36	18	54
RS	586	2.814	3.400
Brasil	10.457	23.990	34.447

Fonte: Elaborado com base em pesquisa no Datasus, http://cnes.datasus.gov.br, em novembro de 2002.
Nota: não foram considerados os técnicos, auxiliares, atendentes e parteiras.

Nos estados da CTD, os dados relativos à disponibilidade de profissionais médicos e enfermeiros ativos em 2002 com referência à população de 2000, mostrado na Tabela 8 exibem relação direta com a rede de serviços, sendo que as diferenças entre os estados refletem, em certa medida, a situação sócio-econômica e o legado das políticas de atenção à saúde.

No Brasil é tendência a concentração de médicos nas Regiões Sul e Sudeste, enquanto a distribuição de enfermeiros é uniforme no território. No caso dos estados da CTD, considerando os parâmetros usuais de 8 médicos e de 4,5 enfermeiros por 10 mil habitantes, apenas o estado de Rondônia encontra-se abaixo no referente aos profissionais médicos. Quanto aos profissionais enfermeiros há carência em todos os estados da CTD e no Brasil, sendo a mais grave em Rondônia, seguida de Bahia e Goiás.

Tabela 8
Número de médicos e enfermeiros por habitante, 2000

Estado	Médicos/10.000 hab	Enfermeiros/10.000 hab
BA	9,09	1,56
GO	13,21	1,87
PR	14,10	2,41
RO	7,18	0,39
RS	18,15	3,34
Brasil	**16,39**	**2,03**

Fonte: Elaborado com base nas informações pesquisadas no IBGE, http://www.ibge.gov.br/, e pesquisa no Datasus, http://cnes.datasus.gov.br, em novembro de 2002.

8.6 PERFIL DOS ESTADOS NO OBSERVATÓRIO DA SAÚDE EM 2002

Em seguida, com base nas informações recolhidas nos Perfis de Saúde dos Estados da CTD (www.opas.org.br/servico/observatorio) foram destacadas características do contexto, aspectos demográficos e políticos dos estados, de modo a complementar a informação acima com base nesta referência.

8.6.1.Bahia

O estado da Bahia situa-se na Região Nordeste do País, com extensão territorial de 567.295 Km², ocupando 6,64% do território nacional e 36,33% da Região Nordeste. A população total é de 13.070.250 milhões de habitantes, ou seja, 7,70% dos brasileiros residentes (IBGE, 2000).

O estado está dividido em 417 municípios, dos quais 61,68 % têm menos de 20.000 habitantes. O processo de urbanização da Bahia é marcado, de um lado, pela concentração de parcela expressiva da população na Capital — única cidade do estado a ultrapassar a marca dos 500 mil habitantes. E de outro lado, pela dispersão da população em centenas de centros urbanos de pequeno porte. Em décadas recentes, o crescimento expressivo de centros de médio porte vem contribuindo para fortalecer a rede urbana da Bahia.

Quanto à representação política do estado, no nível federal conta com 3 Senadores e 39 Deputados Federais[15]. O bloco majoritário governista lidera em 84% dos municípios, totalizando 350 cidades.

[15] No Estado estão registrados 20 partidos políticos, que formam 2 blocos parlamentares. A maioria governista agrega os seguintes partidos: Partido da Frente Liberal (PFL), Partido Liberal (PL), Partido Trabalhista Brasileiro (PTB), Partido Progressista Brasileiro (PPB) e Partido Social Trabalhista (PST). E a minoria, o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), Partido Democrático Trabalhista (PDT), Partido Socialista Brasileiro (PSB), Partido Comunista do Brasil (PC do B), Partido dos Trabalhadores (PT), Partido Verde (PV), Partido do Moviento Democrático Brasileiro (PMDB) e Partido Social Cristão (PSC).

A coalizão governista tem contribuído para a hegemonia em relação aos projetos governamentais, incluindo aqueles de melhoria de condições de vida e redução da pobreza.

8.6.2.Goiás

O estado de Goiás está localizado no Planalto Central do Brasil, na Região Centro-Oeste, ocupando área de 341.289,5 km^2, o que representa 3,99% do território brasileiro. Faz divisa, ao Norte, com o estado do Tocantins, a Oeste com os estados de Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e a Leste com os estados da Bahia e Minas Gerais. Tem clima tropical, com temperaturas médias anuais variando entre 18° e 30°C e umidade relativa do ar com média anual em torno de 43%.

A capital do estado, Goiânia, fica localizada a aproximadamente 200 km de Brasília, a capital federal. Está 800 metros acima do nível do mar, com extensão de 801,02 km^2. É uma cidade planejada e uma das mais novas capitais brasileiras, tendo sido inaugurada em 24 de outubro de 1933. Segundo estimativas do IBGE, atualmente conta com uma população de 1.129.274 habitantes, sendo 538.347 homens e 590.927 mulheres, e uma taxa geométrica de crescimento anual de 1,9% no período de 1991/2000. Goiânia apresentou, na última década, um dos maiores índices de crescimento populacional do país e é, predominantemente, urbano.

A população de Goiás constitui-se essencialmente de jovens, sendo que 59% dos residentes possui menos de 30 anos de idade. Apresenta crescimento populacional de 2,5% ao ano. A relação de masculinidade é de 96,64 para a população urbana e 120,6 para a população rural.

Em 2000, conforme os dados notificados pelos Sistemas de Informação de Mortalidade (SIM) e pelo Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de menores de 1 ano, calculada para o estado foi de 15,7 óbitos por mil nascidos vivos. Esta taxa variou no estado: na macrorregião nordeste foi de 11,2 e na macrorregião de Pirineus foi de 20,5 óbitos por mil nascidos vivos.

A Taxa de Mortalidade Materna no estado, segundo dados divulgados pela RIPSA, foi de 69,1 por 100.000 nascidos vivos em 1999, das quais 81% foram por causas diretas (eclampsia, infecções e hemorragias). Garantir o acesso e a qualidade do pré-natal, parto e planejamento familiar é uma prerrogativa para a modificação deste indicador tão negativo no estado. Em números absolutos, no ano de 2000, foram registrados 94.030 nascimentos e 65 mulheres morreram por causas relacionadas ao parto e pós-parto, sendo que pelo menos 48 delas morreram por causas que poderiam ter sido evitadas.

Uma das características da rede hospitalar do estado de Goiás é o grande número de leitos, comparado com a média de leitos existentes no Brasil e na Região Centro-Oeste. O estado possui 1,5 leitos a mais, em relação ao número de leitos por 1.000 habitantes existentes no Brasil.

8.6.3.Paraná

O Paraná possui 399 municípios, sendo que 79,7% têm menos de 20 mil habitantes, nos quais residem 27,9% do total da população estadual. No estado, aproximadamente 39% da população ainda residem na zona rural.

Dos 399 municípios, 13 (3%) encontram-se em Gestão Plena do Sistema Municipal e os outros 386 (97%) em Gestão Plena da Atenção Básica, de acordo com a NOB/SUS-01/96. O estado está habilitado em Gestão Plena do Sistema Estadual de Saúde desde dezembro de 1999, e foi qualificado na NOAS/2002 em maio de 2002.

O Produto Interno Bruto (PIB) da economia paranaense alcançou cerca de R$70 bilhões em 2000, propiciando um PIB *per capita* de R$7.400,00. Nos anos 1990, a economia do estado cresceu mais do que a brasileira: a participação do estado no PIB nacional aumentou de 6,3% para 6,5%. No mesmo período, a diferença entre o PIB *per capita* estadual e o nacional aumentou de 9% para 14%.

A quase totalidade da rede hospitalar existente no Paraná está vinculada ao SUS (96,0%). De 1998 a 2002, o número de hospitais vinculados permaneceu praticamente estável, em torno de 520 hospitais. A participação dos hospitais públicos aumentou de 112 (21,3%) para 123 (23,7%), a dos hospitais privados diminuiu de 408 (77,4%) para 388 (74,8%) e a dos hospitais universitários permaneceu praticamente a mesma, variando de de 7 (1,3%) para 8 (1,5%).

No período entre 1997 e 2000, houve um incremento no número de profissionais de saúde por 1.000 habitantes: enfermeiros passaram de 0,37 para 0,43 por 1000 habitantes; médicos, de 1,15 para 1,83 por 1.000 habitantes; nutricionistas, de 0,09 para 0,11 por 1.000 habitantes; odontólogos, de 0,71 para 0,90 por 1.000 habitantes; e técnicos e auxiliares de enfermagem de 1,58 para 2,49 por 1.000 habitantes.

Os coeficientes de mortalidade apresentam, em geral, uma tendência de queda. O Coeficiente de Mortalidade Geral, que em 1979 era de 6,1 por 1.000 habitantes, passou em 2001 para 5,6 por 1.000 habitantes. O Coeficiente de Mortalidade Infantil que no mesmo ano foi de 56,3 por 1.000 nascidos vivos, vem diminuindo significativamente, chegando em 2001 a 17,4/1.000 nascidos vivos. O Coeficiente de Mortalidade Materna, em 1979,

foi de 98,8 por 100.000 nascidos vivos. Nesse ano, porém, existia ainda grande subnotificação, pois os dados eram baseados somente nas informações obtidas nas declarações de óbitos.

A partir de 1990, com a estruturação do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, os óbitos de mulheres em idade fértil vêm sendo investigados, corrigindo a subnotificação em 39,7%. Como resultado da investigação, em 1990 o Coeficiente de Mortalidade Materna chegou a 104,6 por 100.000 nascidos vivos. Desde então, houve melhora significativa do indicador que chegou a 65,3 por 100.000 nascidos vivos em 2001.

A importância do SUS é avaliada quando se observa que mais de 78,4% das pessoas no estado não possuem cobertura de planos de saúde privados. Nas classes de rendimento familiar mensal inferior a 5 salários mínimos, o percentual de pessoas sem plano varia de 85,7% a 96,5%. Por outro lado, entre as famílias com rendimento superior a 20 salários mínimos, apenas 34,4% não têm plano privado.

Doze municípios são considerados pólos estaduais de referência por oferecerem serviços ambulatoriais e hospitalares de média e alta complexidade e atenderem à população além da sua microrregião: Curitiba, Campina Grande do Sul, Ponta Grossa, Guarapuava, Pato Branco, Francisco Beltrão, Cascavel, Umuarama, Maringá, Apucarana, Arapongas e Londrina.

No Paraná, o controle social na gestão do SUS vem avançando. Os Conselhos Municipais de Saúde estão organizados em todos os municípios do estado. As Conferências Estaduais e Municipais vêm sendo realizadas com regularidade no estado. Desde 1995, as Conferências Estaduais são realizadas de 2 em 2 anos, com um expressivo número de participantes. Da mesma forma acontecem as Conferências Municipais.

O estado do Paraná se encontra no grupo que terá que fazer ajustes nos recursos próprios gastos em saúde, de forma a alcançar os percentuais previstos pela Emenda 29 (12%) em 2004. No geral, os municípios paranaenses terão que fazer ajustes bem menores, dado que em 1998 já estavam gastando com saúde em média 13% das receitas próprias.

8.6.4.Rondônia

O estado de Rondônia possui 237.565 Km^2 de superfície e 52 municípios. Residem em Rondônia 1.407.886 brasileiros, sendo mais expressivas as faixas de menores de 1 ano (11%) e de maiores de 60 anos (6%). A população urbana é de 64% e a densidade demográfica é de 5,8 hab/Km^2.

Na capital Porto Velho residem 24% da população total do estado, que juntamente com os 10 municípios mais populosos, acumula 62% da população total. As populações residem em geral nas cidades existentes ao longo do principal eixo rodoviário do estado. Neste estão localizados a capital e outros 7 municípios, os quais totalizam 55% da população residente.

O estado é essencialmente agrícola e é formado de pequenos municípios que possuem populações diminutas, por conseguinte, com arrecadação proporcional pequena. Isso se reflete efetivamente na participação do estado e dos municípios como financiadores do SUS, mesmo atendendo as determinações da Emenda 29 à Constituição Federal.

Considerando as características regionais de dificuldades de acesso e distâncias muito grandes, foram construídas unidades de saúde em todos os 52 municípios, e todos realizam internações hospitalares. A manutenção dessas unidades ultrapassa em muito a capacidade dos tetos financeiros. A elevada utilização de AIHs, mesmo em pequenos municípios de baixa resolução, ocasiona a falta de AIHs para cobertura à maioria dos municípios, que apresentam maior resolutividade. Apesar dessa estrutura, a oferta de serviços é prejudicada principalmente por carência de recursos humanos específicos para o setor saúde. A capital concentra hoje o maior contingente de serviços e recursos humanos, inclusive na média complexidade.

O PDR de Rondônia encontra-se em fase de aprovação na CIB. O Plano redefine os papéis dos municípios e serviços, redirecionando os recursos financeiros mediante a PPI.

8.6.5.Rio Grande do Sul

Situado na Região Sul do Brasil, o estado do Rio Grande do Sul possui área territorial de 282.674 Km². Possui 497 municípios, em geral pequenos: 45,67% possuem menos de 5 mil habitantes e 68% possuem menos de 10 mil habitantes. Trinta novos municípios foram implantados em janeiro de 2001.

A maior parte dos 10.309.000 habitantes, 81,6% (a média do país é 81,2%), estará, em 2001, concentrada nas áreas urbanas; 27% da população reside nos municípios-pólo, configurando macrorregiões de saúde. A título de comparação, em 1970 o estado possuía 6,7 milhões de habitantes, dos quais 53,3% em áreas urbanas. A taxa de crescimento entre 1991 e 2000 foi de 1,22% (a do país foi de 1,63%) e a taxa de fecundidade em 1999 foi de 2,1% (a do país foi de 2,9%).

O território gaúcho tem grande diversidade política, econômica, social, demográfica e epidemiológica. As principais atividades econômicas são: setores de serviços, indústria,

agricultura, construção civil. A taxa de crescimento da economia gaúcha é de 10,7% (a do país e de 0,8%).

A participação do estado no PIB brasileiro em 1985 era de 7,9%, alcançando 8,3% em 1995 e 8,7% em 2000. A participação no PIB regional é de 46% (entre 1985 e 1995). O Rio Grande do Sul é o estado brasileiro com o mais elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no relatório de 1998. O IDH considera indicadores de escolaridade, renda *per capita* e esperança de vida, e no caso do Rio Grande do Sul é de 0,869 (o do Brasil é de 0,809).

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria de Estado da Saúde. **Perfil do sistema de saúde**. Disponível em: <http://www.opas.gov.br/observatorio/Mapa18.pdf>. Acesso em: nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. **Cadastro de beneficiários de outubro/2002 e cadastro de operadoras de novembro/2002**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em: nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica/93**. Brasília, DF, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica/96**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica/2002**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política da Saúde. Disponível em:<http://www.saude.gov.br>. Acesso em: nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Sistema de Informações Ambulatoriais. **Balanços dos governos estaduais**. Disponível em:<http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: nov. 2002.

CHAGAS, L. D. **Relatório da oficina de trabalho sobre modernização das Secretarias Estaduais de Saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2002.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Portal médico**. Disponível em:<http://www.portalmedico.org.br/estatisticas>. Acesso em: nov. 2002.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. **Perfil do sistema de saúde do estado de Goiás**: Brasil: 1998/2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Mapa/estado.cfm?hOBSNUMCOD=13&hITENumCod=93&estado=Goias>. Acesso em: nov. 2002.

GUIMARÃES, L. **Arquitetura da Cooperação Intergovernamental**: os consórcios em saúde em Mato Grosso. Dissertação (mestrado). Rio de Janeiro: ENSP, Ed. FIOCRUZ, Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad**: elementos fundamentales para la formación de un marco normativo. Washington, DC: OPS/OMS, 2001. Disponível em: <http://www.paho.org>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: nov. 2002.

NEGRI, B. ; VIANNA AId'A. (Org.). **O Sistema Único em Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime, Celog, 2002.

NOVION, M. A I. **Descentralización de la cooperación técnica da OPS/MS**: estudio de caso Brasil. Disponible em: <http://www.paho.org>. Acesso em: nov. 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Funções essenciais de saúde pública**. Disponível em: <http://opas.gov.br/servico/paginas/sala/exibe_titulos.cfm?codsubtema=69>. Acesso em: nov. 2002.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Observatório da Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/observatorio/>. Acesso em: nov. 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **Perfil do sistema de saúde do Rio Grande do Sul**. Disponível em: http://www.opas.gov.br/observatorio/Mapa/estado.cfm?hOBSNUMCOD=13&hITENumCod=105&uf-RS&estado=Rio%20Grande%20do%Sul. Acesso em: nov. 2002.

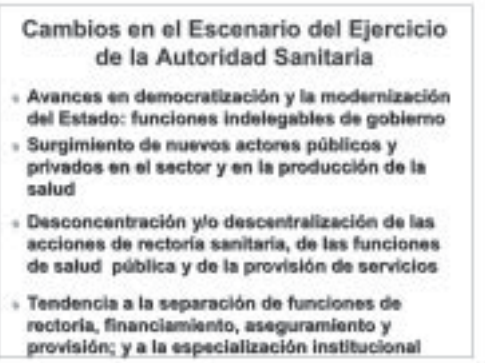
RONDÔNIA. Secretaria de Estado da Saúde. **Perfil do sistema de saúde**: 1998/2000. Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Mapa22.pdf>. Acesso em: nov. 2002.

ANEXO

Anexo – Desarrollo de la capacidad de la Autoridad Sanitária para el ejercicio descentralizado de la Rectoría de la Salud –apresentação de José Maria Marin

Slide 1

Slide 2



Slide 3

Slide 4

Slide 5

Propósitos del Ejercicio de la Rectoría Sectorial

- Velar por la salud de la población
- Consolidar el funcionamiento integrado al interior del sector
- Abogar por la salud y negociar con otros sectores en pro de la salud
- Reducir las inequidades en salud

LA RECTORÍA DE LOS MINITERIOS DE SALUD EN LOS PROCESOS DE REFORMA SECTORIAL
OPS/CD40/13, 1997

Slide 6

Slide 7

Funciones Fundamentales de la Autoridad Sanitaria para el Ejercicio de la Rectoría Sectorial

- Conducción sectorial
- Regulación sanitaria
- Desarrollo de las funciones esenciales de salud pública propias de la autoridad sanitaria
- Ordenamiento del financiamiento sectorial
- Garantía del aseguramiento
- Armonización de la provisión de servicios

Slide 8

Slide 9

Conducción Sectorial

Capacidad de los entes rectores del sector de formular, organizar y dirigir la ejecución de la política nacional de salud mediante:

- Definición de objetivos nacionales y subnacionales de salud
- Elaboración y puesta en marcha de planes estratégicos de protección social en salud
- Establecimiento de mecanismos participativos y producción de consensos
- Movilización de los recursos necesarios

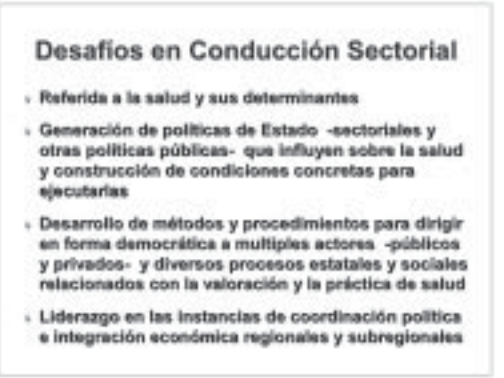
Slide 10

Acciones de Conducción Sectorial

- Análisis de situación de salud y sus determinantes
- Desarrollo de métodos y procedimientos para priorización de problemas, poblaciones e intervenciones
- Análisis, formulación y evaluación de políticas sectoriales y otras políticas públicas que influyan sobre la salud
- Articulación de recursos y actores públicos y privados que puedan contribuir a la consecución de los objetivos nacionales de salud

Slide 11

Slide 12



Slide 13

Slide 14

Slide 15

Slide 16

Slide 17

Slide 18

Slide 19

Slide 20

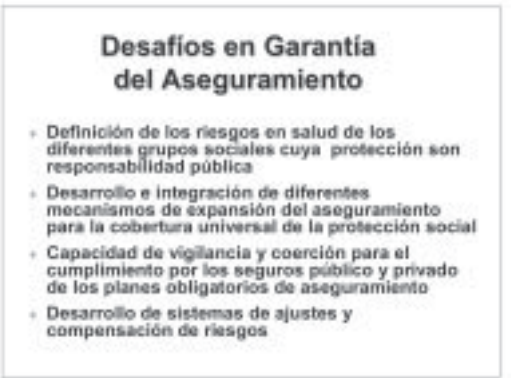
Slide 21

Slide 22

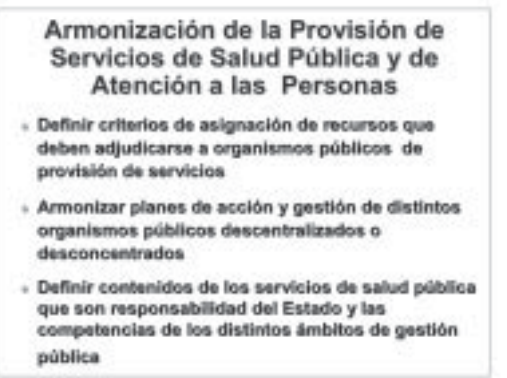
Slide 23

Slide 24

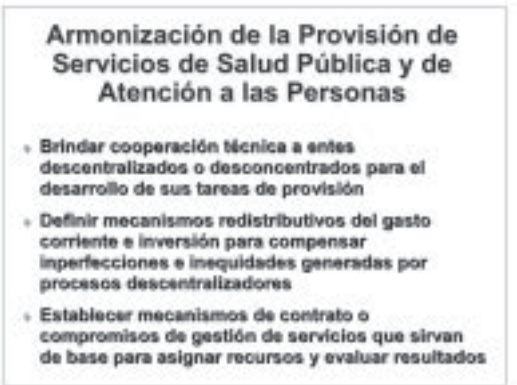
Slide 25



Slide 26



Slide 27



Slide 28

Slide 29

Slide 30

Informações e instruções aos autores para apresentação de manuscritos a serem publicados na Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas

Objetivo da Serie Técnica:

Trata-se de uma publicação científica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas, que tem por objetivo a divulgação de trabalhos de interesse para a saúde, vinculados essencialmente ao processo de cooperação da Organização no Brasil.

Critérios para publicação:

A seleção dos trabalhos a serem publicados está baseada nos seguintes critérios gerais: trabalhos originais inéditos, relevância do tema; qualidade formal do texto e solidez científica; conclusividade; atualidade da contribuição; contribuições teóricas e de aplicabilidade na prática e vinculação com atividades de cooperação da Opas na área de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Excepcionalmente serão analisados trabalhos alheios à cooperação, sempre que tenham relação com áreas temáticas do Projeto.

No caso de publicações com autoria externa, as opiniões dos autores são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem necessariamente critérios nem políticas da Opas.

Tipologia de publicações:

A Série publicará, entre outros, textos integrais, como artigos, ensaios, pesquisas, relatórios; textos preparados através de meta-análise; e destaques em seções curtas, demandados pelo Projeto.

Conselho Consultivo Editorial:

O Conselho Consultivo, convidado pela Opas, avalia se os trabalhos cumprem com os critérios estabelecidos para publicação e emite seu parecer ao Projeto, que decide se será publicado. Em alguns casos o Projeto, por recomendação do Conselho, poderá solicitar o parecer de expertos externos para decisão.

Os manuscritos aceitos passam por um processo editorial que, de acordo com o formato da publicação, pode requerer, se necessário, sua condensação, e/ou supressão de quadros ou anexos. A versão editada será remetida ao autor para aprovação, no caso de autores externos à Organização.

Direitos de reprodução:

No caso de manuscritos de autores externos, estes devem ser acompanhados de uma declaração assinada pelo autor indicando que, se o trabalho for publicado, os direitos de reprodução são propriedade exclusiva da Opas.

Apresentação:

O texto deve ser apresentado em folhas tamanho A4 (212 x297mm), em fonte tamanho 12, e escritas a espaço duplo. Os gráficos, tabelas e/ou figuras deverão ser mantidos ao mínimo e enviados em impressão separada de alta qualidade, em preto e branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. A totalidade do trabalho deve acompanhar-se de cópia em disquete.

Todos os artigos deverão ter um RESUMO com um máximo de 14 linhas, incluindo um máximo de cinco palavras-chave. O resumo deve indicar o objetivo do trabalho, a metodologia básica utilizada e os resultados e conclusões principais.

Referências Bibliográficas

São essenciais para identificação das fontes originais de conceitos, métodos e técnicas referidas no texto. Artigos de pesquisa devem conter um mínimo de 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas.

A lista de referências deverá ser apresentada no final do manuscrito em ordem alfabética ascendente. O estilo deverá seguir os padrões da ABNT, sendo recomendadas as seguintes normas relativas à normalização de documentos:

- NBR 6.023 – Referências bibliográficas – Elaboração.
- NBR 6.028 – Resumos.
- NBR 10.520 – Citações em documentos – Apresentação.
- NBR 12.256 – Apresentação de originais.
- NBR 14.724 – Apresentação de trabalhos acadêmicos.

1.Exemplos de Referências Bibliográficas:

a) Série Monográfica:

BOURDIEU, P. **O campo científico**. São Paulo: Ed. Ática, 1976. (Coleção Grandes cientistas sociais).

GOULART, Flávio A. de Andrade; MACHADO, Lucinéia Moreli. **Processos de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico.** Brasília: Opas, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.1).

LEVCOVITZ, Eduardo et. al. **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000).** Brasília: Opas, 2003. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.2).

b) Capítulo de Monografia:

DAVIES, A. M. The evolving science of health systems research. In: World Health Organization. **From research to decision making**: case studies on the use of health systems research. Geneva, 1991. 139p.

c) Artigo de Revista:

NOVAES, H. M. D. e NOVAES, R. L. Políticas científicas e tecnológicas para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.

d) Artigo de Revista com mais de três autores, sem local de publicação.

FARFAN, G. et. al. Digestive disease in the elderly. **Rev. Gastroenterol**. Lima, v.11, n.3, p.164-170, 1991.

ROSENTHAL, G. et. al. Does good health services research produce good health policy? **Health Policy Quarterly**, [S.l.], v. 1, n.1, 1981.

e) Documento técnico

SECLEN, Juan et. al. **Estudio comparativo de la calidad de atención y uso de servicios de salud materno perinatales (1997-2000).** Lima: Ministerio de Salud del Peru, 2002.

2.Exemplos de Citações

a) Citação Direta

"Apesar das aparências, a desconstrução do logocentrismo não é uma psicanálise da filosofia [...]" (DERRIDA, 1967, p.293)

b) Citação de Citação

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...]

Para maiores informações sobre o estilo da ABNT, consultar o site da Internet: http://bu.ufsc.br/framerefer.html

SÉRIE DE DOCUMENTOS

Volume 1

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil — Documento Analítico
2. Seminário: o Sistema Único de Saúde e a Regionalização
3. Seminário: Perspectiva para a descentralização e a Regionalização no Sistema Único de Saúde

Volume 2

Produção de conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)

Volume 3

Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada

Volume 4

1. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto
2. O Papel e as conseqüencias dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

Setor de Embaixadas Norte - Lote 19
Brasília-DF - 70800-400
www.opas.org.br

ISBN 85-87943-23-5

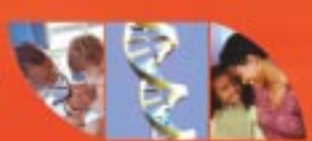
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

6



APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde — Opas, exercendo sua atribuição de apoiar um sistema de saúde democrático, integral e equânime, entende que a concretização desta ação, no Brasil, é direcionada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a missão da Opas no Brasil, um país de extensão continental e com um sistema de saúde em processo de permanente construção, requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Opas apresenta a Série Técnica como uma das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção e à consolidação deste sistema de saúde. Esta Série Técnica se propõe divulgar documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos originais que fortaleçam o debate de questões relevantes, buscando destacar processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a redução de desigualdades e o alcance da eqüidade.

Brindamos a comunidade de saúde pública do país e da Região das Américas com esta publicação. Esperamos que possa se tornar um espaço vivo de apoio à construção do SUS no Brasil e que proporcione visibilidade e acesso aos produtos concretos advindos da Cooperação Técnica da Opas.

Sigamos avançando na conquista pela qualidade de vida e saúde da população.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

MODELO DE ATENÇÃO E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS: UMA ABORDAGEM DE CONTEÚDO: CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE EM GOIÁS

6

BRASÍLIA — DF
2003

Organização Mundial da Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde - Brasil

Modelo de atenção e formulação de políticas públicas: uma abordagem de conteúdo: Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás

Organizadores

Luisa Guimarães
Doutoranda em Saúde Pública, Bolsista do CNPq - Brasil, formação em Saúde Internacional pela OPAS/OMS e funcionária do Ministério da Saúde do Brasil.

Eduardo Guerrero
Médico, Mestre em Saúde Pública e Especialista em Sistemas e Serviços de Saúde; Consultor da Opas/OMS atuou no Brasil de 1997 a 2003, altualmente em El Salvador.

Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 6

Brasília — DF
2003

Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 — Brasília — DF
http://www.opas.org.br
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm
1. Coordenador do Projeto
Júlio Manuel Suárez
2. Conselho editorial
Juan Seclen
Luciana Chagas
Luisa Guimarães
Rosa Maria Silvestre
3. Apoio técnico e administrativo:
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
4. Normalização
Fernanda Nahuz
Leila Barros
Luciana dos Santos
Revisão
Manoel Rodrigues Pereira Neto
Capa, Projeto Gráfico e DTP
Wagner Soares da Silva
Tiragem:
1.500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil

M 689 Modelo de atenção e formulação de políticas públicas: uma abordagem de conteúdo : Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás / Luisa Guimarães, Eduardo Guerrero (Orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

Xxp.: il.; 26 cm. --(Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 6)

Inclui bibliografias
ISBN

1. Políticas de saúde – Goiás. 2. Serviços de Sistema. 3. Sistemas de saúde. 4. Regionalização – Goiás I. Guimarães, Luisa, org. II. Guerrero, Eduardo, org. III. Organização Pan-Americana da Saúde. VI. Série.

NLM W84

2003 © Organização Pan-Americana da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

Agradecimentos

Para que este volume da Série Técnica se tornasse realidade, com forma e conteúdo, foi preciso uma conjugação de forças e da confiança daqueles que nos apoiaram em todos os momentos. Assim, nós autores(as) expressamos nosso reconhecimento e agradecimento a vocês que nos impulsionaram em vários momentos dessa caminhada:

Os(as) alunos(as) da Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás

ANGÉLICA P. B. VASCONCELOS	GRAÇA MARIA BEZERRA SOBREIRA	NAZARETH ELIAS NASCIMENTO
ANTÔNIO GILBERTO CARVALHAIS	IVANI DE OLIVEIRA PENQUES	NEIDIMAR APARECIDA ASSUNÇÃO
ANTÔNIO TEIXEIRA DE MENDONÇA NETO	IZAURA VALENTIM DA SILVA	NEUSA CÉLIA VIEIRA SANTANA
BOADYR PIRES VELOSO	JANE D'ARC MONTEIRO BUENO	OSWALDO LUIS PASCHOAL
CARLOS EDILSON P. RIBEIRO	JANE MARTINS SILVEIRA	RENATA KELLY NASCENTE
CARLOS HENRIQUE DE O . FURTADO	JANIR COELHO VIEIRA	RICARDO ANTÔNIO DE SOUSA
CELENE SANTANA OLIVEIRA	JOÃO VIEIRA MACHADO	RODRIGO CÉSAR F. LACERDA
CELMIRIAM CORREA	JOSÉ XIMENES FILHO	ROSA MARIA BRITO STECKELBERG
CHEILA MARINA DE LIMA	JOSEVAL DOS REIS BRITO	ROSA MARIA MARTINS
CÍRIA MARIA MESQUITA	KÁTIA LIPOVETSKY V. RESENDE	VIEIRAROSÁLIA SANTOS LIMA
CLÁUDIA DE MENEZES VIDAL	KÁTIA MARTINS SOARES	ROSÂNGELA TÓFANI BRAGA
DIVINO OLIVEIRA	LÁUDIMA P. CARNEIRO MUNIZ	ROSEMARY SIMIEMA
EDEN RIOS SÓCRATES	LÍLIA NEVES LIMA MACÊDO	SANDRO SENE F. PAIXÃO
ELY GONÇALVES SIQUEIRA	LORETA MARINHO Q. COSTA	SEVERO MARTINS NEIVA
ELZA GOMES FINOTTI NOGUEIRA	LOURDES AMÉLIA TRALDI	SILVANA CRUZ FUINI
ENIO FLAUSINO DA SILVA	LUCILENE RAMOS LONGO	SIMONE ROCHA AGUIAR
FERNANDA C. B. BERNARDES	LUCINÉIA C. L. RUVIERI	SOLANGE CAMPOS M. MARTINS
FERNANDA SOARES DOS SANTOS	MAGDA LÚCIA R. S. BARROS	SOLANGE MARIA KRAWCZYK
FRANCISNETE FERREIRA DA SILVA	MARIA APARECIDA DA SILVA	SUZETE I. OLIVEIRA
GERCILENE FERREIRA (BRANCA)	MARIA ROSÂNGELA L. M. A SILVA	TÂNIA VALÉRIA LUCAS AMARAL
GILSON JOSÉ DE OLIVEIRA	MARIA TEREZINHA DE M. CUNHA	VALTELINA PINCHELMEL CERQUEIRA
GISLENE COTIAN	MARILDA DAS DORES PEREIRA	WATHERSON RORIZ DE OLIVEIRA
GISLENE MARQUES DE L. ALVES	MARILDA V. FAUSTA	
GLENDA MARTA AIRES FRANÇA	MARINEIDE GOMES CORDEIRO	
	MEIRE HUNGRIA DE OLIVEIRA	

A Coordenação da Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde
Ivan Maciel
Maria Terezinha Cunha
Carlos Lisboa
Graciano Silva

A Opas
Jacobo Finkelman
Julio Suarez
Juan Seclen
Luciana Chagas

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
Fernando Cupertino
Catherine Perillo

LISTA DE SIGLAS

SIGLA	SIGNIFICADO
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AMG	Assistência Médica Gerenciada
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento
BM	Banco Mundial
Cenforh	Centro Formador de Recursos Humanos
CEP-Saúde	Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
Conasems	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
Conass	Conselho de Secretários de Saúde
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CTD	Cooperação Técnica Descentralizada
Datasus	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
GCN	Grupo Condução Nacional
GTI	Grupo de Trabalho Interinstitucional
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FPPS	Formulação de Políticas Públicas de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
Inamps	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
Noas	Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB/93	Norma Operacional Básica 01/93
NOB/96	Norma Operacional Básica 01/96
OAB	Organização dos Advogados do Brasil
Opas/OMS	Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
Pacs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Cargos, Carreiras e Salários
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPA	Plano Plurianual
PPI	Programação Pactuada Integrada
Profae	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
Proformar	Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
Reforsus	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RH	Recursos Humanos
Ripsa	Rede Integrada de Informação para a Saúde
SAF	Serviço de Assistência Farmacêutica
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
Siab	Sistema de Informação de Ações Básicas
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM	Sistema de Informação Mortalidade
Sinan	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
Sinasc	Sistema Nacional de Nascidos Vivos
SINTEGO	Sindicato dos Trabalhadores em Educação de Goiás
SPS	Secretaria de Políticas de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS 7
PREFÁCIO 15
APRESENTAÇÃO 17
INTRODUÇÃO 19
PALAVRAS INICIAIS 21

CAPÍTULO 1
FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS ORIENTADAS AO MODELO DE ATENÇÃO NO SUS
Luisa Guimarães e Eduardo Guerrero 27

CAPÍTULO 2
A IMAGEM NA SAÚDE: UMA VISÃO SETORIAL NOS DESENHOS DE PROFISSIONAIS QUE MILITAM NA SAÚDE
Carlos Henrique de Oliveira Furtado e Celene Santana 53

CAPÍTULO 3
A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS NA PERSPECTIVA DOS ATORES
Parte 1 A formalização de Políticas Públicas de Saúde na óptica dos gestores: uma discussão do conteúdo
Nazareth Elias Silva Nascimento e Marta Rovery de Souza 131
Parte 2 Paralelo entre o ciclo político e a prática: refletindo sobre um exercício
Silvana Cruz Fuini 157

CAPÍTULO 4
MODELOS DE ATENÇÃO DESEJÁVEIS: SUBSÍDIOS PARA CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA DA SAÚDE
Cheila Marina de Lima e Dais Gonçalves Rocha 171

CAPÍTULO 5
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS: PERFIL DOS ALUNOS(AS)
Graça Maria Bezerra Sobreira 195
ANEXOS 225

ORGANIZADORES

Luisa Guimarães, doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; bolsista do CNPq — Brasil; formação em Saúde Internacional na Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde; graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Psicóloga do Ministério da Saúde. luisa.guimaraes@rudah.com.br

Eduardo Guerrero, graduado em Medicina e Cirurgia-Geral na Universidade del Valle, Cali, Colômbia; mestre em Saúde Pública pela Universidade de Antioquia, Colômbia; e especialista em Sistemas e Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas; no Rio de Janeiro, Brasil; estudos em Ciências Sociais e Políticas pela Universidade Franscisco Marroquin, Guatemala, Guatemala, consultor da Organização Pan-Americana da Saúde no Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; consultor no Brasil, de 1997 a 2003; exercendo atividades atualmente em El Salvador.

AUTORES

Carlos Henrique de Oliveira Furtado, graduado em Letras Português, Inglês e Literaturas correlatas, pela Universidade Federal de Goiás. Gestor Público do Estado de Goiás, exercendo atividades na Superintendência de Ciência e Tecnologia e Inovação em Saúde Leide das Neves Ferreira da Secretária de Estado de Saúde de Goiás. Interesses: administração pública no Sistema Único de Saúde; saúde no mundo; e língua inglesa.

Celene Santana Oliveira, graduada em Psicologia, perita em avaliação psicológica para direção pela Universidade de Uberaba/MG, servidora da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás desde 1999, exercendo atividades na Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde, integrando a equipe técnica de Saúde Mental da Gerência de Desenvolvimento do Sistema e das Ações de Saúde. Interesses: SUS; Saúde Pública; Saúde da Família; e pesquisa em saúde.

Cheila Marina de Lima, graduada em Enfermagem e Obstetrícia, pela Universidade Federal de Goiás. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, exercendo atividades na Assessoria de Planejamento e membro executivo do Comitê Gestor de Urgências do Município de Goiânia. Interesses: gestão integrada das políticas públicas e intersetorialidade; educação e promoção da saúde; e formulação de políticas públicas em saúde.

Dais Gonçalves Rocha, doutora em Saúde Pública e especialista em Promoção da Saúde pela Universidade de São Paulo; graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás. Professora do Curso de Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva da UFG e do Curso de Graduação da Faculdade de Odontologia de Anápolis-GO; exercendo atividades na Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. Interesses: gestão integrada das Políticas Públicas e intersetorialidade; educação e Promoção da Saúde; avaliação de serviços e programas; e pesquisa qualitativa em saúde.

Eduardo Guerrero, graduado em Medicina e Cirurgia-Geral na Universidade del Valle, Cali, Colômbia; mestre em Saúde Pública pela Universidade de Antioquia, Colômbia; e especialista em Sistemas e Serviços de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas no Rio de Janeiro, Brasil; estudos em Ciências Sociais e Políticas pela Universidade Franscisco Marroquin, Guatemala, Guatemala, consultor da Organização Pan-Americana da Saúde no Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde; consultor no Brasil de 1997 a 2003; exercendo atividades atualmente em El Salvador.

Graça Maria Bezerra Sobreira, graduada em enfermagem pela Universidade São Vicente de Paula (UCG/GO), com especialização em Enfermagem do Trabalho pela Fundacentro em Campinas/SP, exercendo atividades na Gerência de Normas Técnicas da Superintendência de Planejamento da SES/GO, conselheira do Conselho Regional de Enfermagem (Coren/GO). Interesse em promoção e assistência à saúde.

Luisa Guimarães, doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz; bolsista do CNPq — Brasil; formação em saúde internacional na Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde; graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Psicóloga do Ministério da Saúde; exercendo atividades de Acompanhamento da Assistência à Saúde juntos aos estados e municípios. Interesses em: formulação de políticas; gestão de políticas públicas; saúde internacional; pactos bilaterais e multilaterais.

Marta Rovery de Souza, graduada em Ciências Sociais, doutora em Ciências Sociais pela Unicamp, professora de Metodologia e Técnicas de Pesquisa e Sociologia Geral da UFG, professora do Curso de Mestrado em Sociologia da UFG. Interesses em avaliação de programas de políticas públicas, pesquisas em Saúde Coletiva, Saúde Reprodutiva e Sexualidade.

Nazareth Elias Silva Nascimento, graduada como Biomédica, com Especialização em Saúde Pública e Epidemiologia e mestranda em Epidemiologia pelo Instituto de Patologia Tropical da UFG, e exercendo atividades na Vigilância Sanitária na SES/GO e na SMS/Goiânia. Interesse em Políticas de Saúde e Epidemiologia Social.

Silvana Cruz Fuini, graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Goiás, exercendo atividades de Gerência de Apoio Técnico aos Municípios na Superintendência de Planejamento da SES/GO. Interesses em sistemas de informação em saúde, tanto nos aspectos de informatização como epidemiológico, com vistas a apoiar processos de planejamento em saúde de forma integrada.

PREFÁCIO

Neste Volume 6 da Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde — Opas/OMS no Brasil, os leitores vão conhecer uma experiência que une academia e serviço, com participação e apoio da Opas/OMS, juntamente com o Ministério da Saúde, e as instituições do estado de Goiás, como a Secretaria de Estado da Saúde, o Conselho de Secretários Municipais de Saúde e a Universidade Federal. O texto deste volume é resultado do trabalho de alunos(as) e professores(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás e representa um esforço de sistematização de conteúdos acadêmicos trabalhados de modo participativo e construtivo.

A cada ano novas gerações de profissionais com variadas formações se inserem no trabalho em Saúde Pública. Ao lado desses, estão aqueles que há mais tempo vêm enfrentando e construindo no seu cotidiano novas dimensões e desafios na efetivação das transformações do SUS. Todos necessitam e demandam das instituições formadoras e dos governos processos de formação continuada que ofereçam espaços de reflexão e capacitação para o Sistema.

A atuação das instituições formadoras, por sua vez, vem sendo intensificada por meio de parcerias com os governos locais e nacional. A publicação deste volume, *Modelo e Formulação de Políticas Públicas*, expressa o desfio dessa atuação ao propor a discussão de processos de construção de políticas para a redução de desigualdades e as suas correlações com a saúde em exercícios e atividades de campo.

Finalmente, cabe destacar um valor especial na experiência de realização deste volume, que foi a abertura de um espaço de reflexão participativa entre professores(as), alunos(as) e dirigentes para sistematizar e expressar opiniões e conceitos de profissionais com formação e inserção variadas na Saúde Pública, envolvidos com a construção cotidiana do SUS.

Jacobo Finkelman
Representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil

APRESENTAÇÃO

A presente publicação da Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde concretiza o esforço de um grupo de profissionais do Sistema de Saúde Brasileiro para sistematizar e compartilhar com os seus pares, seja dos serviços ou da academia, a sua experiência de especialização. O texto traz reflexões dos alunos do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás sobre o complexo tema de *formulação de políticas com impacto no modelo de atenção*. A tarefa deste grupo foi concretizada sob a orientação dos organizadores do volume, estimulados e apoiados pela Coordenação do Curso, a partir de exercícios realizados pelos(as) alunos(as), em oficinas de trabalho das quais tive oportunidade de participar e com as quais pude contribuir.

A construção de um texto, com as dimensões de um livro, e a própria experiência de transformar a prática de sala de aula em uma publicação é por si só um rico e participativo processo de troca onde cada um dos(as) aluno(as) e demais autores(as) pode estender a capacitação ocorrida durante o curso e, ao final, apresentar aos seus colegas a interpretação que fizeram dos exercícios realizados na disciplina Modelo de Atenção e Formulação de Políticas. Atividades deste tipo efetivam os laços e compromissos com a construção do Sistema Único de Saúde do conjunto de profissionais, professores e instituições que participam e daqueles que se sintam envolvidos a partir da temática da publicação.

Para mim, recém-chegado ao Brasil, a oportunidade de conhecer um grupo de profissionais com formação bastante diversificada e empenhado em refletir, discutir e produzir sobre processos de formulação e implementação de políticas públicas de saúde tem sido uma valiosa acolhida à realidade do país. O valor desta experiência está na potencialidade de repensar a partir da própria prática as expectativas em relação ao Sistema de Saúde, as realidades do país e a própria formação que os textos desta publicação ilustram.

O SUS é um Sistema de Saúde com valores sociais e políticos destacáveis no âmbito da cooperação internacional. O fomento de espaços para a discussão de desafios ainda presentes, enfrentados cotidianamente por profissionais, a maioria dirigentes de serviços ou de programas municipais, estaduais ou regionais em Goiás, consolida esta publicação como uma referência para a afirmação dos princípios e diretrizes do Sistema.

O Programa de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, ao entregar este volume à publicação, reconhece que outras experiências semelhantes estão em andamento e que a divulgação é um modo de unir pessoas em torno de ideais compartilhados. Se a melhor organização dos serviços é um fator relevante para a garantia do acesso, a capacitação

dos recursos humanos dirigentes é essencial para a melhoria da qualidade de atenção. A experiência do Brasil de *Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde* certamente inaugura um novo campo de capacitação orientado para a formulação de políticas públicas de saúde, com vistas à integralidade e à redução de desigualdades.

Júlio Suarez

Coordenador do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Brasil

INTRODUÇÃO

Freqüenta com relativa assiduidade o campo da Saúde Coletiva o debate sobre um suposto distanciamento entre o mundo da chamada "academia" e o mundo dos serviços de saúde. Esta distância, de quem diz olhar do lado dos "serviços", decorre da incapacidade que têm aqueles que se dedicam ao ensino e à pesquisa de compreenderem o que se passa no "dia-a-dia da vida", perdidos em elucubrações abstratas, obscurecidas por uma linguagem erudita, incapazes de gerar respostas para os dúvidas e perplexidades dos que estão na linha de frente, seja na gestão seja na execução das ações de saúde. A proposta dos Cursos de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde desenvolvidos com apoio do Ministério da Saúde a partir de 2002, representou um esforço de favorecer uma aproximação que pudesse fecundar tanto a prática dos serviços quanto a prática das investigações e das reflexões teóricas de profissionais ligados tanto à academia quanto aos serviços de saúde.

O presente volume tráz a construção dessa vivência como se deu em Goiás no tratamento da formulação das políticas de saúde e na construção de modelos de atenção. Pode-se dizer que ele resulta da apreensão de um esforço compartilhado por docentes e alunos, atuando em uma realidade que se dispunham a transformar ao tempo em que sobre ela refletiam. Trata-se, portanto, de uma rica combinação de uma espécie de "diário de campo" e de saltos teóricos que reincidem sobre a gestão e prática dos serviços, cujo relato será de grande utilidade para todos os que estão engajados no avanço da Reforma Sanitária Brasileira e na construção do Sistema Único de Saúde.

De particular interesse é a sistematização da visão de novos agentes "novos", como se dizem, de uma "nova geração", dispostos a superar as limitações de uma saúde pública que ainda não se superou ou, talvez com mais propriedade, não tenha se realizado. A busca de um alargamento conceitual é tarefa sempre arriscada, mas os autores correm seus riscos, seguros de que a constante proximidade com os temas do quotidiano de suas práticas os minimizará. Não fogem, no confronto entre a configuração de um modelo desejado de atenção e o modelo existente, de percorrer, por além das concepções teóricas, os campos de exercício das práticas de saúde, onde os saberes construídos pelas classes populares se entrelaçam com a erudição científica contida nas novas tecnologias instrumentais e processuais da moderna atenção à saúde.

De interesse também o debate entre o processo de formulação de políticas de saúde e suas relações com os modelos de atenção, onde os condicionamentos recíprocos são

examinados com aguda capacidade reflexiva. Sobretudo quando se almeja uma acentuação do caráter participativo nesse processo.

Interessante a proposta do exame de modelos de atenção através da elaboração de "desenhos" pelos participantes da experiência pedagógica que poderá, com utilidade, ser visitada e experimentada por quem transita pelos serviços e programas de capacitação. Os capítulos sobre formulação de políticas a partir de visão de gestores e dos modelos de atenção desejáveis a partir da visão dos alunos completam o quadro de buscar amparo na reflexão teórica sistemática para aperfeiçoar o traçado dos novos passos

Este livro conta a história do sucesso de uma experiência de capacitação recíproca de gestores e docentes. Serve de ferramenta de trabalho para novos programas, de testemunho para a sua sustentação e de argumento para sua continuidade.

José Carvalho de Noronha

Presidente da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva — ABRASCO

PALAVRAS INICIAIS

Notas dominicales acerca del modelo de atención y las políticas publicas

Eduardo Guerrero
Marzo del 2003[1]

Las guerras nuevas no tienen semblante
salvo el rostro sutil de las finanzas
su corazón saber contar obuses
como quien cuenta ratas o gallinas
juegan en su garito con el hambre
rasuran la amazonia y la esperanza
y nos dejan sin tímpanos sin ojos
un día llegara en que las guerras
no tendrán ni un cristiano a quien matar
la soledad del mundo ese bochorno
se expresara en solo aburrimiento
los mansos pizarrones de wall street
quedaran fijos en un cambio inútil
y nadie habrá para joder a nadie

Mario Benedetti

Hace pocos días llegue a El Salvador, Centroamérica. Como es mi costumbre comencé a caminar por las calles que normalmente son consideradas inseguras. Hay que permanecer alerta. Abriendo los ojos y andando con cuidado. Así lo piden las normas de seguridad.

Para mí es imposible conocer una ciudad sin caminar de una orilla a otra, de una calle a otra, de un edificio a otro. Sin conocer sus iglesias. Sin sentarme en un parque. Sin recorrer y seguir la mirada de los ciudadanos de la calle que transitan en un estado de

1 Mantivemos o idioma original escrito pelo autor.

sobre vivencia permanente. Los beneficiados del modelo social y la clase media se movilizan en vehículos de diferente tipo y valor. Los pobres trabajadores van en vehículos de transporte urbano como sardinas en lata. Las calles se congestionan y la contaminación ambiental aumenta. Todos sin excepción recorren las calles en forma rauda en una carrera contra el tiempo. El tiempo de los ciudadanos de la calle es diferente. Es más lento y tiene una dimensión que se une con la eternidad.

Recientemente fui a una librería compre unos libros de poesía, y algunos sobre la salud en EL Salvador. Este es un país que esta aprendiendo a convivir en democracia después de varias décadas de guerra. La paz esta firmada. La vida y los problemas sociales están presentes en un modelo desigual. Uno de los libros narra la experiencia de los médicos, enfermeras, auxiliares sanitarios que apoyaron el movimiento guerrillero. Ellos construyeron su modelo de atención sanitaria para atender a los hombres, mujeres, ancianos, niños y a los militantes guerrilleros que vivían en sus zonas de combate. Tenían puestos, casas de salud y hospitales improvisados escondidos bajo el bosque, bajo la tierra, con subterráneos y trincheras para protegerse del enemigo.

El conocimiento sanitario y clínico se entregaba en forma amplia a los agentes de salud de cada aldea, de cada rincón para responder a las necesidades de una sociedad en guerra. Un grupo de actores de la sociedad que en ese tiempo y en esa coyuntura creían que la guerra era la única alternativa de cambiar el modelo social desigual e injusto. Se construyeron salas de cirugía para atender a miles de heridos, se tenían lugares para atender partos y cuidar de los niños desnutridos.

Por otro lado, otros actores con otra visión como los médicos internacionalistas brindaron su apoyo a esta causa. La Cruz Roja también cumplía su modelo de atención humanitaria en zonas de conflicto. La Organización Panamericana de la Salud aportó con su estrategia Salud un puente para la Paz.

Los relatos de esa época son apasionantes para entender los mecanismos de participación social y solidaridad. En plena lucha los civiles y los militantes de la guerrilla procuraban un lugar de descanso eterno para los seres queridos caídos en combate. Transferían los heridos de un lugar a otro para protegerlos de una muerte casi segura. Utilizaban diversos sistemas de comunicación para afrontar la adversidad. Ese fue un modelo de atención construido bajo el fragor de la guerra para proteger y cuidar a los que luchaban por una causa que consideraban liberadora. Hoy los salvadoreños todavía no tienen un acuerdo social sobre el modelo de salud que necesitan. Las fuerzas políticas están polarizadas y existe un largo camino para construir una propuesta aceptable por la sociedad. Mientras tanto en la vida diaria de las ciudades, de las aldeas, de los cantones

los esfuerzos por brindar servicios de salud continúan y se salvan miles de vidas diariamente. Todos los interlocutores saben que la brecha social y la desigualdad son el gran enemigo a vencer en medio de una economía dependiente. La búsqueda por un modelo alternativo de salud sostenible con los recursos de la sociedad se mantiene y la esperanza esta vigente.

Hoy los noticieros internacionales nos informan que estamos a pocos días de una guerra anunciada en el medio oriente. Los motivos son confusos para unos y reales para otros. En alta mar los grandes barcos hospitales altamente equipados esperan los jóvenes combatientes del ejército dominante para salvar sus vidas. Helicópteros y sofisticados mecanismos de rescate han sido instalados para garantizar la vida de los soldados. Médicos, enfermeras, científicos están preparados para un momento de lucha que busca cambiar la correlación de fuerzas en el medio oriente. Los pacifistas del mundo en las calles de sus ciudades claman por la paz. Las Naciones Unidas luchan por cumplir su misión para lograr un acuerdo, una negociación que cuide y beneficie a los diferentes actores. La economía se mueve al palpitar de la guerra. Las bolsas suben y bajan. El precio del petróleo sube y los más miserables son cada día más pobres.

Mientras tanto los ciudadanos de Irak saben que van a morir y se preparan para una lucha desigual. Una lucha que entienden como el choque entre dos culturas. Ellos también tendrán su modelo desigual para atender a su población en guerra, una guerra que los afecta a todos y a todas.

En esta guerra hay un gran temor por el posible uso de armas químicas. Los modelos de vigilancia epidemiológica y sanitaria se preparan para una posible guerra bacteriológica. Los equipos de protección han subido de precio y casi se han agotado. La población susceptible ha sido vacunada contra enfermedades del pasado como la viruela, entre otras.

La industria de la guerra y de la salud ha visto incrementadas sus ganancias. ¿Y la sociedad global que ha ganado? ¿Y al nivel local que se ha ganado o perdido? El mundo esta pidiendo que el próximo viernes 14 de marzo del 2003 a mediodía cada ciudadano Pare para meditar sobre los efectos desastrosos de las guerras. Estas batallas solo han dejado a la humanidad dolor y lagrimas. Mutilados, personas con discapacidad. Odio, rencor y psicópatas posguerra.

Y en este momento, en que los especialistas en salud pública de América Latina estamos repensando los modelos de salud, los procesos de reforma y los mecanismos de modernización del Estado. ¿Cuál será el futuro? ¿Podremos seguir en nuestro optimismo idealista o nos sumergimos en el pesimismo de la derrota? Indudablemente la vida nos

enseña que hay que seguir luchando por un mundo mejor, por la salud para todos y por todos, por la esperanza de una sonrisa. Miles de trabajadores de la salud están en sus servicios esperando para dar alivio al dolor. Miles de profesionales de la salud pública estudian el proceso salud enfermedad para mantener el equilibrio que las sociedades requieren para seguir su proceso productivo.

Hoy mas que nunca debemos trabajar para reconstruir los modelos de salud en la diversidad y precariedad de nuestras sociedades desiguales. Hay que descender del tren de la burocracia para caminar por las calles del suburbio, de los campamentos de desplazados, de los emigrantes, de los desempleados en busca de trabajo, hay que recorrer la precaria estructura de las instituciones de salud y la potencialidad de las redes sociales para reconfigurar el modelo de salud y buscar caminos alternativos junto con los actores sociales que día a día sufren y sobreviven a la inercia y apatía de la sociedad opulenta. La lucha por los derechos humanos esta vigente y el cumplimiento de los tratados internacionales son una de las armas más valiosas que el sistema de Naciones Unidas ha aportado a lo largo de su historia. La lucha contra el hambre, el dolor y el sufrimiento son el aliento divino para lograr sociedades más justa e igualitarias. Esa es la verdadera guerra para lograr la paz y una sociedad más humanitaria. Unamos nuestras manos y nuestras mentes para detener el odio y las respuestas amenazadoras y desequilibradas.

Epilogo

Esta guerra termino……

CAPÍTULO 1
FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS ORIENTADAS AO MODELO DE ATENÇÃO NO SUS

Autores: *Luisa Guimarães*, Eduardo Guerrero***

" ... o que importa não é o que as pessoas têm em mente,
mas o que elas compartilham".
Klaus Eder

INTRODUÇÃO

Neste texto, vamos apresentar aspectos institucionais e teóricos que fundamentam a disciplina Modelo de Atenção e Formulação de Políticas de Saúde desenvolvida no Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás, no ano de 2002. O objetivo deste capítulo é contribuir na discussão de processos de educação permanente no Sistema Único de Saúde (SUS), ilustrando com o relato e a análise de uma experiência. Nosso ponto de partida é buscar entender as relações entre modelo de atenção e política de saúde considerando que, embora a política de saúde não se realize apenas no campo dos serviços de saúde é, neste espaço, que as políticas exercem peso fundamental. A relevância desta experiência nos parece justificada por ter sido desenvolvida em processo de capacitação de equipes da saúde com responsabilidades e liderança nas atividades que exercem.[1]

Na presente edição da Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) os leitores vão encontrar resultados de atividades realizadas pelos(as) alunos(as) do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Para lograr esta publicação foram realizadas, no primeiro semestre de 2003, cinco oficinas de trabalho com o apoio da

* Doutoranda em saúde pública, bolsista do CNPq — Brasil, psicóloga do Ministério da Saúde do Brasil.
** Mestre em saúde pública, consultor de sistemas e serviços de saúde da Opas/OMS.
1 Agradecemos a leitura e os comentários de Julio Suarez que muito contribuíram para a melhoria do texto. Aproveitamos ainda para agradecer a Maria Helena Carvalho Brandão pelo apoio à conclusão deste Livro.

Opas/OMS.[2] Nessas atividades os organizadores, colaboradores e autores deste Livro trabalharam na concepção dos textos elaborados com o material produzido pelos(as) alunos(as) do curso nos exercícios da disciplina de Modelos de Atenção.

A Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde está sendo realizada pela primeira vez no Brasil — anos de 2002-2003 — como um Projeto Nacional, apoiado pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com os organismos de representação de gestores, da academia e de cooperação técnica. A realização dos cursos está a cargo de instituições formadoras locais — federais, estaduais e municipais — de acordo com Projeto Estadual coordenado por comissão de representantes dos gestores municipais, estadual e da instituição formadora. Embora existam parâmetros nacionais referentes ao currículo e à distribuição de vagas, cada Comissão Estadual elaborou a proposta específica adaptada às condições e necessidades de cada situação, conformando para cada curso características específicas.

O curso em Goiás é um dos mais de setenta financiados pelo MS no ano de 2002. Entretanto, a situação de Goiás tem especificidades importantes e os resultados parciais já exibem importância para apresentar discussões sobre a iniciativa nacional e as potencialidades de projetos de capacitação nas modalidades deste. Certamente, para outros estados brasileiros onde o projeto foi desenvolvido, há elementos inovadores e críticos para a discussão atualizada da formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Esperamos, assim, que a presente publicação contribua junto a todos os demais para a reflexão, análise e permanência da experiência.

A disciplina *Modelos de Atenção e Formulação de Políticas* é, por sua vez, um recorte do curso em Goiás, representando vinte e oito horas de um total de trezentos e sessenta horas-aula. A organização e os conteúdos da disciplina surgem de inquietações nossas que foram, desde o primeiro dia de aula, compartilhadas com os(as) alunos(as). *Porque o modelo de saúde construído nos moldes do SUS ainda produz esquemas fragmentados e distantes das necessidades das populações? Quais são as relações entre políticas de saúde e modelos de atenção? Como desafios do modelo de atenção influem na formulação de políticas de saúde?*

Ainda que as questões permaneçam e outras tenham surgido, nossa percepção é de que avançamos todos. Se não pudemos responder plenamente, talvez tenhamos formulado melhor nossas inquietações a partir do conhecimento de mapas e trajetórias de formulação de políticas adquiridas com esta experiência. Pode ter ocorrido que nossas idéias pre-

2 Das oficinas de organização do texto desta publicação participaram Ivan Maciel e Maria Terezinha Cunha pela Coordenação do Curso; Juan Seclen e Julio Suarez, consultores da Opas/OMS.

concebidas e cultivadas em nossas práticas tenham determinado os caminhos percorridos. Contudo, acreditamos que a entrega do contido neste volume tem potencialidade para abrir a discussão sobre essa temática.

Se é verdade que as instituições formadoras e os profissionais têm que se adequar rapidamente às transformações e necessidades específicas de formação e capacitação em serviços no setor saúde, em nosso caso, a proposta metodológica que buscamos desenvolver foi dinâmica, construída no estreitamento do contato com a coordenação do Curso e com os(as) alunos(as). A partir do tema fomos orientando leituras, discussões e atividades de campo que resultaram em acervo inédito sobre formulação de políticas. Nas próximas páginas queremos compartilhar com os leitores essa experiência com vistas a aprofundar análises e estudos, criticar e sustentar novos processos desse tipo.

Este capítulo está organizado em três partes. Na primeira parte, em duas sessões, consta pequeno histórico — na perspectiva dos autores — do Projeto Nacional de Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, apoiado pelo Ministério da Saúde e parceiros institucionais no ano de 2002/2003; e a estratégia de capacitação de equipes gestoras desenvolvida em Goiás. A segunda parte, em quatro sessões, apresenta primeiramente o marco conceitual da disciplina de *Modelo de Atenção e Formulação de Políticas de Saúde*, seguido da sua organização e traça relações entre a formulação de políticas e o modelo de gestão. Para encerrar a segunda parte são indicados rotas e espaços da formulação de políticas no SUS, a partir de análise da experiência em Goiás. A terceira parte busca, por fim, ampliar o debate com comentários preliminares sobre a temática de construção de modelos de saúde e formulação de políticas na perspectiva de demarcar novo campo, estimular outras iniciativas e estudos sobre a capacitação de profissionais dirigentes no SUS — equipes gestoras .

1 QUALIFICAÇÃO DE EQUIPES GESTORAS DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

1.1 Equipes Gestoras: novas dimensões da capacitação

Nos últimos anos, muitos autores e especialistas têm indicado que a formação de recursos humanos consoante com as necessidades do SUS é, ainda, um desafio. A criação em 2003 no Ministério da Saúde da Secretária de Gestão do Trabalho sinaliza a importância e relevância institucional que o tema alcança na atualidade (BRASIL, 2003).

Em anos mais recentes, variadas modalidades de capacitação gerencial foram apoiadas e difundidas pelos governos municipais, estaduais e federal; e por instituições formadoras em todo o país (OPAS, 2003). A maior parte dessas atividades vem sendo desenvolvida em parceria, cada vez mais estreita, entre os governos, as instituições formadoras, os serviços de saúde e as comunidades. A qualificação do trabalhador em saúde vem ocorrendo em todos os níveis profissionais, inclusive para atividades de gestão.

Entretanto, observava-se um vazio do espaço de capacitação estratégica voltada para aquele profissional de saúde, com nível superior e que assume cargos diversos de assessoria, direção ou gerência em todos os níveis do sistema de saúde, na maioria das vezes funcionário de carreira da instituição. Esse profissional que integra *equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde, em geral*, se qualifica na prática de competências, habilidades e conhecimentos que traz da formação básica, profissional, de vida e outras acumulados durante a própria experiência. Em que pese o esforço e os resultados de tais processos autônomos esse conjunto de acumulações cotidianas carece de espaços de análise e reflexão, orientados a articular os saberes e renovar as capacidades de enfrentar situações atuais cada vez mais complexas.

Os profissionais identificados como equipes gestoras tendem a permanecer nos governos e a ocupar postos e cargos de direção com permanência. Tal prática demanda desse profissional o desenvolvimento de habilidades e a especialização de conhecimentos para integrar espaços de formulação de políticas. O contexto da gestão em saúde passa, por sua vez, por processos rápidos de avanço nos quais são incorporadas novas responsabilidades e relações entre as esferas de governo e com a sociedade. Além do desafio de formular, implementar e gerir tais mudanças na prática, sendo uma delas o desenvolvimento do modelo de atenção, as equipes gestoras devem acompanhar os avanços da política setorial. Além disso, se deparam cotidianamente com inovações tecnológicas relacionadas com as transformações sociais, culturais e políticas. No caso da saúde as transformações e inovações têm ocorrido de forma intensa, conforme acentuam Deluiz (2001) e Motta e Buss (2001).

1.2 Delineamentos do Projeto Nacional

Como iniciativa para enfrentar o desafio de capacitar equipes gestoras, no ano de 2001, o MS começa a formular e discutir o Projeto Nacional de Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde, em articulação com as instituições formadoras do País, beneficiários e financiadores, com previsão de execução nos anos de 2002/2003. Para o desenvolvimento do projeto foi constituído no MS o Grupo de Condução

Nacional (GCN).[3] O GCN foi assessorado pelo Grupo de Trabalho Interinstitucional (GTI).[4] E, em cada estado, foi constituída Coordenação Estadual de Gestão do Projeto com responsabilidade de condução técnica e política da formulação e desenvolvimento dos cursos em âmbito local.[5]

De acordo com a orientação do GCN, as bases metodológicas estruturantes da formulação do projeto foram desenvolvidas pelo GTI e, em seguida, negociadas e implementadas pelas Coordenações Estaduais do Projeto.[6] Assim, foram definidas características fundamentais do Projeto Nacional que deveriam constar em cada Projeto Estadual, entre as quais: incluir no processo de capacitação as dimensões analítica e sistêmica e a problematização de situações locais para desenvolver e alcançar processos auto-avaliativos de aprendizado. Outro ponto comum é quanto à clientela da especialização identificada como o profissional dedicado aos processos de formulação, gerenciamento e implementação de projetos, programas e políticas de saúde em estados e municípios.[7]

O conteúdo básico do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, previsto no Projeto Nacional, foi apresentado, discutido e desenvolvido em seminários e oficinas de trabalho nacionais e regionais com as Comissões Estaduais do Projeto

3 O Grupo de Condução Nacional foi integrado, conforme indicação, pelas seguintes instituições: do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), por Eliana Pasini; do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), por Volnei Pedroso; da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Ficruz), por Antônio Ivo; do Projeto Reforsus (Reforsus/MS), por Trajano Quinhões; da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), por Francisco Campos; da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), por Eduardo Guerrero; da Coordenação de Recursos Humanos para o SUS (CGRHSUS/MS), por Paulo Seixas; e coordenado por Elias Rassi, da Secretária de Políticas de Saúde (SPS/MS).

4 O Grupo de Trabalho Interinstitucional foi integrado por Inácio Motta (Ensp/Fiocruz); Murilo Wanzeller (UFPB); Tomaz Martins (ESP/Sobral); Pedro Benevenuto (Emescan/ES); Edmundo Gallo (consultor); Marco Akerman (consultor); Luisa Guimarães (SPS/MS); e Bertrand Almeida (SPS/MS).

5 A Coordenação Estadual de Gestão do Projeto foi criada por portaria ou resolução e composta por representantes da Secretaria de Estado da Saúde, do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado e das instituições formadoras.

6 Nas etapas de formulação do Projeto Nacional, de apresentação e de condução junto às Coordenações Estaduais, em Seminários Nacionais, foram de relevância especial as contribuições de Tânia Celeste Nunes, Vice-Presidente de Recursos Humanos da Fiocruz e José Paranaguá de Santana, consultor de recursos humanos da Opas/OMS.

7 O Projeto Nacional, considerando as estratégias desse tipo de capacitação, induziu a distribuição crescente de vagas para profissionais de Secretarias Municipais de Saúde de cidades acima de 30 mil habitantes. As informações da época levavam a considerar difícil que municípios pequenos tivessem profissionais suficientes para dispor em processos de especialização de maior duração. Outra característica nacional é a reserva de número de vagas para as Secretarias de Estado da Saúde. Com base nessas estratégias e nos recursos financeiros do projeto foi previsto o apoio a um número definido de cursos em cada estado. Entretanto, a experiência mostrou que a certa flexibilidade do projeto permitiu soluções diferenciadas, nos casos de municípios alvo e número de cursos em vários estados.

(Projeto Nacional, Anexo A). Na segunda oficina nacional, foi iniciada pelo GTI a discussão da elaboração de currículo baseado no perfil de competências: técnicas, subjetivas e sociais desejadas para as equipes gestoras.[8]

De acordo com as análises feitas pelo GCN, o Projeto Nacional incluiu ainda estratégias de ampliação das capacidades de atuação das instituições formadoras — Núcleos de Saúde, Departamentos de Saúde Pública, Escolas de Saúde, entre outros— frente às novas necessidades de formação e assessoria academia/serviço. Ao longo do processo de formulação, negociação e implantação do Projeto Nacional, foi realizada avaliação externa e formativa, cujos resultados foram *inputs* fundamentais para a condução estratégica do projeto. A avaliação previa também uma segunda fase voltada para os cursos que orientaria a avaliação de egresso.

O Projeto Nacional, portanto, abriu a oferta de financiamento de cursos para todos os estados da federação. O MS definiu para cada estado um número de cursos a serem financiados, em conformidade às prioridades do projeto: atender municípios com mais de 30 mil habitantes e incluir todos os estados. O número de alunos(as) por curso seguiu as recomendações de no mínimo 25 e no máximo 35 alunos(as) por turma. Para conferir grau de especialista, o número de horas-aula exigido pelo Ministério da Educação é de trezentas e sessenta horas presenciais. A grade curricular deveria conter disciplinas que contemplassem conteúdos por competências técnicas, subjetivas e sociais. Entretanto, a expectativa do GCN era que cada curso inserisse conteúdos típicos e específicos de modo a cobrir tanto as competências quanto atender necessidades locais.

Cada estado interessado apresentou, com base nos delineamentos nacionais, proposta de Projeto Estadual e Plano de Curso. Para tanto, uma Coordenação Estadual do Projeto foi constituída pela Secretaria de Estado da Saúde, com representantes da gestão municipal, estadual e das instituições formadoras. Essa coordenação foi a contraparte estadual do Projeto para o MS. O Projeto Estadual continha as estratégias acordadas na Coordenação Estadual para realizar os cursos no estado. O Plano de Curso, por sua vez, contemplou a grade curricular e as ementas dos cursos e a sistemática de divulgação e de seleção dos(as) alunos(as).

8 Foram realizadas duas oficinas nacionais do projeto com a presença de representantes das Coordenações Estaduais de todos os estados. Essas atividades foram realizadas sob a condução do GCN e coordenadas pelo GTI com a colaboração e participação ativa de técnicos e consultores do MS: Ângela Siman, Elizabeth Albuquerque, Jaime Rabelo, Margarida Paes, Mário Grassi, Moema Brito, Rosângela Benevenuto, Sílvia Belluci, Sônia Saldanha e Vinicius Pawlowski.

No MS, o Projeto Estadual e o Plano de Curso, encaminhados pela Coordenação Estadual ao GCN, eram avaliados pelo GTI. Após aprovação era elaborada a carta-acordo — instrumento similar ao convênio —, assinada pelos dirigentes estaduais, do MS e da Opas/OMS, a qual viabilizava as transferências financeiras. O pagamento ocorreu em três parcelas de acordo com cronograma predefinido.

O Projeto Nacional, seguindo as recomendações do GCN, definiu recursos para apoio institucional aos entes formadores dos estados participantes do projeto. Dessa linha de financiamento constavam recursos para os eventos nacionais; para oficinas regionais; para contratação de avaliação do Projeto em três fases — interna no momento de construção do projeto e externa durante a realização dos cursos e de seguimento de egressos; compra de acervos de livros para apoiar os cursos; divulgação de resultados.

No fim do ano de 2002, a extinta Secretaria de Políticas de Saúde/MS (SPS) apresentou no relatório de gestão alguns resultados numéricos alcançados no projeto. De acordo com a SPS, o MS apoiou setenta e quatro cursos em todo o país, totalizando duas mil, trezentos e quarenta e duas vagas abertas e envolvendo quarenta e duas instituições formadoras (BRASIL, 2002).

A adesão dos estados ao Projeto Nacional, expressa nos números acima, reflete consenso quanto às necessidades atuais de capacitar pessoal dedicado ao processo de formulação, gerenciamento e implementação de projetos, programas e políticas de saúde percebidas por governo, financiadores e profissionais. Ainda que a Qualificação de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde Nacional não tenha sido sistematicamente avaliada quanto aos resultados, inclusive para a continuidade, certamente a experiência em Goiás aqui descrita e a de outros estados traz elementos importantes para a discussão de processos permanentes de capacitação no SUS.

2 ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE EM GOIÁS

2.1 A Configuração dos Cursos

A proposta do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás foi elaborada, a partir do Projeto Nacional, por Comissão Estadual integrada por dirigentes, técnicos, professores e gestores da Secretaria de Estado da Saúde, das Secretarias Municipais de Saúde e da Universidade Federal de Goiás. Foram oferecidas setenta e cinco vagas distribuídas em três turmas. Os cursos tiveram início em agosto de 2002,

com previsão de término para junho de 2003. O Curso está organizado em módulos que totalizam carga horária de quinhentas horas, das quais trezentos e sessenta horas são de atividade presencial e as restantes para a elaboração de trabalho de campo (Plano de Curso de Goiás, Anexo B).

A Coordenação do Curso foi realizada por representante do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Goiás (Cosems/GO), por representante da Secretária de Estado da Saúde de Goiás e por representante da Universidade Federal de Goiás.[9] Na Universidade Federal de Goiás, o Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública foi o órgão que desenvolveu a organização pedagógica, sendo a unidade responsável o Departamento de Medicina Tropical, Saúde Coletiva e Dermatologia. De acordo com a decisão da Comissão Estadual do Projeto, as vagas foram destinadas aos profissionais com atuação na gestão de sistemas municipais, regional ou estadual de saúde, vinculados às Secretarias de Saúde Municipal e Estadual.

O curso foi divulgado em vários meios no estado de Goiás e junto aos municípios. Os candidatos à especialização para ingressar foram submetidos à seleção, a que constou de análise curricular, envio de documentos e entrevistas. Na conclusão, para obtenção do título devem apresentar trabalho em formato de monografia, priorizando temas relativos aos sistemas locais de saúde e à qualidade dos serviços e, fundamentalmente, serem desenvolvidos na área de atuação profissional dos(as) alunos(as). Os professores das unidades de ensino da UFG e convidados de outras instituições foram os docentes dos cursos. Os conteúdos do curso foram organizados em três áreas temáticas: contexto e quadro conceitual da saúde; gestão de sistemas e serviços, e ferramentas gerenciais.

2.2 Modelos de Atenção à Saúde e Formulação de Políticas

No caso específico da disciplina Modelos de Atenção em Saúde, a Coordenação Estadual do Projeto nos convidou para que desenvolvêssemos as aulas na primeira área temática: Contexto e Quadro Conceitual da Saúde. A carga prevista foi de vinte horas-aula que ocorreram ainda no primeiro módulo, nos primeiros meses do curso. Nossa participação no Projeto Nacional certamente influenciou — acreditamos positivamente — na definição de conteúdos e na escolha do caminho metodológico no curso de Goiás.[10] Além disso,

9 Graciano Silva, representante dos Secretários Municipais de Saúde de Goiás; Carlos Lisboa, representante da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás; e Ivan Maciel representante da UFG são os Coordenadores do Curso e acumulam a Coordenação Estadual do Curso.

10 Eduardo Guerrero foi membro do GCN, representando a Opas/OMS; Luisa Guimarães foi integrante do GTI e enquanto servidora do MS participou da formulação, elaboração, acordos e condução do Projeto Nacional, até agosto do ano de 2002.

tivemos apoio da Coordenação do Curso de Goiás para propor aos(às) alunos(as) conteúdos para além da ementa inicialmente prevista.

A oportunidade de participar seja da formulação, negociação e articulação das atividades do Projeto Nacional, seja da discussão com os parceiros institucionais, Coordenações Estaduais e alunos(as) em Seminários Nacionais e Regionais do Projeto, foi um acúmulo inexorável para propor e realizar as atividades em Goiás. Além disso, tínhamos interesse particular em discutir o tema de formulação de políticas em bases práticas, e a oportunidade do curso foi um espaço privilegiado para isto. Buscamos estruturar, assim, as horas de aula que nos couberam no curso, no campo da *competência política* e dessa forma estimular a reflexão e atuação crítica sobre a própria posição e função na estrutura, deveres e direitos, necessidades de acesso e participação (Plano da Disciplina, Anexo C).

Por inserções diferentes, cada um de nós tinha alguma preocupação no campo de formulação de políticas de saúde. E nossa prática e leitura levavam a considerar que existem correlações entre a política de saúde e o modelo de atenção à saúde. Ou melhor, embora a política de saúde seja mais ampla que os serviços de saúde, pois inclui o financiamento, as modalidades de atenção, a intersetorialidade, etc, as ações de assistência não ocorrem em um vazio, já que busca concretizar as necessidades equivalentes dos usuários (DONABEDIAN, 1973).

Observamos também, em outro sentido, que os modelos de atenção influenciam o desenvolvimento de políticas gerais ou específicas. Assim, gostaríamos de verificar quais os fenômenos interferem, na perspectiva de atores que formulam, nas políticas de saúde. Interessava-nos constatar em que medida os resultados a assistência à saúde prestada gera *inputs* para determinar políticas de saúde. As questões eram muitas, mas tivemos clareza de que apenas começaríamos a desvendar o campo da formulação de políticas e correlações com o modelo de atenção com a experiência em Goiás. Nossa hipótese incluía a existência de rede de influências na formulação de políticas públicas de acordo com outros estudos, como o de Marques (1999).

Nessa perspectiva, cientes de limitações de tempo e de profundidade frente à proposta inovadora do curso e da disciplina, buscamos promover, para além dos conteúdos, experiências investigativas que apoiassem a reflexão crítica pelos(as) alunos(as), em processos de aprendizado coletivo. Consideramos que o aprendizado tem lugar no processo de interação; como efeito da cooperação racional, de acordos coletivos. Acreditamos que, quando os(as) alunos(as) aprendem, não produzem apenas conhecimento, mas ação social (EDER, 2001). Assim, desenvolvemos gradualmente a estrutura da disciplina tendo como objetivo introduzir com os(as) alunos(as) o desafio de formular, implementar e gerir

mudanças no modelo de atenção de modo a acompanhar os avanços da política setorial. Entendemos que esse desafio no setor público é mais intenso, pois exige responsabilidade e liderança nas transformações, conforme aponta Deluiz (2001).

Como não somos mestres de formação, nos esforçamos na busca do melhor trânsito possível entre paradigmas de ensino e práticas ao construir a disciplina. Queríamos começar por encontrar fundamentos para análises do processo de formulação de políticas — rotas, atores, fontes, etc —, realizando a reflexão teórica do modelo de atenção. Em seguida, discutir conceitos que influem em processos de formulação de políticas de saúde, resgatando a experiência de cada aluno(a)-ator e incorporar processos de auto-aprendizagem sustentáveis. Entretanto, o que nos movia era o desejo de colocar em evidência, a partir da experiência com a equipe de Goiás, o tema de *formulação de políticas*.

3 MARCO CONCEITUAL DA DISCIPLINA MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE E FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS

3.1 Amplificando universos conceituais

O físico Fritjof Capra, em 1977, escrevendo sobre preservação e conservação do meio ambiente, argumenta que a sustentabilidade é a conseqüência de um complexo padrão de organização de princípios da ecologia. Para o autor, fenômenos como interdependência, reciclagem, parceria, flexibilidade e diversidade conformam a sistemática de organização de ecossistemas. Segundo Capra, a compreensão desses fenômenos e a aplicação na sociedade humana de todas essas características que existem em todos os ecossistemas possibilitam o alcance da sutentabilidade em comunidades educativas, comerciais e políticas. Nessa perspectiva, a alfabetização ecológica — ou seja, o aprendizado dos princípios da ecologia — é a possibilidade de sobrevivência da humanidade. (FRANCO, 1999).

Ainda que existam diferenças entre as comunidades ecológicas e humanas, para Capra o elo entre essas comunidades é a presença de redes organizadas abertas aos fluxos de energia e de recursos. Ambas são, portanto, estruturas determinadas por históricos de mudanças. Teorias pedagógicas mais recentes incluem novos desafios que, de certo modo, têm paralelos com a alfabetização ecológica. A compreensão de que o processo educacional é a confluência da ação de formação em três dimensões existenciais *religando saberes* assemelha-se ao conceito de sustentabilidade. Nessa perspectiva a primeira ação de

formação incide sobre a condição humana, que envolve o permanente diálogo entre as dimensões científicas e humanistas do conhecimento. A segunda dimensão é o aprender a viver que prepara os espíritos e afronta as incertezas e os problemas da existência humana. A terceira é o aprendizado da cidadania, dimensão histórica, política e cultural do processo instituinte do cidadão (CAPRA, 1977).

A união entre as idéias de *sustentabilidade e de religação de saberes* não é, contudo, uma prática simples, muito menos quando se trata de educação permanente em saúde. Vários autores descrevem os desafios existentes para realizar processos renovados de capacitação (RAMOS, 2001). Para Deluiz (2001) o conhecimento deve efetivamente ser incorporado como saber de gestão. No caso da saúde, a autora argumenta que o trabalho caracteriza-se por incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, por descontinuidades e pela necessidade de prontidão no atendimento de todos os casos, inclusive os excepcionais. Assim, o processo de trabalho em saúde é complexo frente à diversidade das profissões e dos profissionais, dos usuários, das tecnologias, das relações, da organização e dos espaços. E, além disso, é heterogêneo face às diversidades coexistentes nas instituições de saúde e à fragmentação conceitual, técnica e social (DELUIZ, 2001).

As especificidades do trabalho em saúde transitam assim, a nosso ver, nos dois campos anteriores — alfabetização ecológica e religação de saberes — pois, com base nos argumentos anteriores, é um trabalho reflexivo, no qual as decisões tomadas implicam a articulação de vários saberes que provêm da formação geral, da formação profissional e das expectativas de trabalho e social, mediados por uma dimensão ético-política.

Os intensos processos de ajustes ocorridos nos últimos anos no setor saúde confirmam os argumentos anteriores sobre a complexidade do perfil de trabalho setorial. Motta e Buss (2001) detalham que tal complexidade se transforma em uma das dificuldades presentes de construção do Sistema Único de Saúde (SUS): a pujança das reformas devem se acompanhar de processos permanentes de qualificação e requalificação. Os autores consideram que especificidades da gestão do sistema de saúde vêm exigindo formas dinâmicas e atualizadas de capacitação, com implicações nos modelos de formação. Nessa perspectiva, eleger estratégias e modelos de capacitação renovados e aderidos aos contextos de trabalho e espaço de ação do agente tende a diminuir o vácuo na formação dos profissionais frente à permanente reestruturação do modelo de atenção.

A proposta pedagógica com esse fundamento é a aprendizagem concreta e prática focalizada em atividades do contexto e do trabalho que problematizam situações cotidianas. Entretanto, estabelecer diálogos entre o processo de trabalho e as estratégias pedagógicas

torna-se um desafio maior, considerando a dinâmica de trabalho e as diferentes intencionalidades de cada sujeito de aprendizagem (MOTTA; BUSS, 2001).[11] A intervenção e fonte de processos formativos na visão dos autores deve ser, portanto, a reconstrução do modelo de atenção à saúde em processo educativo permanente.

3.2 Algumas notas de leitura sobre o conceito de política

Embora de uso muito corrente, o termo política tem significâncias variadas e interpretações abrangentes. Considerando que nos interessava influir e orientar o modelo de atenção a partir da compreensão e análise de processos de formulação de políticas, entendemos política como um conjunto de decisões estratégicas formais que orientam atividades para um determinado fim. Entendemos que política é uma construção social feita por sujeitos políticos que têm forças e limitações e desatam processos de decisão a partir de fontes sociais (BIRNER; WITTMER, 2002).

Segundo revisões da literatura feitas por Gasgó e Equiza (2002), política é o conjunto de práticas e normas — programa de ação governamental — que emanam de um ou vários atores políticos. Todas as políticas têm as seguintes características: um conteúdo ou produto; um programa ou marco geral de atuação; uma orientação normativa; um fator de coesão, conseqüência da autoridade dos atores públicos, e uma competência social que afeta aos cidadãos.

Nesse sentido, um governo ou dirigente público põe em marcha uma política pública quando detecta a existência de um problema. A política é, então, um conjunto de decisões e ações adotadas como solução para uma dificuldade considerada pelo próprio governo e pelos cidadãos como prioritária. A análise do entorno político e do interior das entidades públicas permite identificar grandes riscos e problemas a partir dos quais são formuladas diferentes alternativas estratégicas de ação (GASGÓ; EQUIZA, 2002).

De modo sintético, conformam uma política: a área de atuação; a definição de objetivos, etapas, programas e projetos prioritários, e a articulação de necessidades e de recursos disponíveis em todos os níveis. Fazem parte de uma política: a utilização de novas tecnologias e conhecimentos; a adaptação de instituições e organizações, e a capacidade dos atores. A análise de uma política contempla os seguintes elementos: objetivos da política; ações que o programa contempla; atores envolvidos, e compromissos com a política.

11 Segundo os autores *educação permanente* é um modelo difundido pela Opas e refere-se à estratégia de reestruturação e desenvolvimento de serviços a partir da análise de determinantes sociais e econômicos e transformação de valores e conceitos. *Educação continuada*, por sua vez, é atividade de ensino após a graduação, visando atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades (MOTTA et al, 2001).

No caso da saúde a formulação de políticas fica ainda mais complexa considerando a pluralidade de atores, interesses e necessidades. Ainda que a disciplina em Goiás tenha apenas tocado o tema, nós consideramos que na saúde pode-se considerar que a formulação de políticas ocorre em contextos de incertezas, nos quais existem muitas informações e as relações entre atores não são precisas (JILIBERTO; ALVAREZ-ARENAS, 2002). A incerteza ocorre porque as informações não são claras ou suficientes, os objetivos são variáveis ou porque as políticas mudam. Além disso, não se consegue prever o conjunto de fatores que influem na determinação das políticas.

A rota de formulação de políticas, nesses casos de incerteza, segue três etapas: mapeamento do conjunto de informações disponíveis; conhecimento do modelo assumido, e definição da rede de atores e cadeia de decisão. Em seguida ao diagnóstico vem o estudo de alternativas e as propostas de soluções da ação governamental para corrigir, diminuir ou compensar os problemas identificados. As soluções propostas conformam um documento que apóia a argumentação da formulação de políticas (JILIBERTO; ALVAREZ-ARENAS, 2002).

Todos os procedimentos acima são do campo teórico e reconhecemos que na saúde os processos são empíricos e determinados por múltiplos fatores, nem todos plenamente conhecidos.[12] Fundamentalmente toda política, contudo, requer uma justificativa social alcançada com a precisão da identificação e diagnóstico do problema que permitam a formulação de proposta coerente com os conflitos e modelos conceituais. Assim nos colocamos as seguintes questões para abordar com os(as) alunos(as) da disciplina: *o modelo de atenção é um problema de política pública? Em que medida as propostas de modelo são oportunidades de solução das necessidades de saúde?*

Tanto em nível nacional quanto internacional, é crescente o interesse por processos de formulação de políticas e tomada de decisões. Na atualidade os estudos de gestão têm avançado em temas como tomada de decisões com base em evidência seja no campo da ciência seja no plano social. A nossa experiência permite identificar duas tendências distintas: uma de enfoque funcionalista, que procura aportar a evidência, no processo de decisão pública; e outra, com um enfoque sociológico que busca conhecer o comportamento e interesses dos atores da sociedade com relação a assuntos específicos.

12 Era nosso desejo enquanto docentes da disciplina, aprofundar o mapa das redes de relações que influem na formulação de políticas de saúde que afetam modelos de atenção. Existe um método para estudo de redes em políticas públicas descrito em Marques 1999. Optamos por buscar, senão um mapa, alguns indicativos de atores, fontes e outras características em exercício de campo descrito à frente.

4 AS EXPECTATIVAS DOS(AS) ALUNOS(AS): O QUE TRAZEM

Em Goiás iniciamos a disciplina Modelos de Atenção à Saúde solicitando aos(às) alunos(as) que escrevessem algumas linhas sobre as expectativas que traziam para o Curso de Especialização. Como docentes, pretendíamos aproximar os conteúdos previstos às necessidades e expectativas do grupo. Entendíamos que esses(as) alunos(as) fazem parte de massa crítica e que suas percepções têm potencialidades para incentivar e operar mudanças no processo de formulação de políticas e modelos de atenção em saúde. Em seguida, consolidamos e agrupamos as expectativas expressas pelos alunos(as) e apresentamos aos autores com comentários nossos. Ao nosso ver esse material serve muito para estimular e reformular processos de capacitação de especialistas em gestão de sistemas e serviços de saúde.[13]

As expectativas dos(as) alunos(as) com relação do curso, em geral, destacam o interesse por conteúdos estruturais básicos e fundamentais do sistema de saúde, denotando que o SUS recebe continuamente novos contingentes de profissionais especializados, mas nem sempre capacitados nas temáticas atuais. Ainda que exista uma motivação com a especialização como meio de melhorar as capacidades de atuação e de prática social, o que também denota o compromisso social, os(as) alunos(as) reconhecem limites e desafios e transferem ao processo de capacitação a oportunidade de melhorar conhecimentos e possibilidades de intervir nas práticas. Os temas mais recentes como descentralização e regionalização são os mais destacados como aspectos de interesse de aprofundamento de conhecimento durante o curso.

Outros assuntos indicados, tais como novas tecnologias, novas exigências dos modelos e a redução de desigualdades, impõem a necessidade de transformar processos de ensino e aprendizagem para que as novas gerações de profissionais alcancem saltos qualitativos que permitam superar as dificuldades presentes. Ainda que os temas de interesse demarcados pelo(os) alunos(as) superem o conteúdo e o tempo da disciplina Modelos de Atenção à Saúde, foram para nós reforçadores do caminhar na discussão de formulação de políticas e modelo de atenção de modo a superar limites e buscar construir ferramentas de compreensão, análise e intervenção na realidade pelos(as) alunos(as).

As expectativas dos(as) alunos(as), escritas no primeiro momento da disciplina e, portanto, nos primeiros dias de aula do curso estão apresentadas em seguida de modo consolidado, com essa perspectiva. Identificamos 4 grupos de temas assinalados pelos(as) alunos(as).[14]

13 Os Capítulos 2, 3 e 4 da presente publicação aprofundam comentários sobre os resultados de cada um dos exercícios propostos em sala de aula e traçam correlações com os temas de modelo de atenção e formulação de políticas estudados na disciplina.

14 Para evidenciar a força e a identidade das expectativas tomamos as expressões originais dos(as) alunos(as).

Uma nova geração se aproxima do SUS

A maior parte dos(as) alunos(as) deseja conhecer os pilares do SUS constantes na legislação, diretrizes, planejamento, financiamento, política e novas formas organizativas. Querem entender melhor as dificuldades da implementação do Sistema e também conhecer outros modelos de outros países, as grandes tendências e a relação custo-benefício. No processo de aprendizagem, desejam comparar os modelos ditos neoliberais (mercado), o modelo chamado sanitarista e modelos de gestão pública dos recursos e contrato de serviços públicos/privados. Essa necessidade se expressa como fundamental para autoafirmar o percurso do SUS e validar os resultados dos processos de reforma empreendidos desde a década dos 1980.

Alguns(umas) alunos(as) assinalam que, por serem novatos no Sistema, buscam superar as deficiências, o despreparo e a desinformação para gerir o SUS. Ao tempo que se consideram novatos, têm ansiedade por maiores conhecimentos para sentirem-se úteis dentro do SUS. O interesse por tais temas demonstra que, na atualidade, com quinze anos de existência, novas gerações de profissionais ingressam no SUS e tentam compreender a história para fazer parte da concretização dos princípios. A nova geração demonstra compromisso com a saúde para todos e por todos em um modelo participativo, que luta pela justiça social e a redução de desigualdades. Muitos desses novos profissionais de saúde pública querem *usar o conhecimento com coragem para mudar e melhorar a saúde; outros procuram aprimorar a atuação para vislumbrar a melhoria na saúde*. Em todos estão presentes a força, a esperança e o desejo de mudança para lograr um mundo melhor e contribuir para o bem-estar dos cidadãos em cada realidade.

O desejo de superação profissional na saúde pública

Outros(as) alunos(as) querem *converter-se em agentes preparados para a mudança do SUS e procuram melhorar seus conhecimentos e habilidades para trabalhar de forma direta com as comunidades e, assim, contribuir para melhorar os resultados do modelo de saúde em redução de desigualdades e melhoria da qualidade*. Tais expressões indicam, em certa medida, a insatisfação com os resultados do modelo atual e o vislumbre de um caminho a seguir para melhorar os resultados do sistema de saúde. Nessa busca, procuram aprimorar o desempenho profissional para aprender novos e antigos modelos e, assim, atuar na solução de problemas, quanto à qualidade dos serviços de saúde, e entender a relação entre o controle social e o funcionamento dos modelos de saúde.

Nossos(as) alunos(as) consideram que o Sistema tem que trabalhar para melhorar os resultados na entrega de serviços de saúde e que é preciso identificar a participação e o controle social como aliados. Ao lado disso, para alguns não está clara a relação entre saúde individual e coletiva. Essas percepções são reais, considerando que o SUS ainda aprimora os mecanismos com relação à assistência a saúde e inicia o processo de trabalho para avançar na regionalização da saúde coletiva.

Avançar na reflexão crítica e transformadora

Tanto os(as) alunos(as) que recentemente se integraram ao SUS quanto aqueles que têm vários anos de trabalho — estes últimos em maioria — expressam nas expectativas que procuram obter *uma visão critica dos Sistemas de Saúde*; desejam conhecer outras experiências, outras realidades para objetivar a própria prática. Querem aprender para aplicar os conhecimentos na vida diária, reconstruir modelos e aplicar em novas realidades diversas e complexas. Desejam aprender para contribuir no processo de tomada de decisões da sociedade. Esses profissionais sabem e compreendem que o conhecimento deve iluminar as decisões com responsabilidade social.

Assim, resumem que desejam aprender para enfrentar *realidades sociais e sanitárias diversas e alcançar transparência na gestão do setor social*. Quanto a esses aspectos, o SUS tem valores de extrema importância em relação às outras realidades em processo na Região das Américas. Entre os quais o resgate da gestão pública dos recursos públicos e privados da sociedade com fins de alcance de metas na saúde. Os(as) alunos(as) estão imersos nessa realidade e, a partir dela, procuram reconstruir e transformar o SUS, conservando os pilares fundamentais e básicos constitucionais de 1988. Também estão cientes do crescimento em paralelo do subsetor suplementar de saúde e valorizam os esforços governamentais para a regulação deste segmento. Essa percepção se abre ao debate da relação público/privado com objetivo de evitar crescentes iniqüidades e/ou subsídios cruzados da sociedade no modelo de atenção à saúde.

O desafio da saúde pública e coletiva

Alguns(umas) alunos(as) querem melhorar o conhecimento sobre as práticas de saúde pública em todos os seus paradigmas para atuar com firmeza e segurança. Querem obter um modelo de saúde orientado tanto à saúde preventiva quanto à curativa. Demonstram o desejo de conhecer prós e contras dos modelos de atenção em relação ao usuário e aprofundar no percurso entre a NOB/96 e a Noas/01 em relação às mudanças do modelo.

Outro grupo assinalou a curiosidade de aprofundar estudos sobre os resultados da regionalização e dos desafios futuros. E, ainda, entender as oportunidades que a era informática oferecia para a organização dos novos modelos de organização, inclusive quanto à modernização da gestão pública no referente à relação e regulação de entidades filantrópicas e privadas. Apontam também o interesse pelo tema da parceria e interação entre diferentes atores na busca de ações e soluções de problemas. Finalmente, aparece interesse incipiente por aprofundar os temas de financiamento e de economia da saúde para regular a gestão financeira em função da redução de desigualdades.

5 A PERCEPÇÃO DO MODELO EXISTENTE *VIS-À-VIS* O MODELO DESEJADO

A partir da riqueza de interesses expressos pelo conjunto das turmas vimos um grande desafio de aprendizagem em mão-dupla na disciplina Modelos de Atenção à Saúde. Assim, na busca de abordagens inovadoras — o que exigiu muita criatividade de nossa parte e a participação compartilhada com os(as) alunos(as)— que estimulem reflexões e possibilitem mudanças históricas (aprendizagem ecológica). E para introduzir o tema de modelo de atenção solicitamos a cada aluno(a) uma representação do modelo de atenção.

Assim, solicitamos que cada um desenhasse em uma folha de papel a imagem que tinha do modelo de atenção à saúde vigente no SUS. Em seguida, desse um título singelo que expressasse a mensagem da sua obra. O titulo permite, ao nosso ver, expressar de forma resumida e contundente a percepção de cada aluno(a). Em outro momento, pedimos a descrição, em um parágrafo, do modelo atual percebido e representado. E, finalmente, que escrevessem sobre um modelo ideal de atenção e suas implicações para o processo de formulação de políticas. Todos desenharam a visão do modelo vigente; muitos conseguiram pôr um título. Um grau de dificuldade surgiu no momento de escrever o modelo ideal.

Nós consideramos, a partir dos resultados desses exercícios, que as expectativas e percepções dos(as) alunos(as) sobre o modelo de atenção, quando interpretadas e compartilhadas, tinham potencialidade de promover aproximações teórico-conceituais com a formulação de políticas. Os desenhos dos(as) alunos(as) manifestam que no SUS ainda persistem inconformidades não superadas do modelo atual de atenção. Com base nisso, incluímos nos conteúdos teóricos alguns paradigmas históricos da construção de modelos

de saúde na sociedade. Os argumentos teóricos estudados e as percepções dos alunos(as) em nossa proposta são os fundamentos para refletir sobre a fragmentação da atenção resultante em parte das tendências em concentrar esforços no modelo curativo e hospitalar.

Nesse sentido, a incongruência relativa entre modelo percebido e desejado reflete em certa medida contradições da realidade. Polaridades entre modelos de atenção orientados à saúde ou às enfermidades foram tratadas em sala de aula de modo crítico frente aos problemas de saúde individuais ou coletivos. Assim, o modelo curativo e hospitalar e a saúde individual e coletiva são propostos como eixos horizontal e vertical e configuram campos dialéticos da prática da saúde, ao mesmo tempo excludentes, complementares e sinérgicos. Em nossa perspectiva estava indicado um caminho para construir paralelos entre o modelo e a formulação de políticas de saúde.

Com base nas configurações do sistema nacional de saúde é possível identificar campos da saúde. Esses podem ser simplificados em: *saúde assistencial* dirigida à doença para restabelecer o equilíbrio perdido; *saúde individual*, com ênfase em estilos saudáveis, que requer mudanças de práticas de vida do indivíduo na sociedade; a saúde coletiva, com orientação intersetorial para gerar e produzir comunidades saudáveis em ambientes limpos, com água potável, saneamento básico, escolas saudáveis, ergonomia no trabalho, lazer, e recreação para a convivência cidadã. E, finalmente, a necessidade de *sistemas ativos e participativos de vigilância epidemiológica e sanitária* para a luta contra antigos e novos problemas da sociedade, não limitados exclusivamente aos problemas produzidos por vírus, bactérias e fungos. Tais sistemas devem captar problemas da modernidade como: a violência; o acidente, e a drogadicção, que requerem concepção do conceito de vigilância acrescido de problemas sociais e incrementado pela fome, o desemprego e desesperança da sociedade.

Um modelo de atenção integral tem, ao nosso ver e de acordo com as expectativas dos(as) alunos(as), que perpassar os quatro campos de trabalho acima para produzir saúde e limitar os efeitos de enfermidades. Para lograr tal modelo ideal de atenção à saúde, é requisito fundamental a redefinição das formas de organização, de funcionamento e de financiamento das políticas de saúde, para que os resultados sejam compatíveis com as necessidades e recursos alocados pela sociedade. Para a formulação do modelo de atenção é necessário, portanto, a ampla participação dos cidadãos para alcançar responsabilidade social (STARFIELD, 2002).

O processo de formulação de políticas participativo não é, contudo, o único movimento no contexto da saúde. Vivemos em uma época onde os avanços tecnológicos da Medicina

são capazes de assombrar com descobrimentos na genética, na tecnologia refrativa e na reconstrutiva. Hoje é possível remodelar e reconstruir os organismos com os transplantes de tecidos, com as válvulas cardíacas, com implantes de todo tipo. Entretanto, nesse mesmo contexto, milhares de crianças, mulheres e homens continuam morrendo de desnutrição, diarréia, pneumonias, intoxicações; adultos jovens ainda morrem por falta de detecção precoce e tratamento de enfermidades crônicas. O acesso desigual e injusto às novas oportunidades da tecnologia e conhecimento sanitário é além de uma contradição na modernidade, um outro o desafio para a mudança no modelo de atenção.

A partir dessas discussões nós e os(as) alunos(as) do curso tivemos oportunidades de refletir e reconstruir conhecimentos e práticas. O exercício solicitado de representar em uma página a visualização do modelo de saúde vigente permitiu entender a diversidade de aproximações possíveis para expressar a(s) realidade(s). Técnicas projetivas e gráficas como desenho são recursos valiosos de expressão para além de palavras, pois ao realizar o desenho confluem vários fenômenos: limitações, compromissos, formas conscientes e inconscientes de sentimentos. A partir dessa representação da realidade é possível em coletivo compartilhar sensações e percepções comuns sobre características do modelo vigente e desejado. Em uma página é mais transparente a percepção e, por fim, a realidade do que aquilo que pode ocultar-se na retórica das palavras.

6 ROTAS, FONTES E ESPAÇOS DE FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS NA SAÚDE

O tempo delimitado e os objetivos da disciplina Modelos de Atenção e Formulação de Políticas nos levou a trabalhar a compreensão de cada aluno(a) sobre as associações da política com o modelo de atenção. Em um dos exercícios propostos na disciplina, os(as) alunos(as) realizaram entrevistas com dirigentes, atores ou pessoas que participaram de formulação de políticas. O objetivo era colher material empírico para a discussão em sala. Em geral, os(as) próprios(as) alunos(as) identificaram conceitos que querem entender ou conhecer melhor, entre esses: política e ator (Construção de Mapa de Relações entre Atores, Anexo D).

O material recolhido pelos(as) alunos(as) nas entrevistas foi riquíssimo e, apenas com uma leitura rápida, alguns aspectos nos chamaram atenção. É possível observar que a percepção do que é política e de quem faz política ainda está restrita e focalizada nas

ações dos governos centrais. Em decorrência o ator social é confundido, em alguns casos, com o cargo público ou político. As fontes de informação mais citadas pelos entrevistados são documentos, eventos, estudos e a própria ação cotidiana.

De acordo com o coletado nas entrevistas realizadas na disciplina, influem no processo de formulação de políticas variados aspectos. Desde os cargos ocupados, os recursos envolvidos, o poder econômico, as organizações, até a capacitação, a academia, os foros e os organismos de representação. De outro lado, os interesses políticos opostos são os principais fatores de veto às propostas políticas.

Embora na visão dos entrevistados quem participa da formulação de políticas são os próprios segmentos sociais beneficiários ou outros segmentos organizados da sociedade, reconhecem que as políticas econômicas são orientadoras das políticas em geral. As entrevistas demonstram que no processo de formulação de políticas ocorreu, na visão dos entrevistados, a emergência de novos atores, pluralismo e pluralidade e tendência ao formalismo decisório. Ao lado do ativismo setorial, os entrevistados atribuem uma hierarquia na capacidade de formulação de políticas notadamente entre níveis de governos.

Em geral os entrevistados referem ao processo de formulação de política outros procedimentos como: consensos e parceria; resgate da cidadania; atenção aos grupos mais vulneráveis, e força política. Quanto aos resultados das políticas, para a maioria, permanece conhecimento insuficiente e a preocupação com o imediato, e existe a perda do acompanhamento dos resultados.

Ainda que de forma incipiente observamos, pela leitura das entrevistas, que atores mais próximos ou comprometidos com os beneficiários vinculam o processo de formulação à participação social. Em outros casos não é reconhecido que existem grupos organizados da sociedade que influenciam as políticas públicas. Por outro lado, em relação ao SUS, há referência ao distanciamento, no sentido de que quem formula não utiliza os serviços. Há um ressentimento de que os espaços de participação são utilizados como referendo de propostas prévias. E, quanto à efetivação das políticas, haveria um condicionamento da decisão, a depender de cada gestor.

Os dois últimos aspectos sintetizam a avaliação de um processo decisório de cima para baixo e a formulação centralizada, aliada à compreensão de que as decisões políticas não estão ao alcance dos técnicos e atendem aos interesses dominantes.

7 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS INTEGRAIS NO SUS: ABRINDO O DEBATE

Ainda que o objetivo desta publicação não seja responder a todos os questionamentos que o tema traz, a organização das atividades realizadas pelos(as) alunos(as) é uma contribuição relevante ao avanço do tema. As questões que suscitam fazem parte de outras que enfrentam outros atores para lograr mudanças de comportamento individual e social e avançar em mudanças do modelo de atenção, a partir da formulação de políticas integrais no SUS.

7.1 Contextos de formulação das políticas e relações com o modelo de atenção

Situações de polaridade têm mobilizado o interesse político: saúde e a doença; cuidado ambiental e acidentes de contaminação; transparência e corrupção; guerra e paz; solidariedade e individualismo; equidade e iniqüidade sociais. Entretanto, a formulação de políticas não ocorre em um vácuo. De um lado há interesses contra as desigualdades, a pobreza, a falta de proteção social; a contaminação; o abuso do uso tecnológico; as restrições de patentes; e, finalmente, contra todas as formas de violência e abuso social. De outro, existem interesses em expandir o poder político e econômico, ampliar as fronteiras e expandir o poder econômico e a influência cultural.

Tal contexto sugere a presença de forças opostas na formulação de políticas e algumas luzes para esse dilema podem surgir do equilíbrio entre o enfoque racional e o sociológico sobre o processo de tomada de decisões públicas. Entretanto, ao nosso ver, é comum na saúde pública nos aproximarmos dos problemas com o enfoque racionalista. Apoiamos a formulação de planos, programas e metas que tentam beneficiar o desenvolvimento das políticas públicas de saúde, utilizando modelos de análises funcional, baseados em exercícios de identificação de problemas, seguidos da identificação de alternativas, com as respectivas soluções a partir de um enfoque participativo. Posteriormente, trabalhamos em atividades, tarefas, recursos e indicadores de avaliação.

Ainda que esses procedimentos normativos possam ser válidos para favorecer o encontro de verdadeiras soluções, devem ser reconhecidos alguns limites de enfoques racionais. Pelo menos duas limitações da abordagem estritamente racional dos problemas sociais podem ser destacadas: a capacidade de transformação dos fenômenos ligados às causas; e a dificuldade de se alcançar pactos sociais para radicalizar as decisões que conduzem a uma ordem social mais eqüitativa. Em certa medida, o formalismo racional mantém o *status quo* estrutural o qual privilegia a imobilidade de privilégios e a não solidariedade.

O grande desafio das políticas públicas é, fundamentalmente, que o Estado assuma posição ativa na construção de sistemas e modelos de atenção universais para beneficiar por escala as grandes maiorias da população; sistemas que garantam a proteção social e qualidade para todos e por todos em forma solidária. E, ainda, lograr que as políticas redundem em sistemas e serviços mais inclusivos, eqüitativos e solidários.

Nesse múltiplo cenário e de acordo com nossa perspectiva, introduzimos o tema de formulação de políticas e a prática do modelo de saúde. Embora o papel da sociedade seja relevante, as situações de desigualdades de acesso aos bens públicos impõem a necessidade do papel regulador por parte do Estado, de modo a alcançar modelos de atenção integrais, acessível e de boa qualidade fundamentados na prática coletiva de acordo com o conhecimento acumulado pela sociedade. Por parte dos atores sociais, o desafio é encontrar espaços de prática social. Para nós este seria o ponto de partida para entender o complexo processo de tomada de decisões. Entretanto, entendemos que possui dinâmicas que demandam compreensão mais profunda.[15]

Nas políticas de saúde, portanto, múltiplos interesses e influências estão presentes na formulação e na implementação. Os modelos de atenção, por sua vez, se estruturam com referência às políticas de saúde vigentes. Recorrendo à historia é possível identificar os modelos de atenção com referência às políticas sociais. Encontramos desde o enfoque da seguridade social com modelos de cunho assistencialista, até a construção de sistemas de saúde com modelos fragmentados; políticas liberais com modelos de orientação ao mercado; políticas de bem-estar com modelos integrais e universais; políticas neoliberais com modelos de seguros públicos e privados. Observa-se neste cenário dinâmico o surgimento de propostas de incorporação de terceira onda de reformas com enfoques de proteção social mais solidários e integrais, não dirigidos exclusivamente a resolver demandas de serviços de saúde individual com enfoque curativo, mas incorporando a prevenção e o controle.

15 A Opas/OMS vem buscando aproximar-se do tema nas atividades de Cooperação Técnica Descentralizada (www.opas.org.br/servico). Em 2002, realizou uma Oficina de trabalho em Porto Alegre com a participação de interlocutores governamentais para discutir o processo de formulação de políticas. O aspecto mais relevante apreendido com essa Oficina foi a necessidade de conhecer e compreender o pensamento de diferentes atores em processos de construção de políticas públicas para a solução de problemas de saúde. Entre os atores com influência foram destacados: a sociedade organizada; os meios de comunicação social; o legislativo e o judiciário; a procuradoria de direitos humanos; os três níveis do executivo; os entes formadores de recursos humanos; e os organismos internacionais.

7.2 Fontes para a formulação de políticas

As contribuições da OMS e da Opas têm sido importantes neste tema. Vários estudos e documentos têm ressaltado a necessidade de reorganizar os modelos de atenção para dar respostas às necessidades dos países, priorizando problemas, e de acordo com os recursos existentes. Em 1977, a Assembléia Mundial da Saúde decidiu que a principal meta social dos governos deveria ser a de prover, até o ano 2000, a todos os cidadãos um nível de saúde que lhes permitisse ter vida social e economicamente produtiva. Relatórios produzidos durante as assembléias são matrizes de formulação de políticas com pressupostos de redução de desigualdades.

Historicamente documentos de agências internacionais de cooperação vêm orientando políticas e modelos de atenção. Em 1920 o Relatório Dawson propôs a organização ascendente do modelo de atenção por níveis de complexidade, sendo o primário a porta de entrada do sistema regionalizado. Ainda que tais documentos tenham influenciado a organização de modelos de saúde, tiveram pouca influência nos modelos de seguridade e de uso de alta tecnologia. Decorridos tantos anos, todos os países ainda vivem processos de renovação dos modelos de saúde. Na maior parte deles é perseguida a idéia de alcançar modelos integrais e humanitários com enfoque de participação social (STARFIELD, 2002).[16]

Sem dúvida, na atualidade, existem brechas apreciáveis entre a visão ideal e a realidade. Alguns paises têm modelos realmente excludentes, ainda que na formulação de políticas apreciem as declarações retóricas; outros cumpriram as expectativas formuladas e se deparam com novos e emergentes problemas (GUIMARAES, 2001). Tal cenário nos instiga a perguntar: quais são as diferenças entre esses processos políticos? Como analisar realidades para lograr mudanças substanciais que sejam aceitas pela sociedade? Em que medida os modelos implantados por reformas orientadas a privilegiar o mercado competitivo de serviços de saúde significaram um retrocesso ou avanço da atenção primária em saúde? Em que medida se avança no cumprimento da Carta de Ottawa, que evoca a formulação de políticas públicas saudáveis e a reorientação dos serviços de saúde com enfoque de promoção da saúde? E as iniciativas de medicina familiar e saúde da família implementadas em alguns países, ao lado da modificação do modelo dominante de uso intensivo do hospital e dos centros ambulatoriais de alta e média complexidade?

16 Os esforços da Opas/OMS se somam aos de governos para aproximar a prática integral em programas e serviços. Países tentam prover conjunto básico de prestações e serviços individuais e coletivos para atender às necessidades com os recursos existentes e reduzir desigualdades. Os modelos que estão em processo de implementação buscam privilegiar a participação e a comunicação social para lograr apropriação por parte da sociedade de novas práticas.

7.3 Espaços de formulação de políticas e construção de consensos

A partir dessas leituras, consideramos que, para a disciplina de Modelos de Atenção à Saúde, era útil pesquisar e analisar processos locais de formulação de políticas que nos permitissem transitar por um novo caminho. Assim surgiu a idéia de incorporar e abrir espaço de trabalho e discussão do tema mediante leituras, exercícios e atividades de campo. Entretanto, reconhecemos que a dimensão de trabalho desse tipo extrapola o tempo previsto para a disciplina e, assim, não pretendemos esgotar ou aprofundar demasiadamente a análise de redes, mas simplesmente introduzir questões e suscitar o delineamento do campo. Pretendemos introduzir os(as) próprios(as) alunos(as) como elementos e atores parte da rede de relações da formulação e implementação de políticas. Contamos para isso com o interesse, a criatividade e a boa vontade dos(as) alunos(as), que colaboraram nas atividades apresentadas e sistematizadas nesta publicação.

Neste sentido, nos aproximamos das contribuições do estudo de Marques (2001), que utiliza um método de mapeamento de interações e conformações de redes sociais em políticas públicas. O autor analisa como a teia de interações estrutura padrões organizacionais no interior do Estado, e padrões de relações entre interesses público e privado. Introduz o conceito de permeabilidade do Estado, o qual contribui para a compreensão das relações entre Estado e sociedade com influências na construção de políticas públicas e tomada de decisões. A rede de interesses condiciona ainda o resultado social, e a correlação do poder direciona o curso do resultado social.

REFERÊNCIAS

BIRNER, R. ; WITTMER, H. **Transformando el capital social en capital político**: cómo adquieren influencia política las organizaciones locales. Comentario por César Nicandro Cruz, Collección de Reseñas. Disponível em: <http://www.iigov.org>. Acesso em: fev. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Relatório:** Brasília, DF, 2002.

_____. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 2003.

DELUIZ, Neise. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, DF, v.1, n. 2, p. 5-15, maio 2001.

DONABEDIAN, Avedis. The assessment of need. In:_____. **Aspects of medical care administration**. Cambridge, Boston: Harvard University Press, p. 58-77, 1973.

EDER, Klauss. As sociedades aprendem mas o mundo é difícil de mudar. **Lua Nova**, n. 53, 2001.

FRANCO, Augusto de. Alfabetização ecológica. **Revista Século XXI**, n. 3, set. 1999.

GASCÓ, M. ; EQUIZA, F. **Formulación de políticas públicas de transición a la sociedad del conocimiento: el caso argentino**. Disponível em: <http://www.iigov.org>. Acesso em: fev. 2003.

GUIMARÃES, L. **Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad**: elementos fundamentales para la formación de un marco normativo. Washington, DC:OPS/OMS, 2001. Disponível em:<http://www.paho.org>.

JILIBERTO, R.H. ; ALVAREZ-ARENAS, M.B. **Modelos de conocimiento para la formulación de políticas en contextos de incertidumbre**: el caso de la política de contaminación hídrica por la agricultura en Chile. Disponível em: <http://www.iigov.org>. Acesso em: fev. 2003.

MARQUES, E. C. Redes sociais e instituições na construção do Estado e da sua permeabilidade. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 41, p. 45-67, out. 1999.

MOTTA, J. I. J. ; BUSS, Paulo Nunes T. C. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. **Olho Mágico**, Londrina, v. 8, n. 3, p. 4-8, set./dez. 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - Opas. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 2003.

RAMOS, Marise N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. **Formação**, Brasília, DF, v.1, n. 2, p. 17-26, maio 2001.

STARFIELD, B. **Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

CAPÍTULO 2
A IMAGEM *NA* SAÚDE: UMA VISÃO SETORIAL NOS DESENHOS DE PROFISSIONAIS QUE MILITAM NA SAÚDE

Autores: *Carlos Henrique de Oliveira Furtado*, Celene Santana***

"A injustiça feita a um é ameaça feita a todos."

Charles-Louis de Secondat Montesquieu

INTRODUÇÃO

Neste capítulo apresentaremos aos(às) leitores(as) uma das experiências vividas pelos(as) alunos(as) do *Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, dentro do conteúdo programático da disciplina Modelos de Atenção à Saúde e Formulação de Políticas Públicas de Saúde*, ministrada durante o primeiro módulo de setembro a novembro de 2002, por Luisa Guimarães e Eduardo Guerrero, respectivamente do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS).

Com este relato objetivamos compartilhar a riqueza do material produzido bem como sua análise, abrindo espaço para que o(a) leitor(a) se sinta convidado(a) a tecer suas próprias indagações e considerações sobre o material que vamos comentar. Para tanto, criamos o endereço eletrônico cursogestaosaude@hotmail.com, como um meio de interagir com os(as) leitores(as) e receber opiniões sobre o trabalho realizado neste capítulo.

O marco inicial foi a primeira aula da disciplina, quando os professores adotaram uma didática que combinou desde modernos recursos audiovisuais até *slides*, palestras, textos complementares e atividades práticas em sala de aula. Aqui estaremos tratando em específico de uma dessas atividades, desenvolvida pelos(as) alunos(as), com base numa

* Professor de Inglês/Letras e Gestor Público do Estado de Goiás/SES.
** Psicóloga e técnica da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás/SES.

técnica bastante simples: *o desenho*. Esse tipo de exercício lúdico tem aplicação em várias áreas, como por exemplo, na Arteterapia e na Psicologia, onde a linguagem oral e escrita cede lugar à imagem, a fim de comunicar o pensamento criativo.

A metodologia empregada se revelou um valioso recurso na abordagem conceitual do tema proposto. Foi solicitado aos(às) alunos(as) que desenhassem em uma folha de papel a imagem que tinham do modelo de atenção à saúde existente; e posteriormente que escrevessem sobre esse modelo. Em outro momento foi solicitado que cada um escrevesse também sobre o modelo de saúde que desejava. Com essa técnica, ocorreu uma condição de expressão lúdica de significados que emanam dos próprios sujeitos. Em psicologia, técnicas projetivas, como o desenho, são métodos potentes para expressar visões ou percepções e sentimentos de modo mais livre.

No nosso caso, o resultado foi bastante variado e surpreendente em qualidade, de tal forma que motivou aos professores e a nós mesmos idealizar a possibilidade de apresentar tal material como uma visão de atores sobre a saúde. Depois de análise apropriada, feita com a participação de todos os autores deste volume, estamos apresentando um panorama de expressão sobre o modelo de atenção cujo conteúdo traz elementos relevantes para a reflexão sobre o cenário da saúde.

A proposta de trabalhar com os materiais produzidos para conformar um volume foi apresentada pelos professores da disciplina aos(às) alunos(as) no final do módulo. Nesta ocasião, o convite foi feito a todos os(as) alunos(as) que se interessassem pelo tema de formulação de políticas. Após trocas de mensagens eletrônicas que reforçaram o chamamento, ocorreram confirmações das adesões. Com isso, se constituiu o grupo de autores que aceitou o desafio de trabalhar os exercícios da disciplina na perspectiva de um Volume. A iniciativa foi ousada; todavia devido a outras obrigações muitos(as) alunos(as), apesar do interesse, não puderam participar. Contudo, devemos ressaltar a importância da contribuição de todos, sem a qual a conclusão deste capítulo, em específico, e do volume como um todo não seria possível.

A publicação e distribuição dos exercícios na *Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde* da Opas/OMS é um resultado de vários esforços. Acreditamos que trata-se de uma aventura segura, orientada e guiada pelos professores(as) da disciplina e coordenadores do curso. A nossa participação como autores em um projeto de criação tão dinâmico e rico é, finalmente, uma profunda aprendizagem.

Entendemos que a metodologia de expressão pelo desenho do tema central da disciplina tem ainda o valor de complementar a linguagem. Se já na pré-história, as ações do cotidiano eram representadas por desenhos nas cavernas podemos considerar com Moreira

(2003) que todo público consome algum tipo de arte. Entendemos, portanto, que antes da escrita o homem já manifestava seus sentimentos e experiências cotidianas por meio de representações gráficas. Assim, convidamos o(a) leitor(a) a prosseguir junto conosco nessa fascinante jornada que é entender o mundo da saúde via as imagens de profissionais que efetivamente fazem saúde.

O texto deste capítulo está organizado de modo a contribuir para a melhor visualização por parte do(a) leitor(a) das representações dos alunos(as). Na Introdução fizemos referências à origem da idéia que nos motivou a executar tal trabalho. Em seguida, em seis títulos descrevemos o nosso entendimento dos desenhos criados em sala de aula. Incluímos a reprodução dos desenhos de modo a que o(a) leitor(a) possa também ver a arte. Ao final tecemos comentários gerais sobre o tema e a importância da capacitação de recursos humanos para o estado de Goiás frente aos novos desafios na gestão do Sistema Único de Saúde.

Antes de prosseguirmos, gostaríamos de agradecer, uma vez mais, aos professores da disciplina que idealizaram este volume e ao professor Ivan Maciel, em nome da coordenação do curso em Goiás.

1. A SAÚDE RETRATADA PELA ARTE DO DESENHO

Durante as aulas da disciplina ocorreu a atividade que solicitou aos(às) alunos(as) uma habilidade artística talvez de há muito esquecida por aqueles que normalmente se vêem envoltos por documentos escritos numa dura realidade cotidiana. Esta habilidade específica qual não foi se não a do ***desenho***.

Para muitos de nós, o desenho é uma atividade relacionada aos primeiros anos da infância e aos bancos escolares. Nesse sentido, em nada condizente ao mundo dos adultos e muito menos à realidade do Sistema Único de Saúde, em fase de implementação e consolidação em nosso país. Esta parece ter sido a percepção inicial dos colegas de curso quando tal atividade nos foi solicitada pelos(as) professores(as). O exercício consistiu em realizar um desenho individual que enfocasse o modo como cada um via o atual *Modelo de Atenção à Saúde*. O desenho de tal modelo deveria ser relacionado às atividades vivenciadas pelos(as) alunos(as) em sua realidade diária, de tal forma que um mundo variado e diferentes aspectos viessem à tona, levando-se em consideração que os mais diversos setores da saúde se encontravam representados ali na sala de aula por diferentes profissionais.

Segundo Hammer (1981, p.2), historicamente o homem utiliza desenhos para expressar ações e sentimentos, mesmo antes dos símbolos que registraram a fala. Ressalte-se que o indivíduo começa a usar a comunicação gráfica numa época muito precoce de sua vida, antes mesmo de desenvolver a escrita.

Teorias mais modernas, como a Psicanálise, mostram que o intelectualismo e o verbalismo exagerados são impostos sobre níveis mais profundos e mais primitivos da modalidade inconsciente do ser humano. O mais profundo, nesta perspectiva, se expressa por meio de imagens. O pressuposto do uso de técnicas projetivas é que o sujeito desenha o que ele é e não como as coisas são.

Apesar da surpresa inicial, nós conseguimos dar vazão a nossa veia artística e produzimos verdadeiras *obras de arte*, que, se não o são do ponto de vista do estilo, com certeza o são quanto às realidades retratadas. Como todos podem ver nos desenhos dispostos ao longo deste capítulo, fomos libertos das amarras impostas pela escrita, tão ligada ao nosso policiado e limitador consciente e mergulhamos num mundo de imagens ligadas ao nosso inconsciente e que tão ricamente ornamentam este volume.

Poderíamos afirmar, com base nos escritos da Psicanálise, que *as imagens escapam com mais facilidade do superego do que as palavras, alojando-se no inconsciente e por este motivo o indivíduo expressa-se melhor de forma não verbal* (ARTERAPIA, 2003). Aqui sem dúvida, nos deparamos com um conceito importante, o da projeção. Segundo Laplanche e Pontallis (1970, p.478), em Psicologia projeção é um processo através do qual o indivíduo responde ao ambiente em função de seus próprios interesses, hábitos, estados afetivos, expectativas e desejos. Já no sentido psicanalítico, ainda para os autores, é a operação pela qual o indivíduo expulsa de si e localiza no outro, pessoa ou coisa, qualidades, sentimentos, desejos e mesmo objetos que ele desdenha ou recusa em si. Neste caso pode ser compreendida como um mecanismo de defesa de origem muito arcaica.

As técnicas projetivas são utilizadas em ambientes terapêuticos, com base nos conhecimentos da Psicanálise, como um meio de estimular a imaginação, de evocar e de expor imagens simples, fantasias e intenções. Desta forma, as projeções imaginativas de elementos reprimidos e inconscientes e elementos não aceitáveis ou mesmo admirados pelos sujeitos tendem a se expressar em desenhos.

No campo de conhecimento da Psicanálise, encontramos justificativas para a inclusão das imagens no lugar de textos para expressar assunto tão delicado quanto aqueles do setor saúde. As imagens, por sua vez, são ligadas ao nosso inconsciente e permitem

nossa expressão de forma simples e verdadeira, sem disfarces ou limitações. Assim, nossa realidade e nossos problemas diários são desvelados.

A Psicologia, como outros campos do conhecimento, foi citada para apoiar o enfoque teórico de nossas afirmações e não com vistas a esgotar as possibilidades de análise ou interpretação da produção dos(as) alunos(as), o que certamente escapa aos objetivos do Volume. A Arteterapia, por seu turno, é uma das principais técnicas a que poderíamos aludir para que o(a) leitor(a) possa nos acompanhar no caminho que traçamos para organizar a apresentação dos desenhos. O próprio nome já evidencia a mescla de arte com terapia. De um lado podemos ter representações da arte, como a pintura, música, literatura, escultura, colagem e o desenho, entre outras. E, de outro a mescla destas artes com abordagens terapêuticas, como por exemplo, a Psicologia, Psicopedagogia e a Terapia Ocupacional, entre outras. A Arteterapia preconiza que o importante não é o estético e sim o significado que se extrai das técnicas projetivas e expressivas, como é o caso dos desenhos.

> *Uma obra de arte consegue, por si só, transmitir sentimentos como alegria, desespero, angústia e felicidade, de maneira única e pessoal. (...) A utilização de recursos artísticos (...) figuras, desenhos (...) tem como finalidade a mais pura expressão do verdadeiro self não se preocupando com a estética, e sim com o conteúdo pessoal implícito em cada criação e explicito como resultado final (ARTERAPIA. 2003).*

O desenho é, portanto, um meio de expressão e comunicação entre a realidade interna e a externa. Segundo Lowenfeld (1976), o desenho, bem como a pintura e a construção, constitui um processo complexo, onde o sujeito reúne elementos de sua experiência para formar um conjunto com um novo significado.

É com base nesses argumentos que acreditamos ser bastante possível e relevante a análise do exercício da disciplina, uma vez que os desenhos claramente se referem às questões debatidas no setor saúde em todo o território nacional, em suas mais variadas visões e temáticas. Ressalte-se que a heterogeneidade do grupo de alunos(as) é grande e, portanto, responsável por um conjunto de expressões ainda mais diversificadas.

1.1 Sobre a organização dos desenhos

No momento em que estávamos trabalhando com o conjunto dos desenhos para organizar o capítulo, também nos ocorreu o fato de que a linguagem simbólica pode ter várias abordagens quanto à tentativa de transpô-la para a linguagem escrita. Assim, dificilmen-

te alguém faria tal transposição sem contaminar o pensamento subjetivo inicial do autor do desenho. Em nossas reuniões com os organizadores e demais autores do volume, pudemos debater este tema e alcançar um consenso de que a tarefa seria mais facilmente realizada se assumíssemos o peso e a responsabilidade de que, ao agrupar os desenhos em algumas categorias ou temáticas, seria inevitável lidarmos com nossas subjetividades.

Entretanto, consideramos que tal *contaminação* deveria ser vista como uma contribuição e não como um desvirtuamento da expressão ou da proposta inicial feita pelos(as) professores, pois trata-se de conhecimentos agregados à imagem inicial. Conhecimentos estes que foram aprendidos, apreendidos e compartilhados por ocasião da atividade que originou este volume assim como de outras ao longo do curso.

O passo seguinte foi, frente aos 70 desenhos, buscar atentamente aspectos que pudessem levar à melhor abordagem dos mesmos. Conseqüentemente, percebemos a repetição de alguns temas a partir dos quais foi possível fazer um ordenamento por tópicos temáticos que facilitassem nossos comentários. Este ordenamento, em nossa ótica, otimiza as vivências expressas pelos autores dos desenhos quanto aos simbolismos e se estendem à realidade de todos aqueles que, como nós, atuam no setor saúde. Nesse contexto, notamos inclusive um navegar pelo atual e por outros modelos de atenção à saúde que já existiram no país.

Os desenhos constam deste capítulo e estão organizados nessa lógica. O ordenamento dos desenhos foi feito em cinco temas que compõem o tema central do exercício modelo de atenção. Nesse sentido, o primeiro deles engloba aqueles desenhos cuja expressão evoca diretamente, ao nosso ver, o tema de *Modelos de Atenção à Saúde*. Um segundo conjunto de desenhos exibe conteúdos relacionados aos processos de *Regionalização e Descentralização dos Serviços de Saúde e assim foram agrupados*. Outra série de desenhos transmite a preocupação com questões da Demanda por Serviços de Saúde Resolutivos e assim conformaram o terceiro conjunto. *A Questão da Assistência Farmacêutica e do Medicamento na Solução de Problemas de Saúde* surge em alguns desenhos e conformam o quarto conjunto. Por fim, um quinto conjunto de desenhos amplia a representação para o que denominamos de SUS: *a caminho da consolidação do Sistema de Saúde*.

Assim, ao contemplar os desenhos, elencamos os principais temas que identificamos correlatos ao Modelo de Atenção e Formulação de Políticas. Entretanto, ressaltamos e convocamos o(a) leitor(a) para que, ao percorrer com os olhos as imagens *na saúde,* sinta-se à vontade para reordená-las em sua mente e construir seu próprio ordenamento. De tal forma que possa, independentemente de nossa visão, desenvolver o entendimento

particular e único ao deparar-se com uma obra de arte, aplicando-o, na medida do possível, ao cotidiano num provável exercício de auto-reconhecimento de suas realidades. Os tópicos principais que as imagens analisadas evocaram em nossas mentes estão a seguir.[1]

2. MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O Sistema de Saúde estabeleceu que o modelo de atenção é hierarquizado em três níveis: primário, secundário e terciário. Alguns consideram a existência de um quarto nível. É justamente o primeiro nível, o da Atenção Básica (AB), que é responsável pelo primeiro contato do indivíduo com o Sistema; é onde se encontra a porta de entrada. Isso pressupõe que o usuário possa, pela porta de entrada, ter acesso aos serviços de forma rápida, na medida, na hora e no tempo certo, ou seja, com eqüidade.

Muitos autores e variadas interpretações existem de modelos de atenção à saúde ou assistenciais. Estes podem ser definidos genericamente como combinações de saberes, conhecimentos e técnicas, métodos e instrumentos, utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Nesse sentido, um modelo de atenção não é simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar — gerir ou gerenciar — um sistema de saúde. Os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos — profissionais de saúde e usuários — mediadas por tecnologias — materiais e não-materiais utilizadas no processo de trabalho em saúdes, cujo propósito é intervir sobre problemas, danos e riscos — e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (PAIM apud TEIXEIRA, 2000).

Como forma de redimensionar a AB, dando-lhe inclusive um cunho de reorganização do modelo de atenção, lançou-se mão da estratégia do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF). Tais estratégias visam aproximar ainda mais o usuário e o Sistema, numa verdadeira busca ativa, atendendo aos princípios divulgados pela Norma Operacional da Assistência (Noas) de facilitar ao máximo a acessibilidade do usuário à rede hierarquizada de saúde. O PSF, entendido neste contexto, possui um ideário louvável.

> *"O Programa de Saúde da Família, por sua vez, contribui para a reorganização do modelo assistencial, tendo como base uma equipe de saúde que presta assistência através de*

1 De modo a resguardar os autores, os desenhos, quando solicitados em sala de aula, não foram assinados.

abrangências delimitadas por núcleos familiares em determinada área. Essa clientela passa a ser a porta de entrada do sistema" (MS 1996b, apud LIMA e PASTRANA).

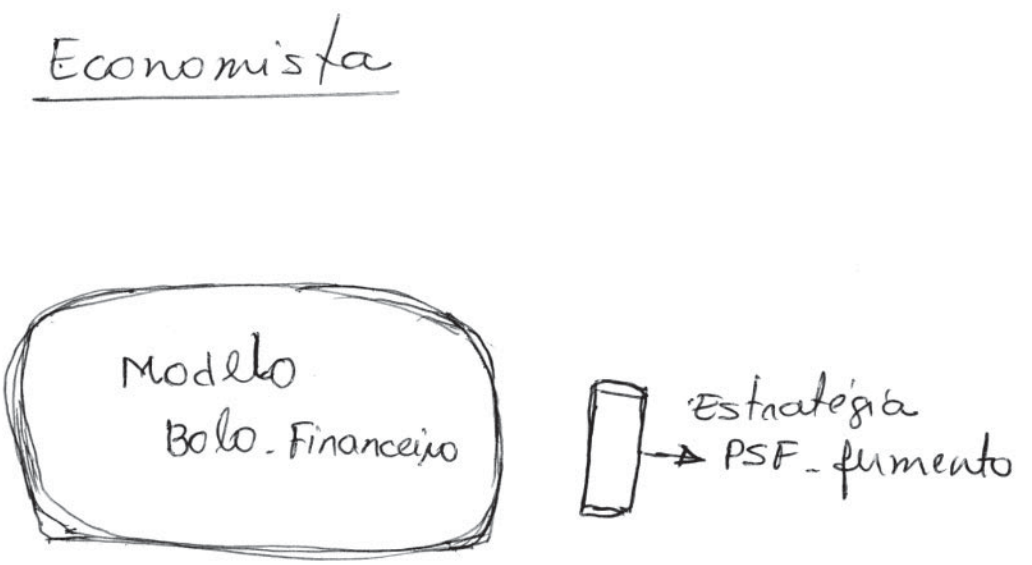
Todavia, a realidade imposta a esta estratégia pelas limitações de recursos humanos, físicos e financeiros tem comprometido a atuação das equipes como está expresso em muitos desenhos.

Esta falha na entrada do Sistema faz com que o usuário, em boa parte dos casos, acabe recorrendo aos ambulatórios de emergências e urgências dos hospitais mais próximos às suas residências, o que *sobrecarrega e compromete a efetividade do sistema hospitalar* (DRAIBE apud SENNA, 2002). Dessa forma, e em função do atendimento recebido pelos usuários, que dificilmente são reencaminhados para outras instâncias de atendimento, o protocolo de referência e contra-referência é totalmente prejudicado. Conseqüentemente, um dos princípios do SUS, o da integralidade — as ações de saúde(que) devem ser combinadas e voltadas, ao mesmo tempo, para a prevenção e a cura (ALMEIDA et al, 2001) — é desconsiderado devido à solução de continuidade no tratamento necessário. O investimento físico e financeiro, bem como a reestruturação das equipes de PSF no que se refere aos quadros de profissionais, muitas vezes insuficientes produzindo equipes incompletas, é uma questão de importância para o momento atual do SUS.

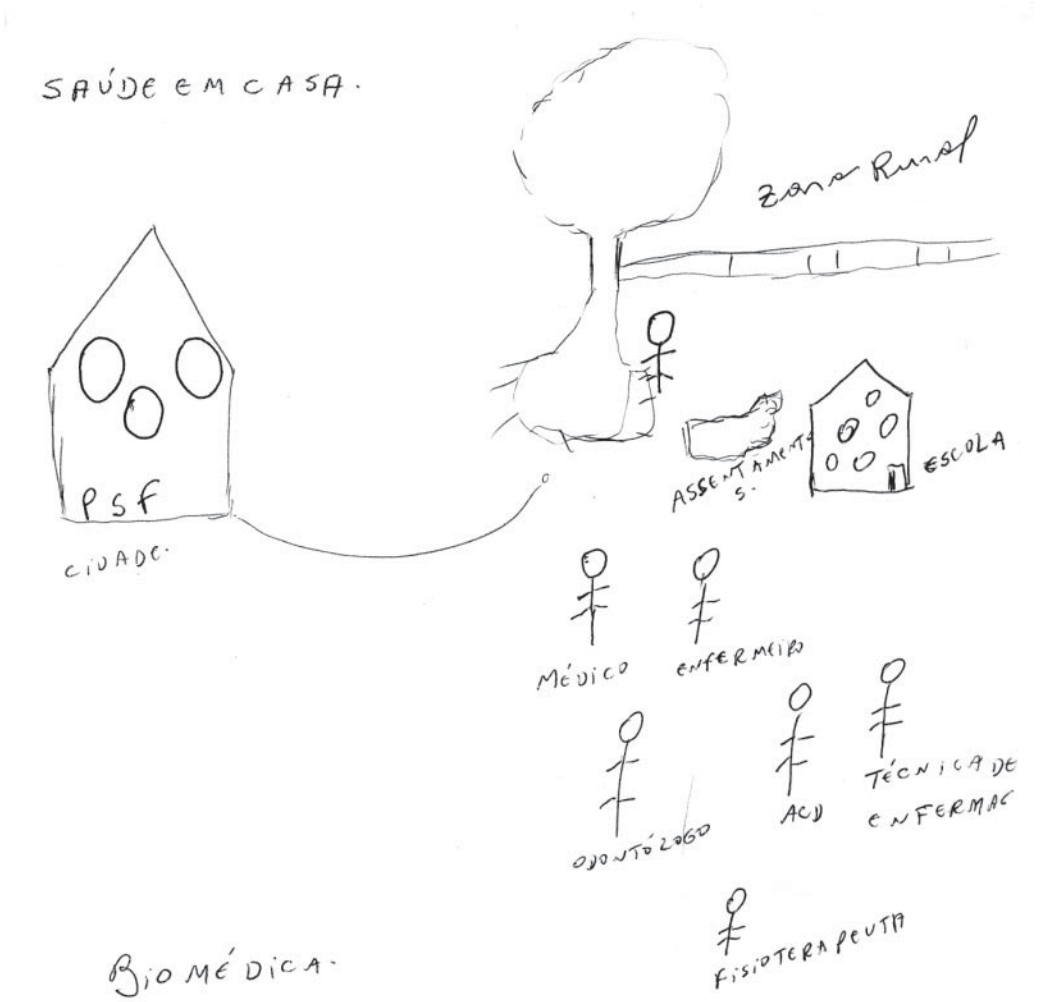
Uma situação exibida em um dos desenhos sobre o tema da AB é a da busca pelo usuário do Centro de Saúde mais próximo de sua residência, e que não é complementada pelo PSF, ocorrendo, sim, a superposição de ações que vai contra a racionalização de recursos devido à repetição (desnecessária?) de procedimentos. Sem mencionar que a grande maioria da população, incluindo profissionais de saúde, desconhece, pelo menos com mais profundidade, o que é o PSF e como este atua, quais os objetivos e metas a serem alcançadas. Neste aspecto, nos parece existir a falta de informação de todos.

Desenho 1

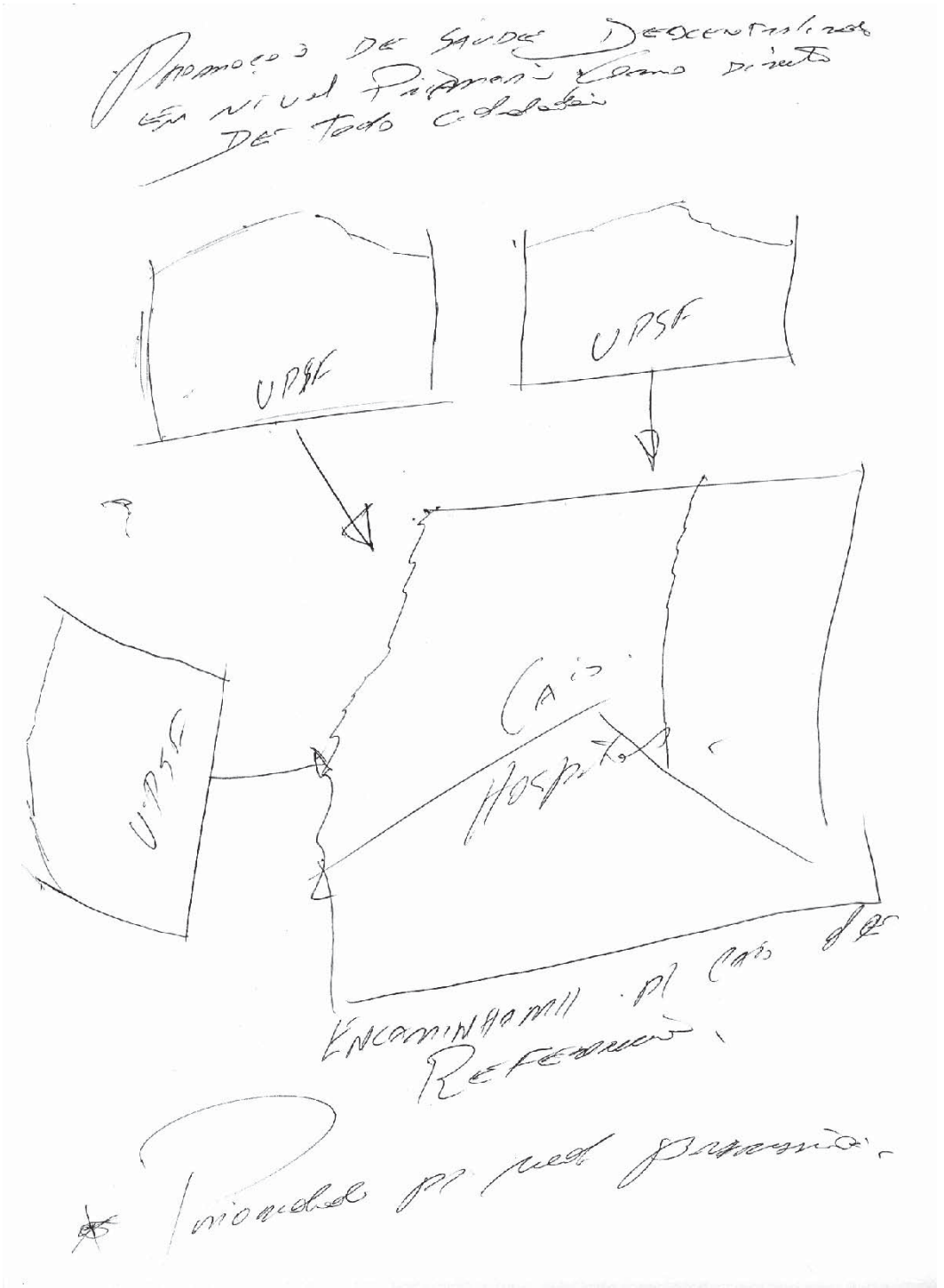
Desenho 2



Desenho 3


SAÚDE EM CASA.
Zona Rural
PSF
CIDADE.
ASSENTAMENTOS.
ESCOLA
MÉDICO
ENFERMEIRO
ODONTÓLOGO
ACS
TÉCNICA DE ENFERMAC
FISIOTERAPEUTA
BIOMÉDICA.

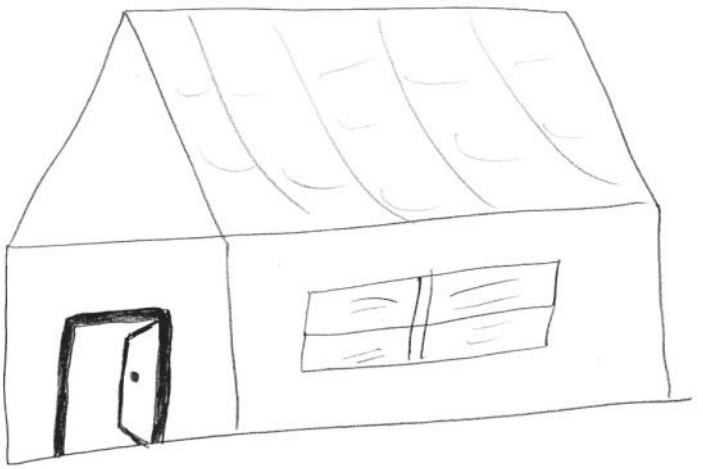
Desenho 4



Desenho 5

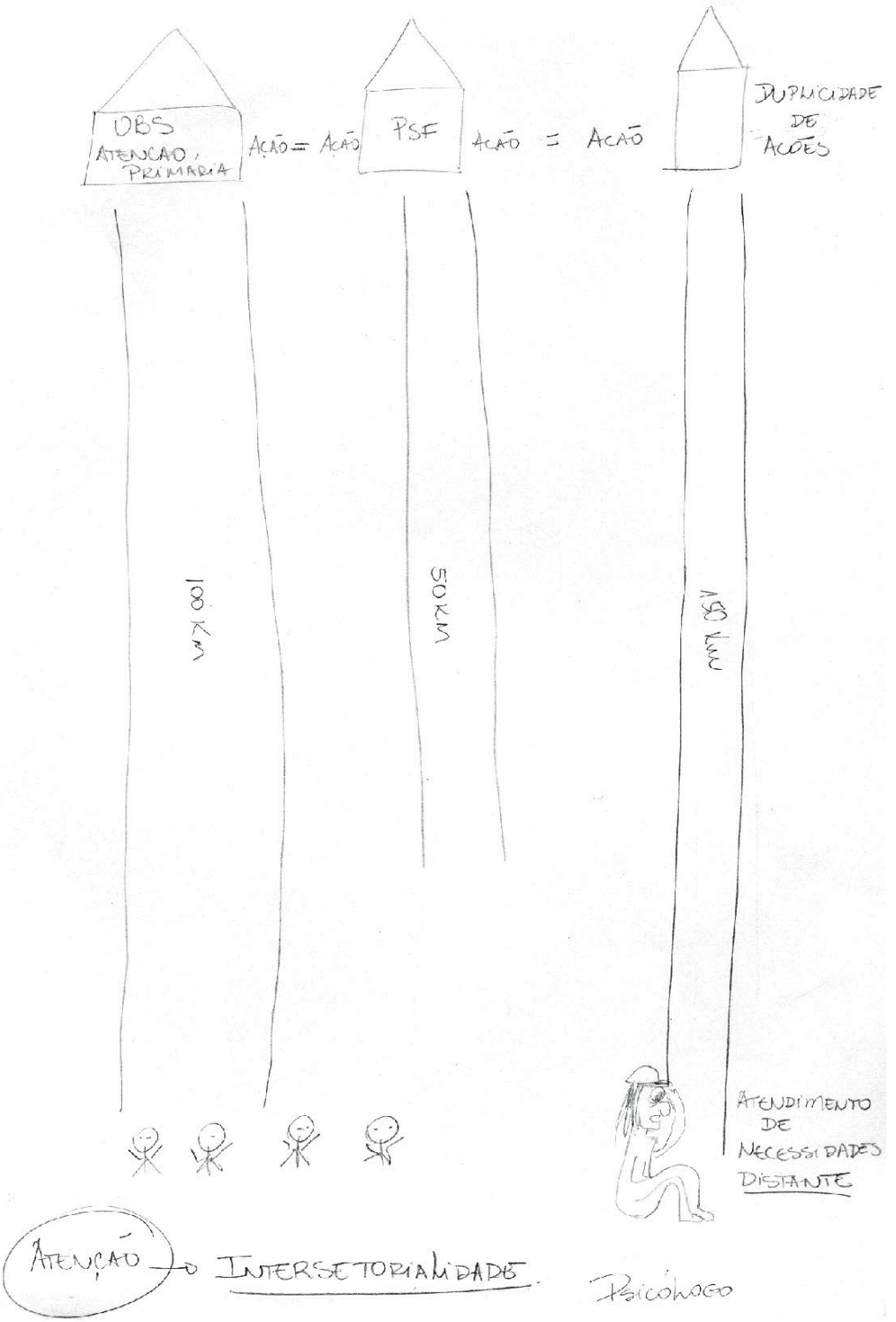
DEFESA DO
ATENDIMENTO
ADMINISTRADOR HOSPITALAR
CONTADORA
ADVOGADO

Desenho 6

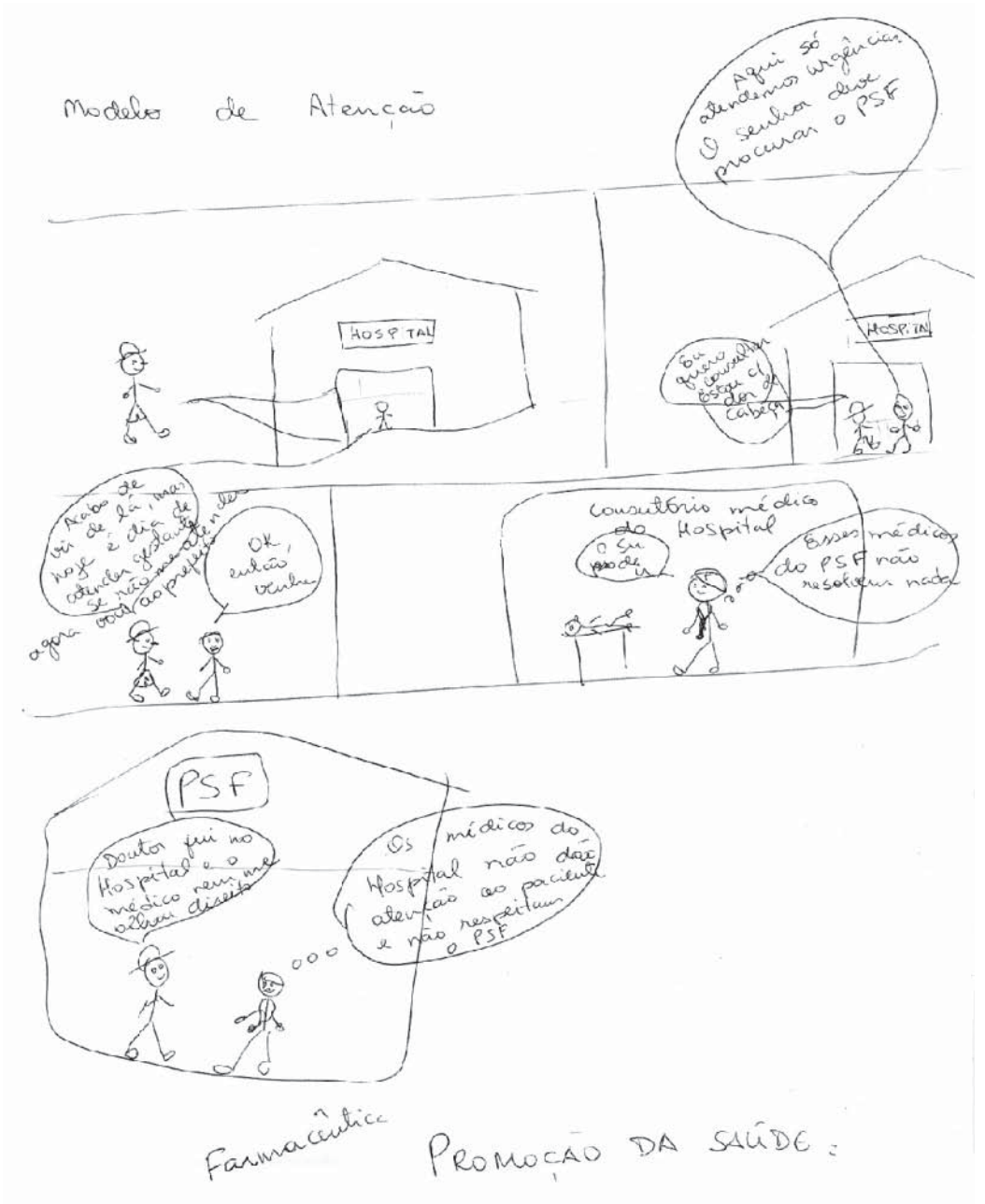


PORTA ABERTA À FUNÇÕES ESPECÍFICAS

Desenho 7

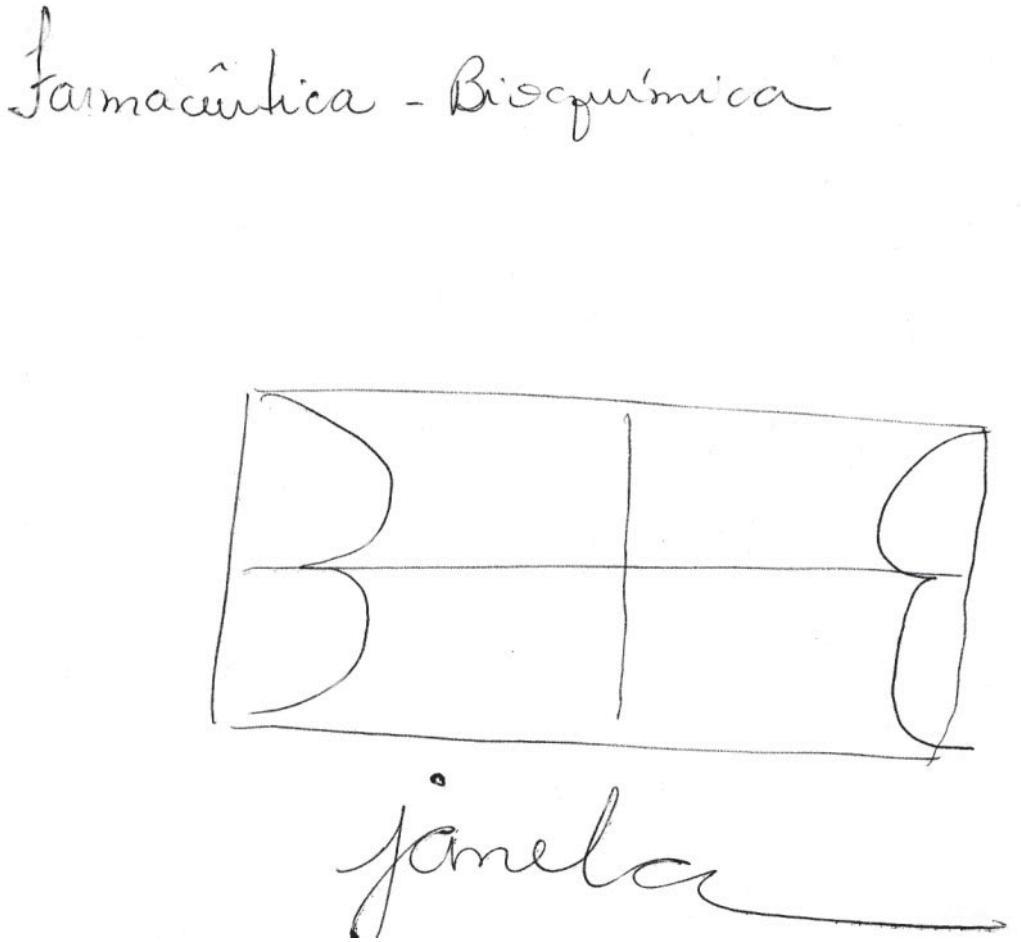

UBS
ATENCAO PRIMARIA
AÇÃO = AÇÃO
PSF
AÇÃO = AÇÃO
DUPLICIDADE DE AÇÕES
100 KM
50 KM
150 KM
ATENDIMENTO DE NECESSIDADES DISTANTE
ATENÇÃO
INTERSETORIALIDADE
PSICOLOGO

Desenho 8


Modelo de Atenção
Aqui só atendemos urgências. O senhor deve procurar o PSF
HOSPITAL
HOSPITAL
Eu quero consultar Estou c/ dor de cabeça
Acabo de vir de lá, mas hoje é dia de atender gestante se não me atender agora vou ao prefeito
OK, então venha
Consultório médico do Hospital
O Su pode ir
Esses médicos do PSF não resolvem nada
PSF
Doutor fui no Hospital e o médico nem me olhou direito
Os médicos do Hospital não dão atenção ao paciente e não respeitam o PSF
Farmacêutica
PROMOÇÃO DA SAÚDE:

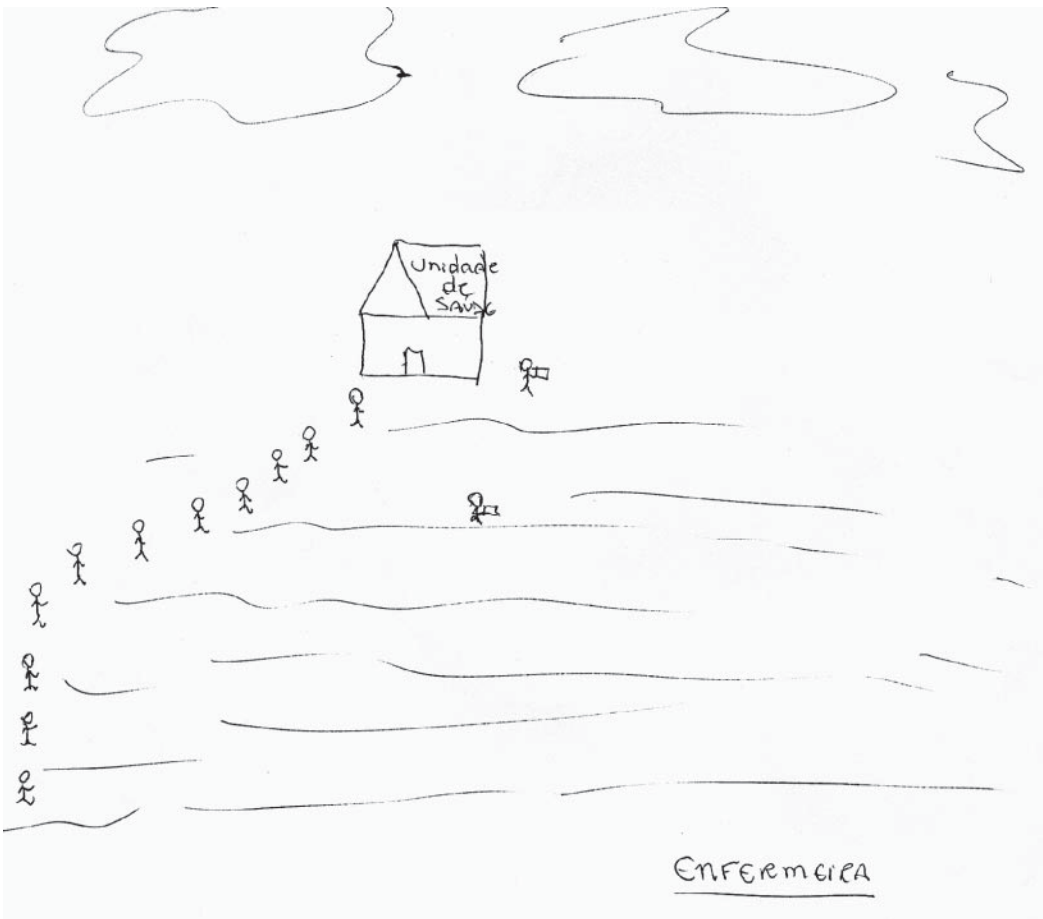
Desenho 9

Desenho 10



Desenho 11

Desenho 12



3. REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Para comentarmos este tópico de acordo com o recorrente nos desenhos, a descentralização de serviços de saúde prestada em uma rede hierarquizada deve ser normatizada considerando a estratégia da regionalização, também defendida pela Noas.

> *A rede de serviços do SUS deve ser organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de uma área delimitada (...) a partir da idéia de que, quanto mais perto do fato (agravo individual ou coletivo) a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto (ALMEIDA et al, 2001).*

Com tal objetivo alguns instrumentos são fundamentais para a realização desse desafio. Estamos falando do Plano Diretor de Regionalização (PDR), do Plano Diretor de Investimento (PDI) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI). O uso desses instrumentos pelos municípios, sob a coordenação do estado, tem possibilitado, em certa medida, a realização dessa diretriz do SUS.

No entanto, tem ocorrido descentralização de serviços sem a correspondente descentralização de recursos físicos, financeiros e humanos. Desse modo observam-se *distorções e ineficiências do investimento, acarretando a implantação incompleta de redes intermediárias e básicas de serviços de saúde as quais resultam em ineficiência e principalmente a ineficácia dos recursos* (DRAIBE, 1999, apud SENNA, 2002). Tais fenômenos terminam por comprometer a implementação dessa diretriz do SUS.

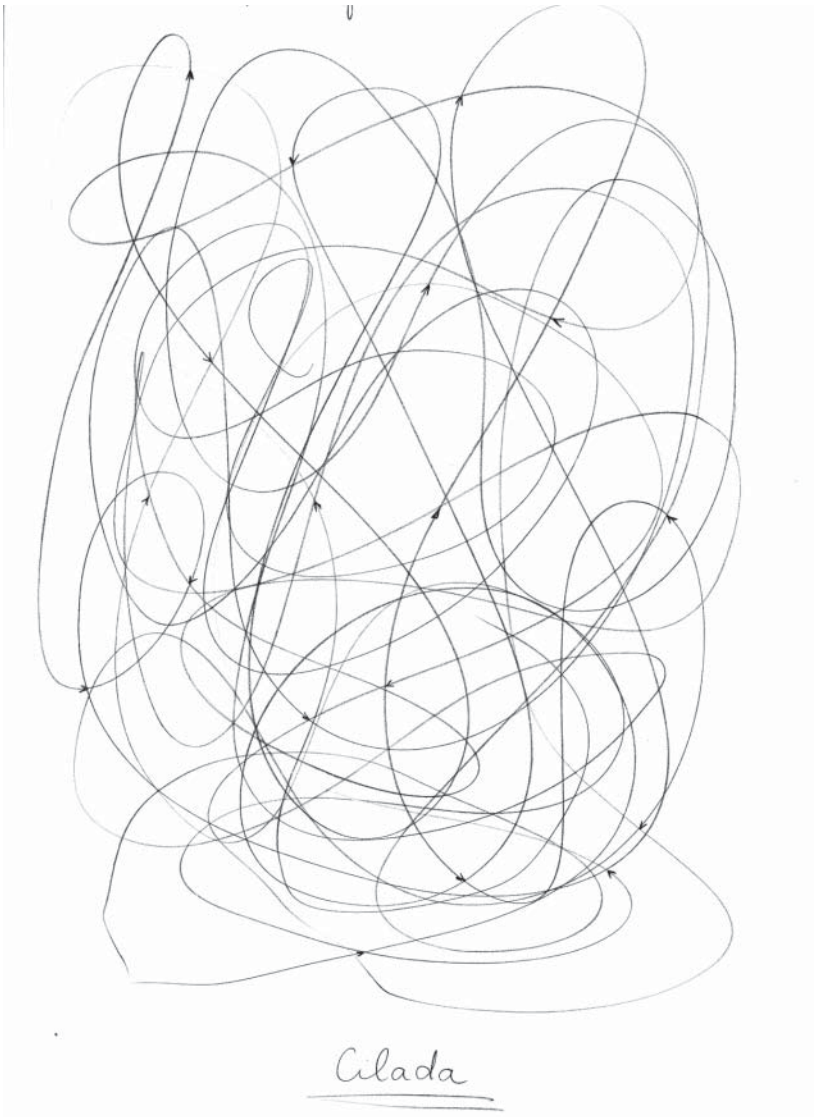
Em relação às transferências realizadas por parte do Ministério da Saúde (MS), via fundo a fundo municipal, percebe-se que, ao serem voltadas totalmente para a AB, não podem ser alocadas em outras complexidades do Sistema, tais como ações de média e alta complexidade. Isso pode ser entendido como *desconcentração de recursos*, uma vez que são repassados com destino definido.[2] A transferência fundo a fundo é realizada, regular e automaticamente, da União para os estados e municípios, com o objetivo de financiar ações e/ou programas de saúde executados e de acordo com a condição de habilitação (BRASIL, 2002). Assim, o gestor municipal fica limitado e não pode aplicá-los segundo a realidade epidemiológica mais urgente.

2 Anotações de aula do professor Clarisvan do Couto Gonçalves, em abril de 2003. Advogado. Políticas Públcas e Orçamento. Aula ministrada em Goiânia em abril de 2003.Curso de Gestão de Sistemas e Serviços.

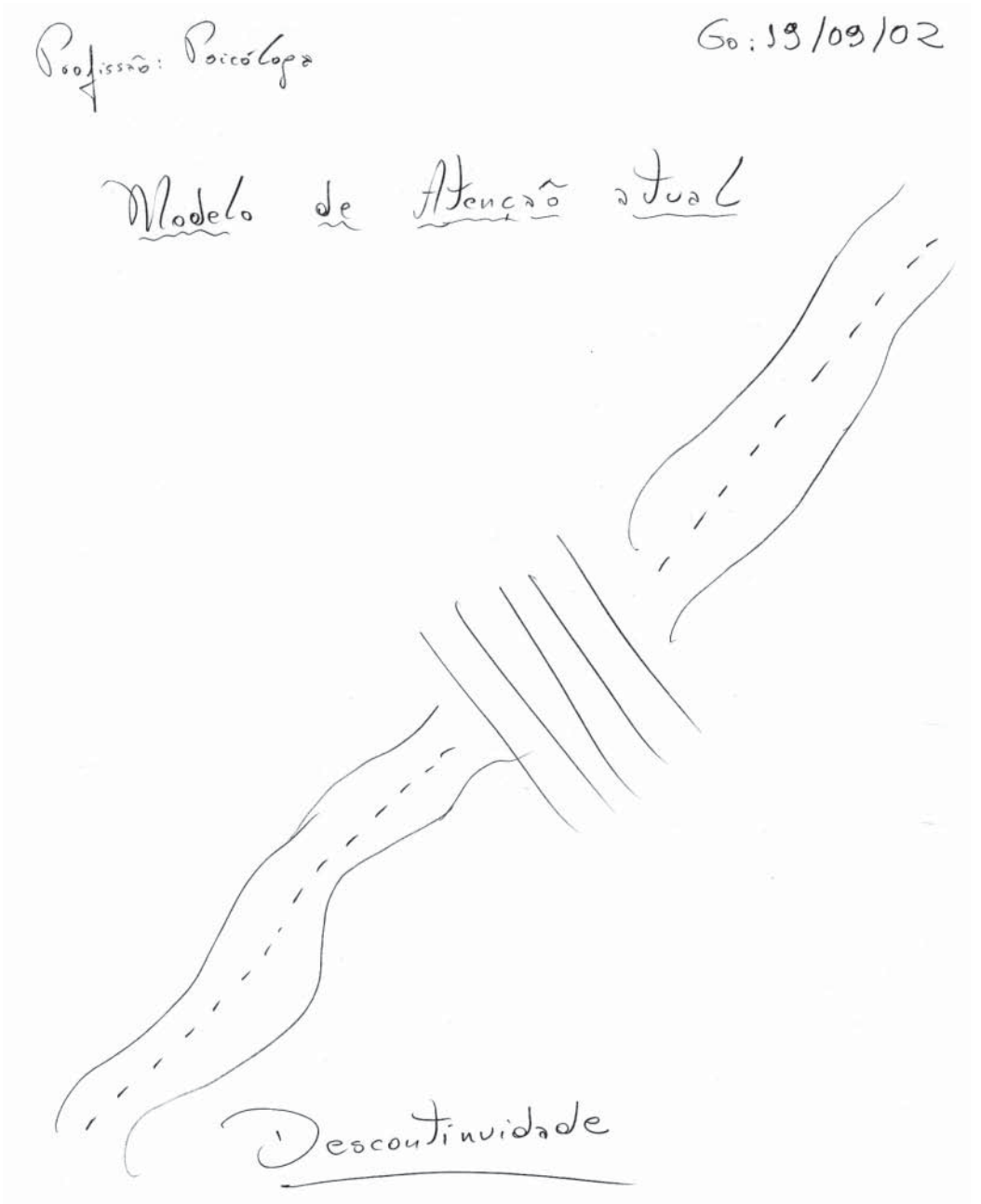
A pactuação realizada pelos municípios sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde e aprovada pela Comissão Intergestora Bipartite (CIB) respectiva, por sua vez, busca garantir a referência dos atendimentos entre municípios para melhorar o acesso integral dos usuários na região ou microrregião, em sintonia com o estabelecido no PDR. A referência pressupõe uma escala crescente de nível de atendimento na hierarquia dos serviços prestados pelo município de origem até chegar ao município pólo regional. Em geral, as capitais do estados concentram serviços e complexidades tecnológicas.

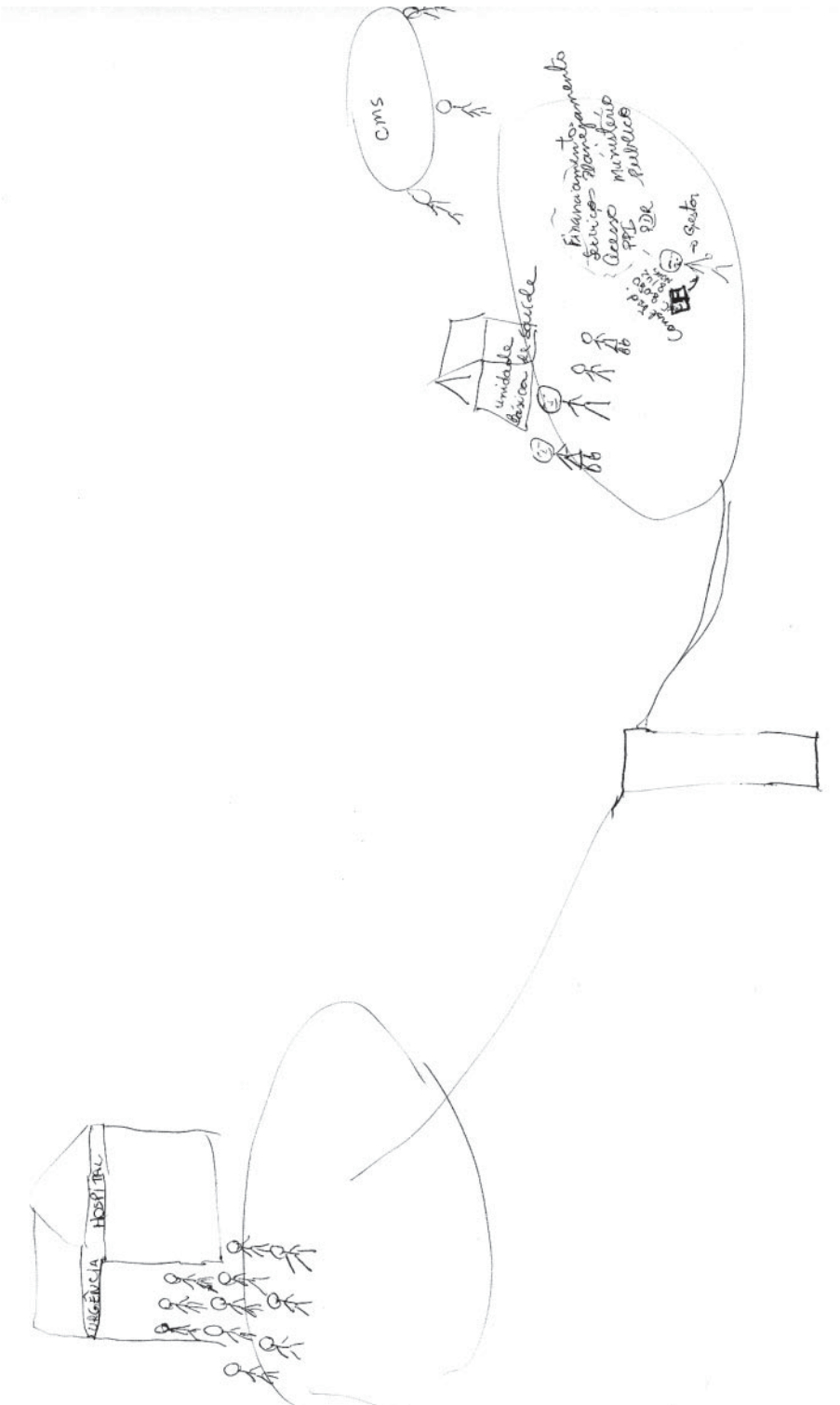
Mesmo com todos esses esforços, a crescente demanda por serviços, seja na AB, média e alta complexidades, tem pressionado o Sistema, superando a capacidade operativa do sistema municipal. Nas situações em que, face às limitações reais de recursos, ocorre o descumprimento do Termo de Garantia de Acesso firmado entre os gestores, a população busca serviços existentes em cidades maiores e nas capitais que poderiam ser realizados na própria região. Essa situação evidencia descumprimento importante das normas de descentralização (Noas). E, em última instância, demonstra a necessidade de *fortalecer a capacidade gestora de Estados e Municípios para viabilizar o processo de regionalização* (LIMA e PASTRANA, 2000). Assim, a regionalização, aliada à descentralização, poderá ser efetiva, promovendo a melhoria do acesso de serviços e recursos.

Desenho 13



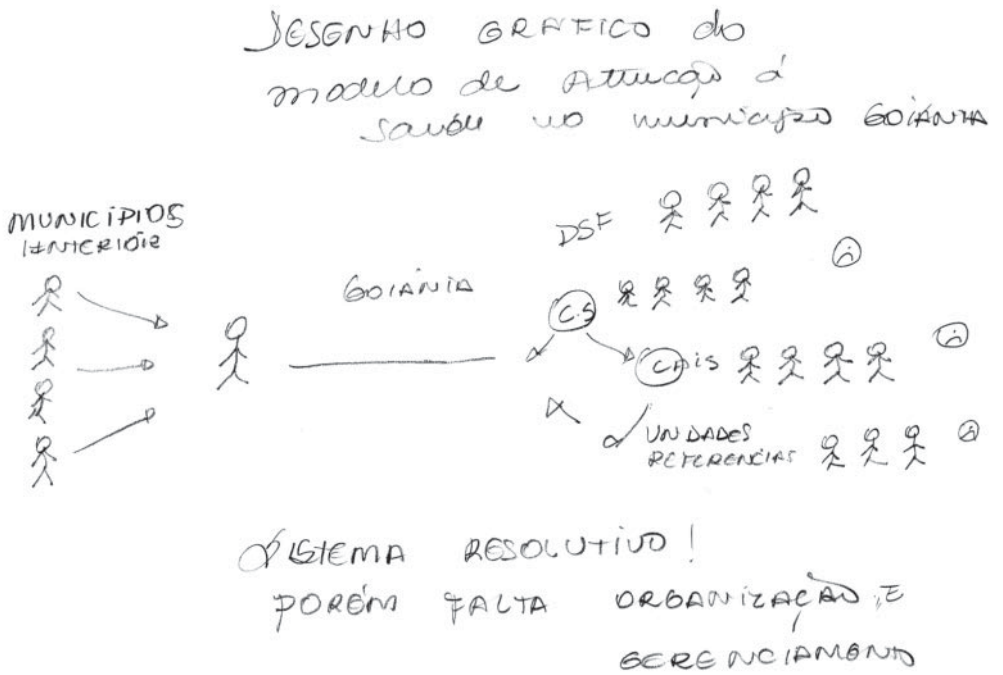
Desenho 14


Profissão: Psicóloga
Go: 19/09/02
Modelo de Atenção atual
Descontinuidade

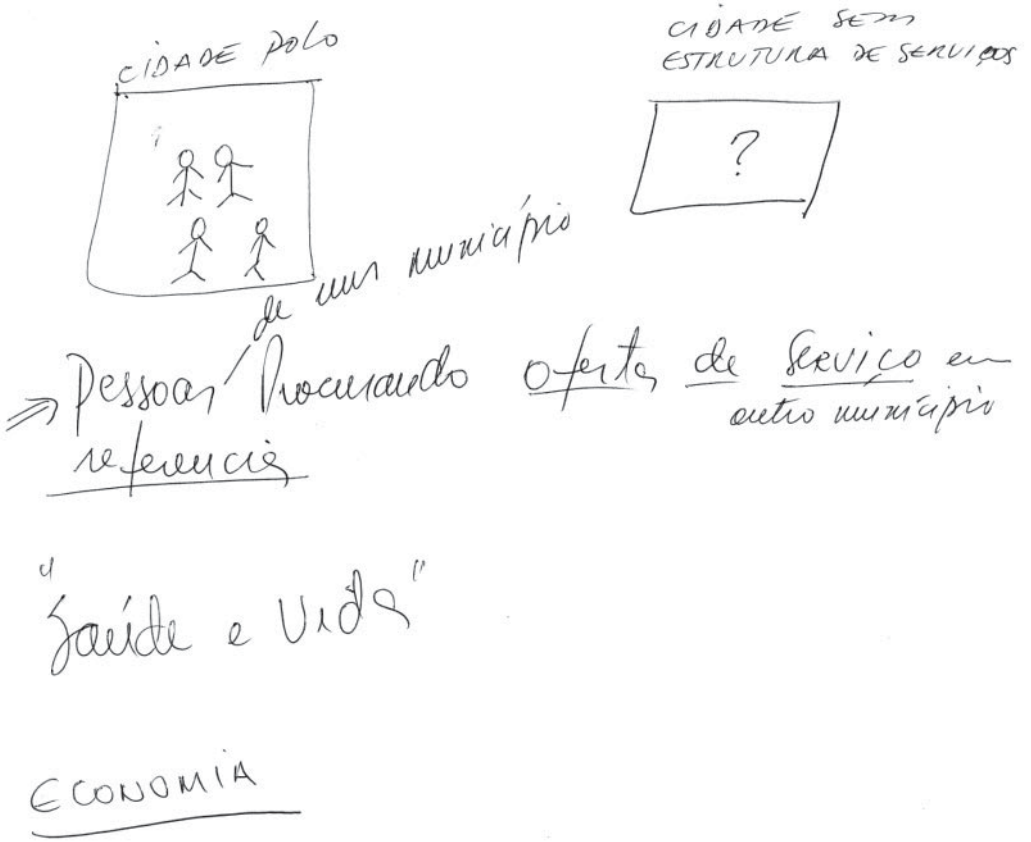

CMS
Financiamento
Serviços
Planejamento
Acesso
ministério
PPI
PDR
Gestor
unidade básica de saúde
URGÊNCIA
HOSPITAL

Desenho 15

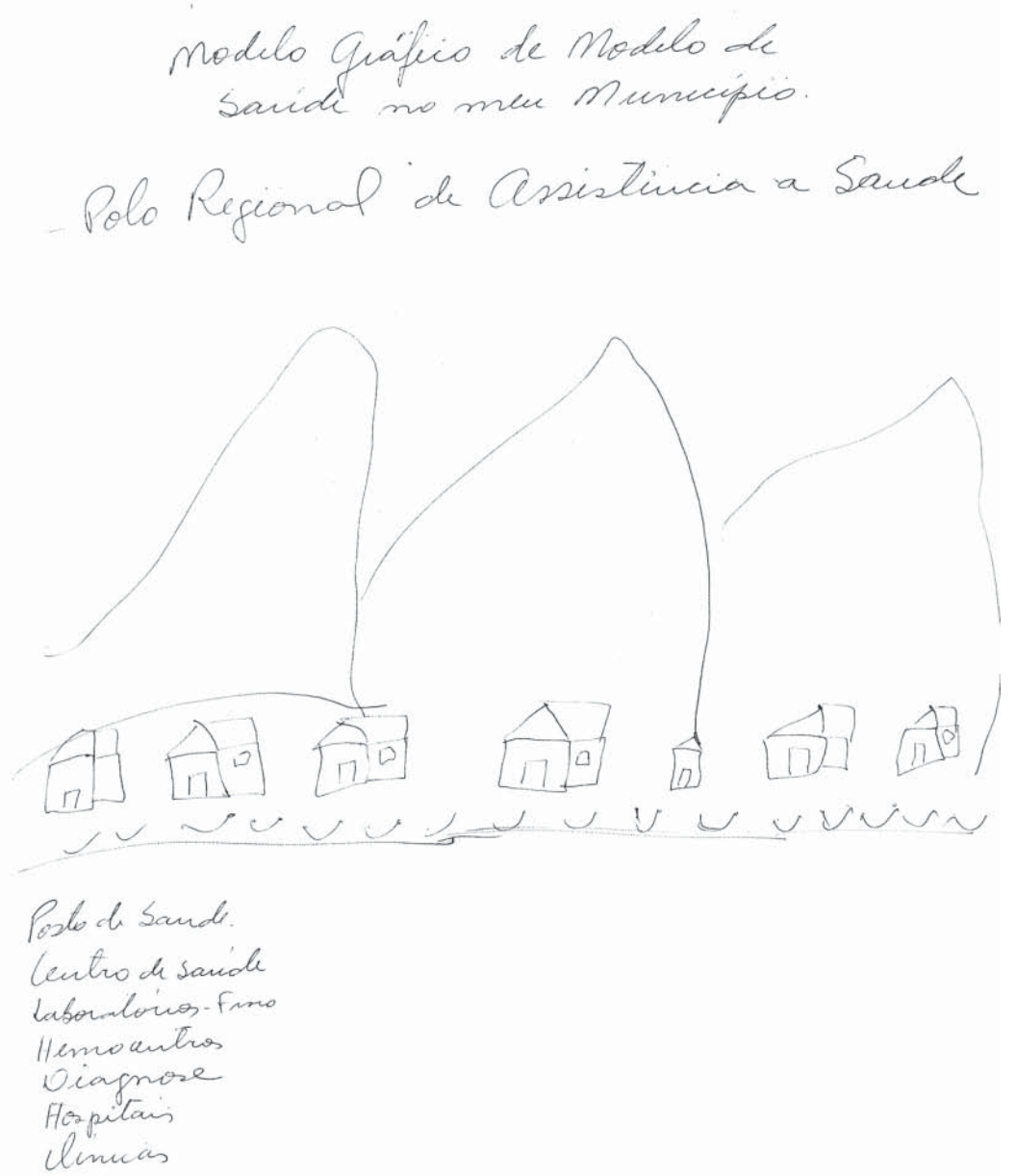
Desenho 16


DESENHO GRAFICO do
modelo de Atenção à
Saúde no município GOIÂNIA
MUNICIPIOS
INTERIOR
GOIÂNIA
DSF
C.S
CAPS
UNIDADES
REFERENCIAS
SISTEMA RESOLUTIVO!
PORÉM FALTA ORGANIZAÇÃO E
GERENCIAMENTO

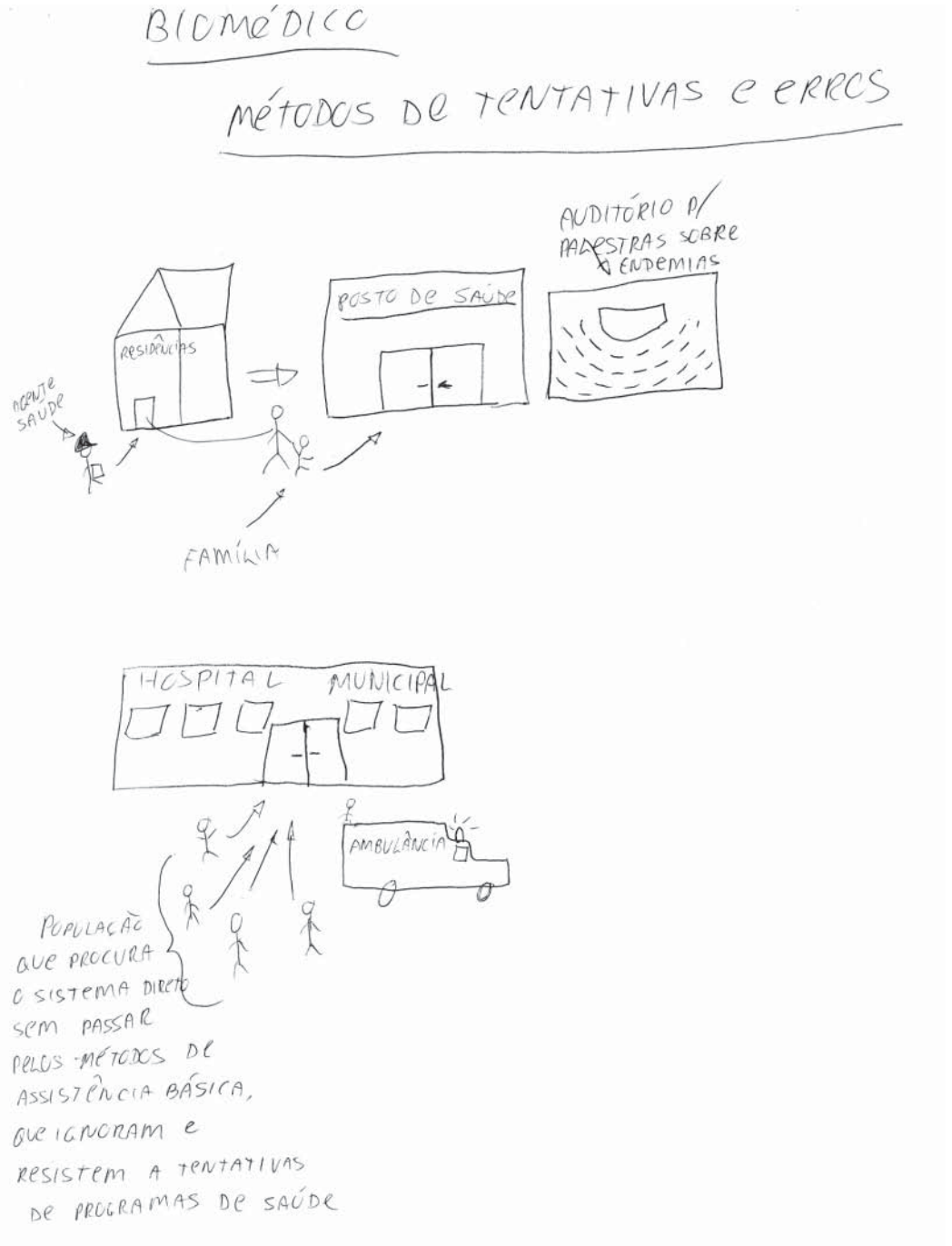
Desenho 17


CIDADE POLO
CIDADE SEM ESTRUTURA DE SERVIÇOS
?
de um município
Pessoas procurando oferta de serviço em outro município
referência
"Saúde e Vida"
ECONOMIA

Desenho 18


Modelo Gráfico de Modelo de
Saúde no meu Município.
- Polo Regional de Assistência a Saúde
Posto de Saúde.
Centro de saúde
Laboratórios - Exames
Hemocentros
Diagnose
Hospitais
Clínicas

Desenho 19


BIOMÉDICO
MÉTODOS DE TENTATIVAS E ERROS
AUDITÓRIO P/ PALESTRAS SOBRE ENDEMIAS
POSTO DE SAÚDE
RESIDÊNCIAS
AGENTE SAÚDE
FAMÍLIA
HOSPITAL MUNICIPAL
AMBULÂNCIA
POPULAÇÃO QUE PROCURA O SISTEMA DIRETO SEM PASSAR PELOS MÉTODOS DE ASSISTÊNCIA BÁSICA, QUE IGNORAM E RESISTEM A TENTATIVAS DE PROGRAMAS DE SAÚDE

Desenho 20

4. DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE RESOLUTIVOS

A oferta de serviços ainda se dá de forma desordenada. Em alguns casos, por pressão dos prestadores de serviços, ocorre um excesso de oferta em determinadas áreas, por exemplo, a concentração de leitos hospitalares devida à inclusão de serviços no Sistema sem o adequado planejamento (GOIÁS, 2002).

Em outros casos, a oferta de serviços nos níveis secundário e terciário é insuficiente. Nota-se que pode haver falta de racionalização de recursos, entendida como a melhor aplicabilidade, em local e hora certos, segundo as necessidades. Além do mais, deve-se considerar alguma reserva para a demanda espontânea, a qual contribui para pressionar o atendimento. A racionalização do sistema pode ser observada em reformas de outros países e, em geral, traz melhoria na qualidade da atenção prestada (MENDES, 1999).

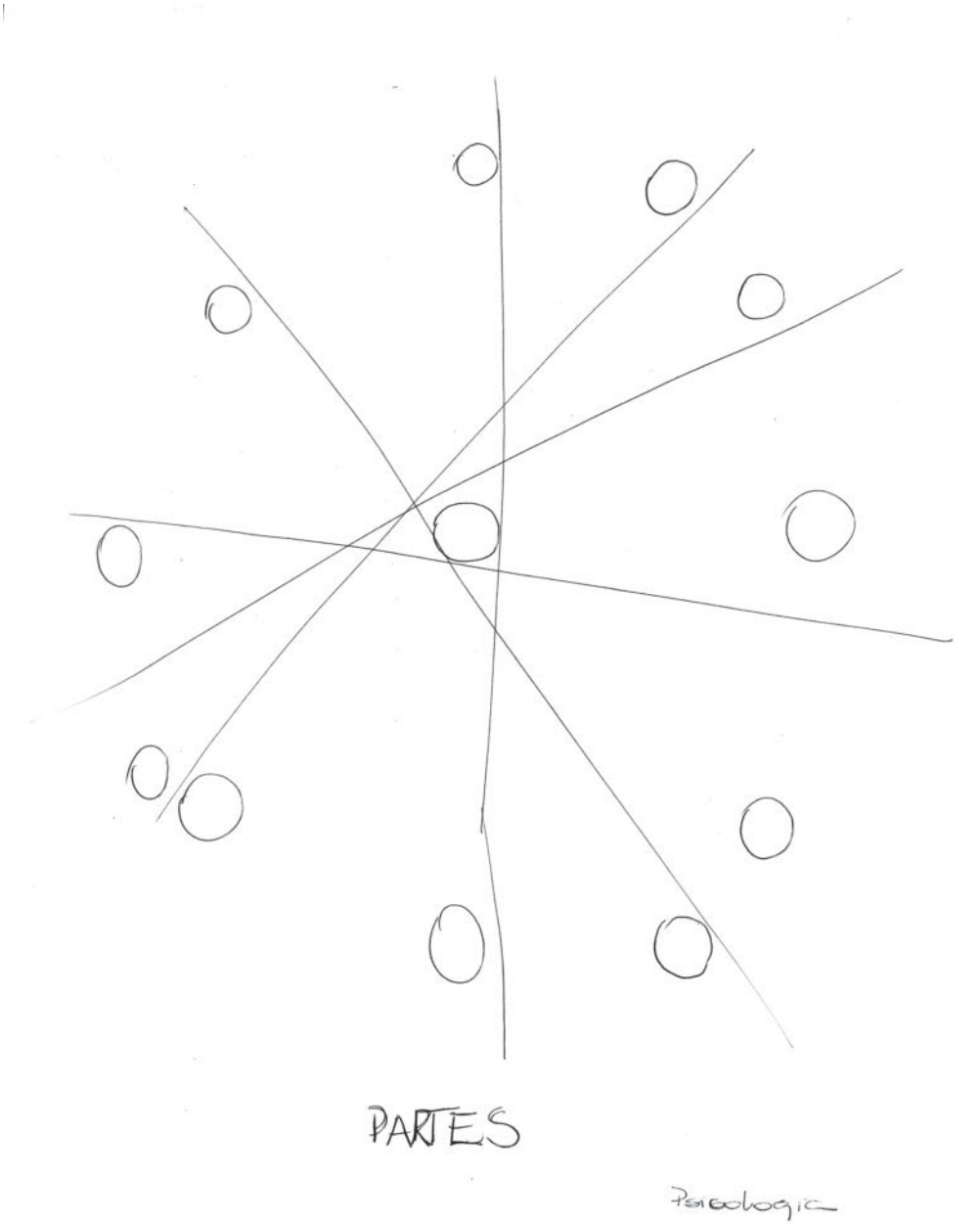
Todavia, a lógica calcada na produção de serviços ainda está presente no SUS, como herança do modelo médico-assistencial-privatista, que imperou no país até fins da década de 1980. Tal lógica privilegia a oferta de serviços, sem levar em consideração a real necessidade dos usuários. O equívoco de tal proposta revela-se num pensamento de Bob Rae, Primeiro Ministro do Canadá, expresso em 1994:

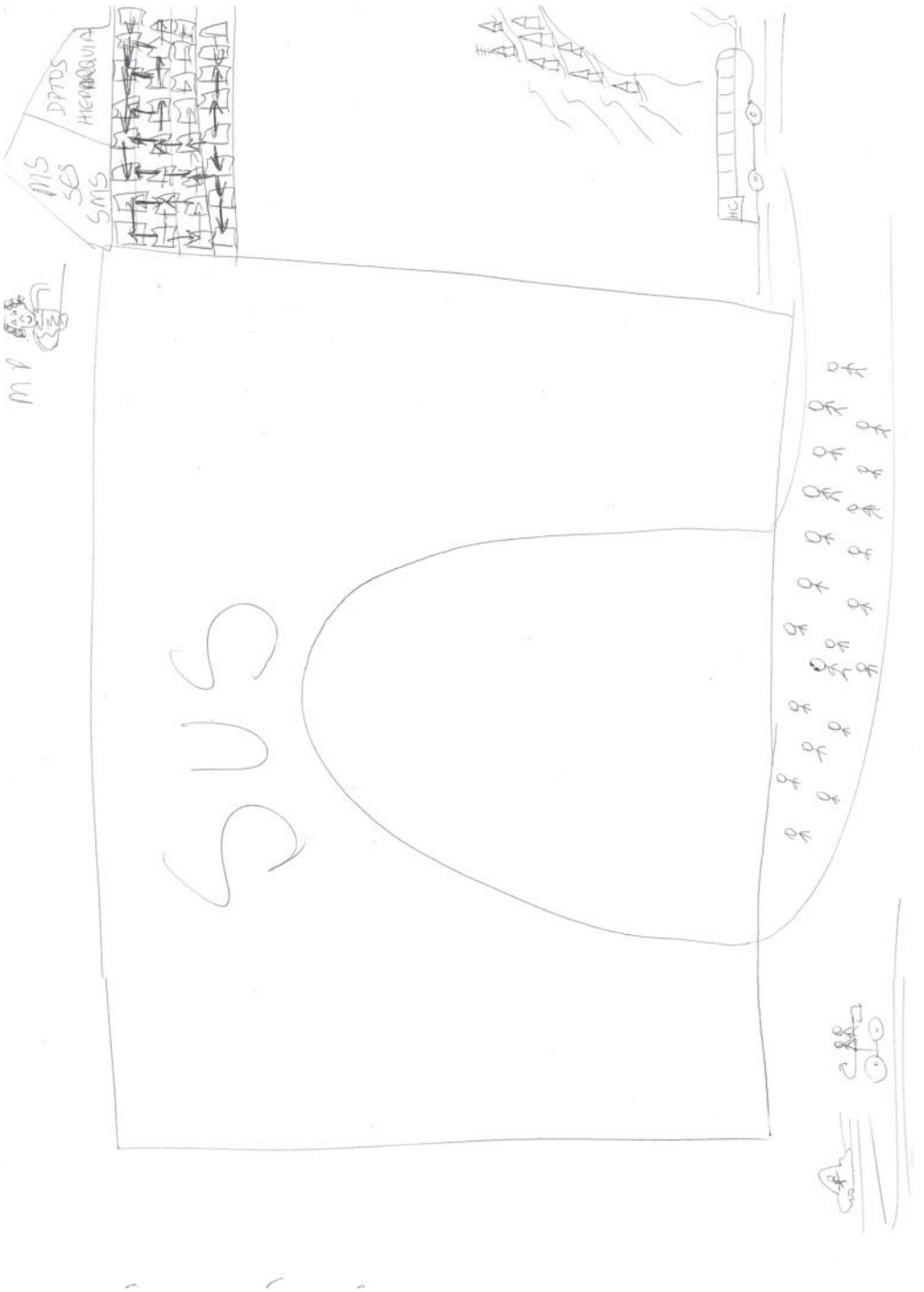
> *"Mais leitos hospitalares, mais remédios, não eram a receita. Melhores gerências das grandes organizações, melhores programas comunitários e de saúde pública e mais atenção a todos os determinantes da saúde — emprego, habitação, estilo de vida, renda — era o caminho a seguir" (RAE apud MENDES, 1999).*

Assim, em nossa opinião, e de acordo com o que vemos nos desenhos, a racionalização dos serviços prestados é uma necessidade do Sistema. A esta deve ser aliada a visão do ser humano como um todo, pertencente a uma sociedade com múltiplos fatores determinantes do processo saúde-doença. A racionalização e a humanização são assim necessárias para a maior resolubilidade no atendimento às demandas existentes. Nessa perspectiva, a intersetorialidade não pode ser desprezada.

Desenho 21

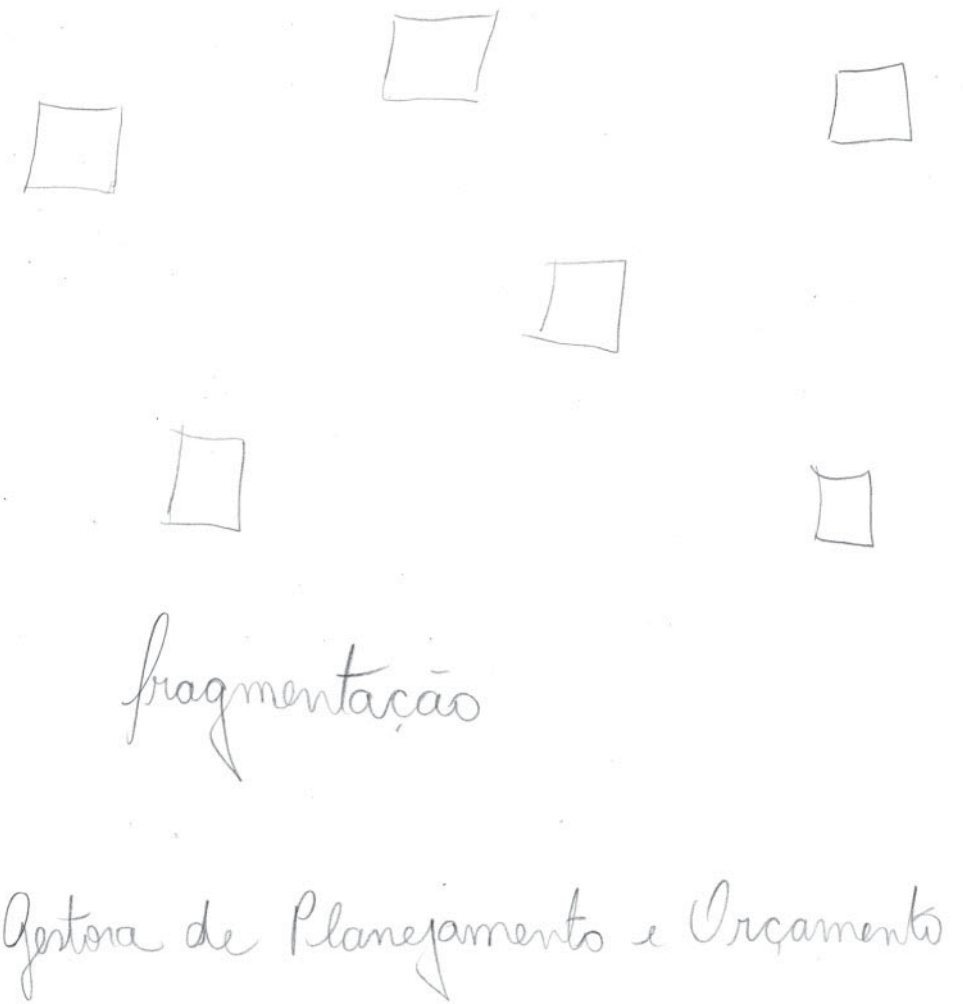
Desenho 22



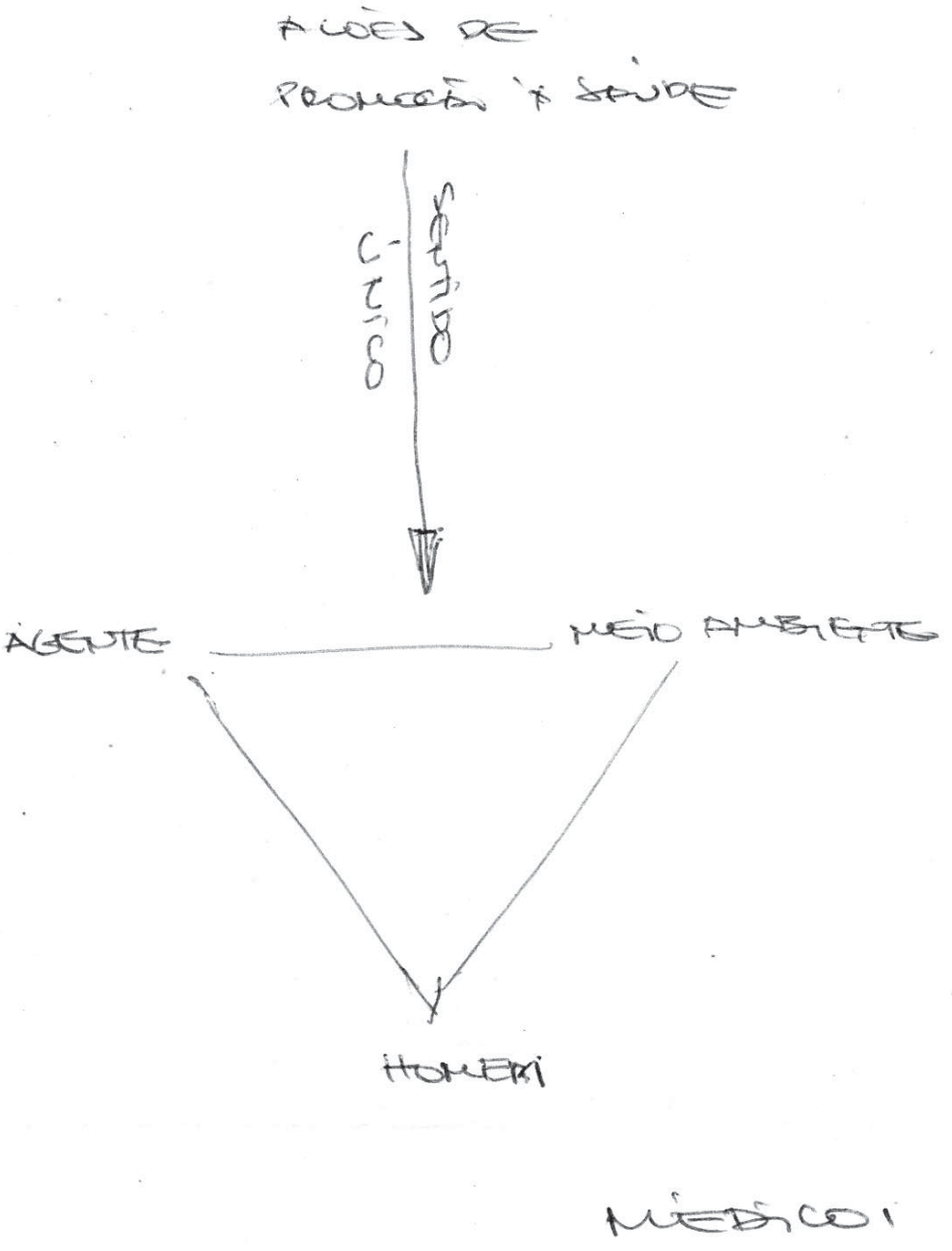


Desenho 23

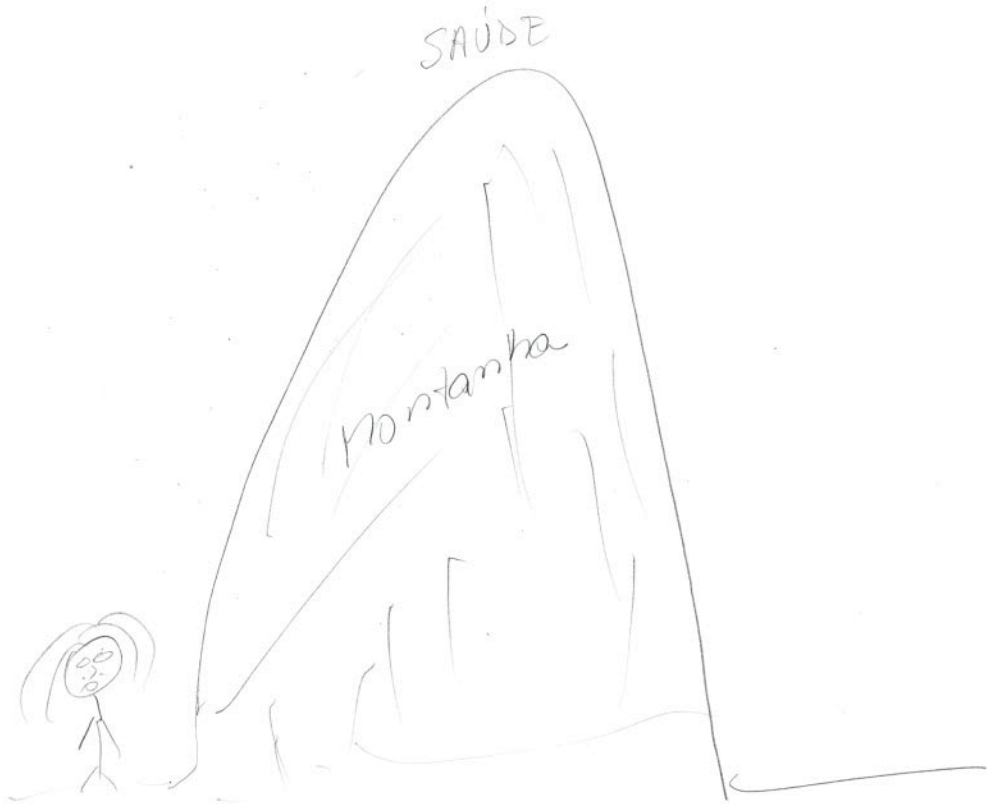
Desenho 24



Desenho 25

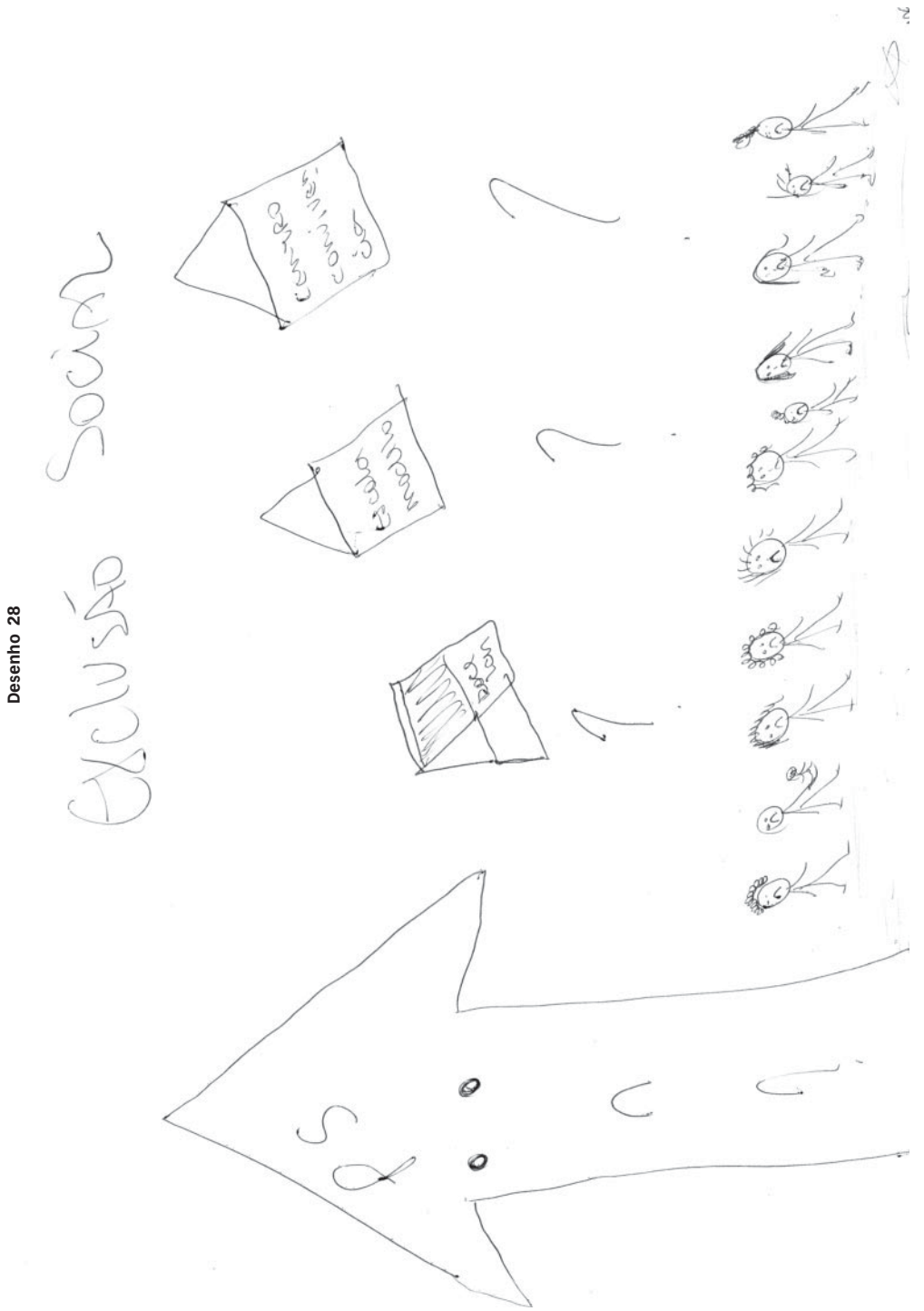

AÇÕES DE
PROMOÇÃO À SAÚDE
CICLO
AGENTE
MEIO AMBIENTE
HOMEM
MÉDICO

Desenho 26



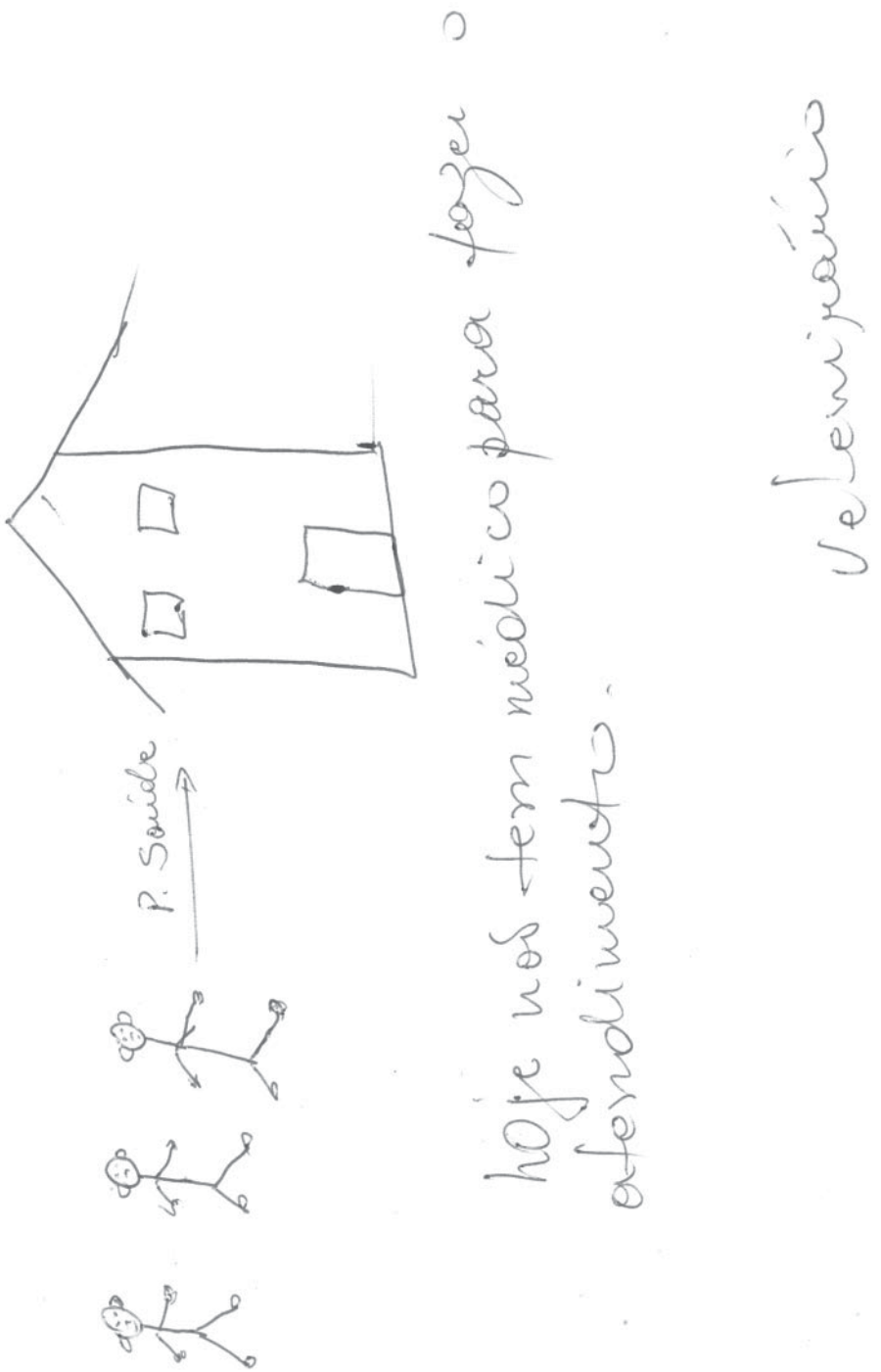
Desenho 27

Posto de saúde
Falta de Profissionais
para atender os indivíduos
Quando o atendido não
Tem remédio no almoxarifado
consulta - a
fila na Sta Casa
é muito grande.
Quando chega
sua vez o médico
não tem + senha



Desenho 28

Desenho 29

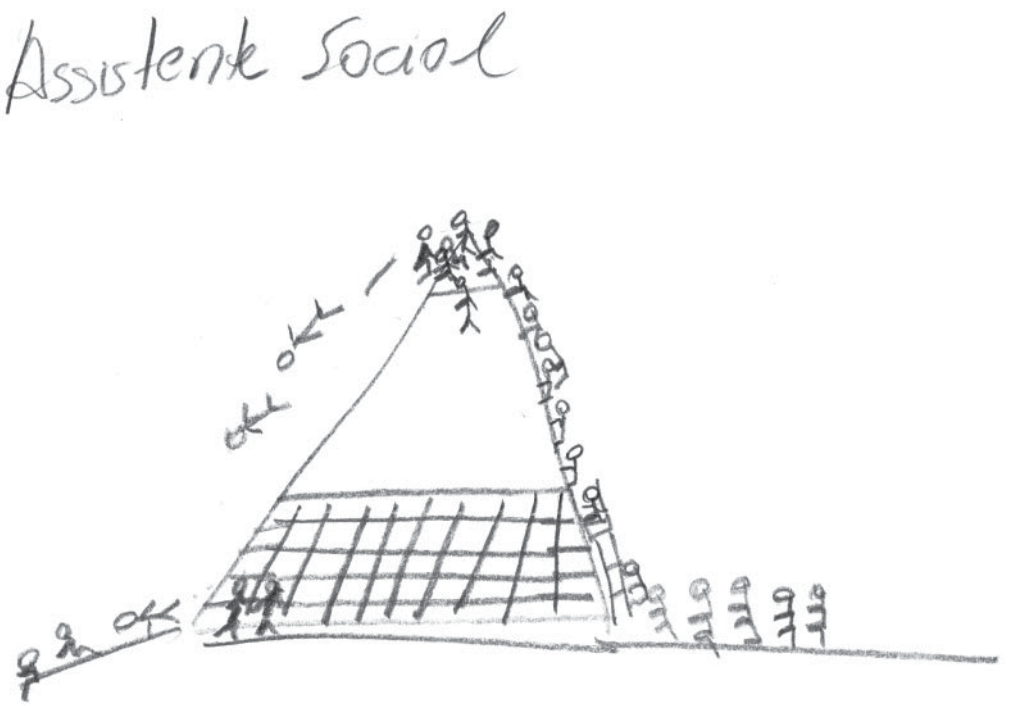

P. Saúde
hoje nos tem médico para fazer o atendimento.
Veterinário

Desenho 30

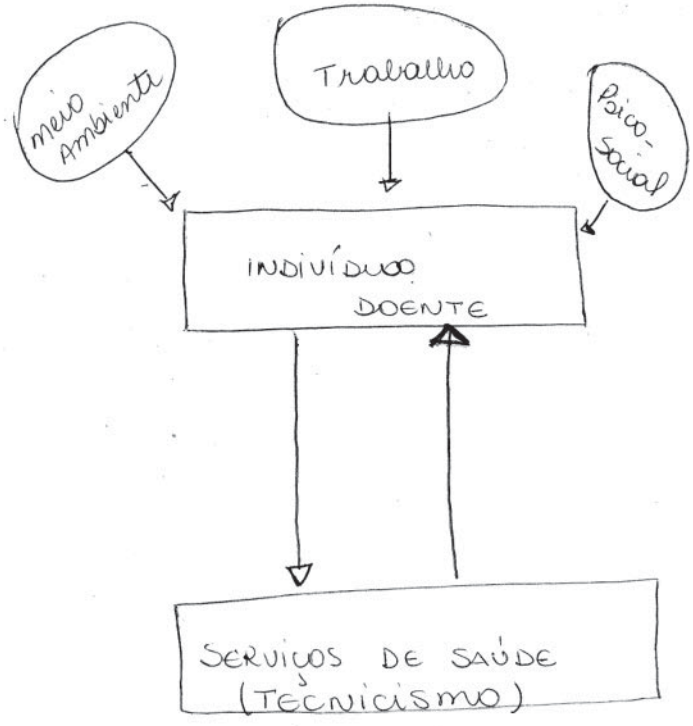
MUITA DEMANDA, POUCA OFERTA DE SERVIÇOS POR FALTA DE ORGANIZAÇÃO DO FLUXO

PROFISSÃO:
CONTADORA / ADMINISTRADORA

Desenho 31



Desenho 32

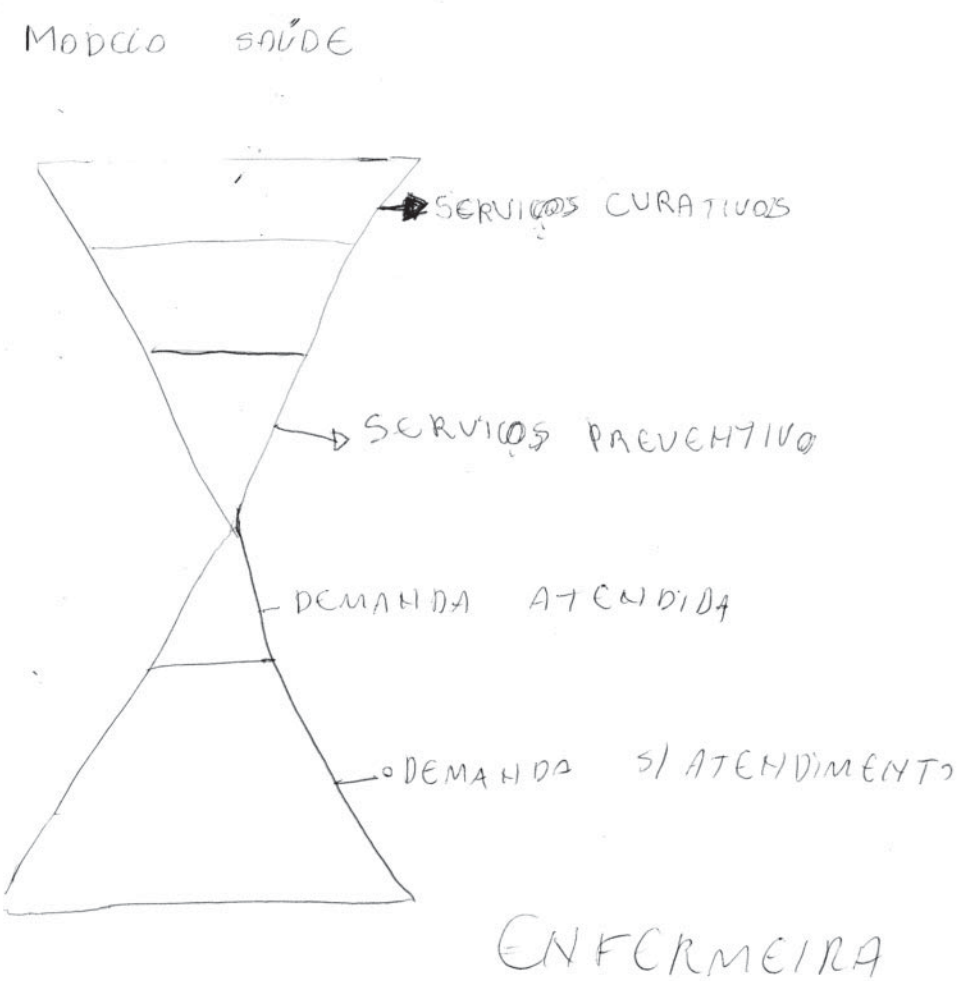


Ele retorna ao meio e adoece / continua doente.

⇒ Os serviços de saúde tratam apenas os sintomas clínica sem verificar as causas.

Biomédica / Sanitarista

Desenho 33


MODELO SAÚDE
SERVIÇOS CURATIVOS
SERVIÇOS PREVENTIVO
DEMANDA ATENDIDA
DEMANDA S/ ATENDIMENTO
ENFERMEIRA

5. A QUESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DO MEDICAMENTO NA SOLUÇÃO DE PROBLEMAS DE SAÚDE

A questão dos medicamentos é, geralmente, pouco debatida quando se fala de modelos de atenção à saúde. No entanto, acreditamos ser esta questão de fundamental importância para o alcance de maiores índices de resolutividade, inclusive na AB. Se considerarmos que cerca de oitenta por cento (80%) ou mais dos problemas de saúde da população podem ser resolvidos por procedimentos de AB e que estes procedimentos só estarão completos se o usuário tiver acesso aos medicamentos indicados e prescritos por médicos e odontólogos, compreenderemos melhor a importância do medicamento na atenção à saúde.

Segundo Norberto Rech, presidente da Federação Nacional de Farmacêuticos e atual diretor da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos do MS, a assistência farmacêutica *deve compor a política pública de saúde, porque compreende conceitos que, se equivocados, impedem a resolutividade na ponta dos serviços* (SÃO PAULO, 2002). Finalmente, sem a entrega dos medicamentos nos Centros de Saúde, dificilmente o usuário, principalmente aqueles de camadas mais pobres da população, poderá completar os tratamentos iniciados quando das consultas médicas.

Nessa perspectiva, nos casos em que a prevenção aos agravos à saúde falhou ou não, a Política Nacional de Medicamento desempenha papel fundamental no modelo de atenção à saúde. O entendimento da AB realmente resolutiva deve, então, compreender: a consulta médica; o acesso aos exames; a internação, se for o caso, e os medicamentos gratuitos.

É provável que a melhor alternativa dentro da Política Nacional de Medicamentos seja a implementação definitiva do uso do medicamento genérico. O medicamento *genérico é aquele que contém o mesmo fármaco (princípio ativo), na mesma dose e forma farmacêutica, é administrado pela mesma via e com a mesma indicação terapêutica do medicamento de referência no País* (ECHEVERRIA, 2000).

Os genéricos são, assim, uma importante forma de ampliar o acesso de forma individual aos medicamentos nas farmácias. O medicamento genérico pode custar até setenta por cento (70%) mais barato e, segundo testes de bioequivalência terapêutica, supervisionados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) do Ministério da Saúde, oferece o mesmo resultado no tratamento. Essa modalidade vem a contribuir ainda para diminuir a falta de acesso aos medicamentos na rede básica.

Outro aspecto importante a ser considerado, conforme retratado em um dos desenhos, é o papel do farmacêutico no modelo de atenção à saúde. Parece haver uma mescla de crise de identidade profissional com a formação extremamente tecnicista e dissociada das políticas de saúde pública (OPAS, 2002). O profissional farmacêutico é peça fundamental na política de uso racional de medicamentos no Sistema. Sua atuação, inclusive, contribui para maior proteção do usuário, que em muitos casos opta pela automedicação, influenciado pela mídia, entre outros.

Assim, a Assistência Farmacêutica pode ser entendida como um *conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional* (OPAS, 2002).

Tais observações são ainda iniciais e resta realizar estudos específicos mais aprofundados e análises detalhadas que escapam aos objetivos deste texto. Em relação à racionalização no uso de medicamentos, é interessante notar o conteúdo da reportagem publicada por ocasião da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos medicamentos:

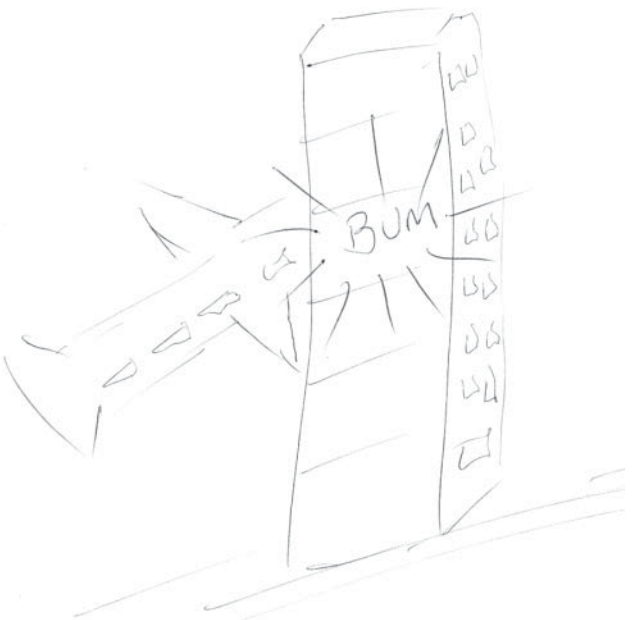
"A Federação Nacional dos Farmacêuticos entregou à CPI dos Medicamentos uma pesquisa preocupante sobre a propaganda feita pelos laboratórios nas revistas especializadas, aquelas distribuídas a consultórios médicos e farmácias. O levantamento mostra que 95% desses anúncios omitem informações sobre os efeitos colaterais dos remédios. E também que 76% deles não avisam sobre a obrigatoriedade de receita médica para a compra do produto. A indústria não tem nenhum compromisso com o interesse público, quer apenas aumentar as vendas, diz Norberto Rech, Vice-Presidente da Federação" (KRIEGER, 2000).

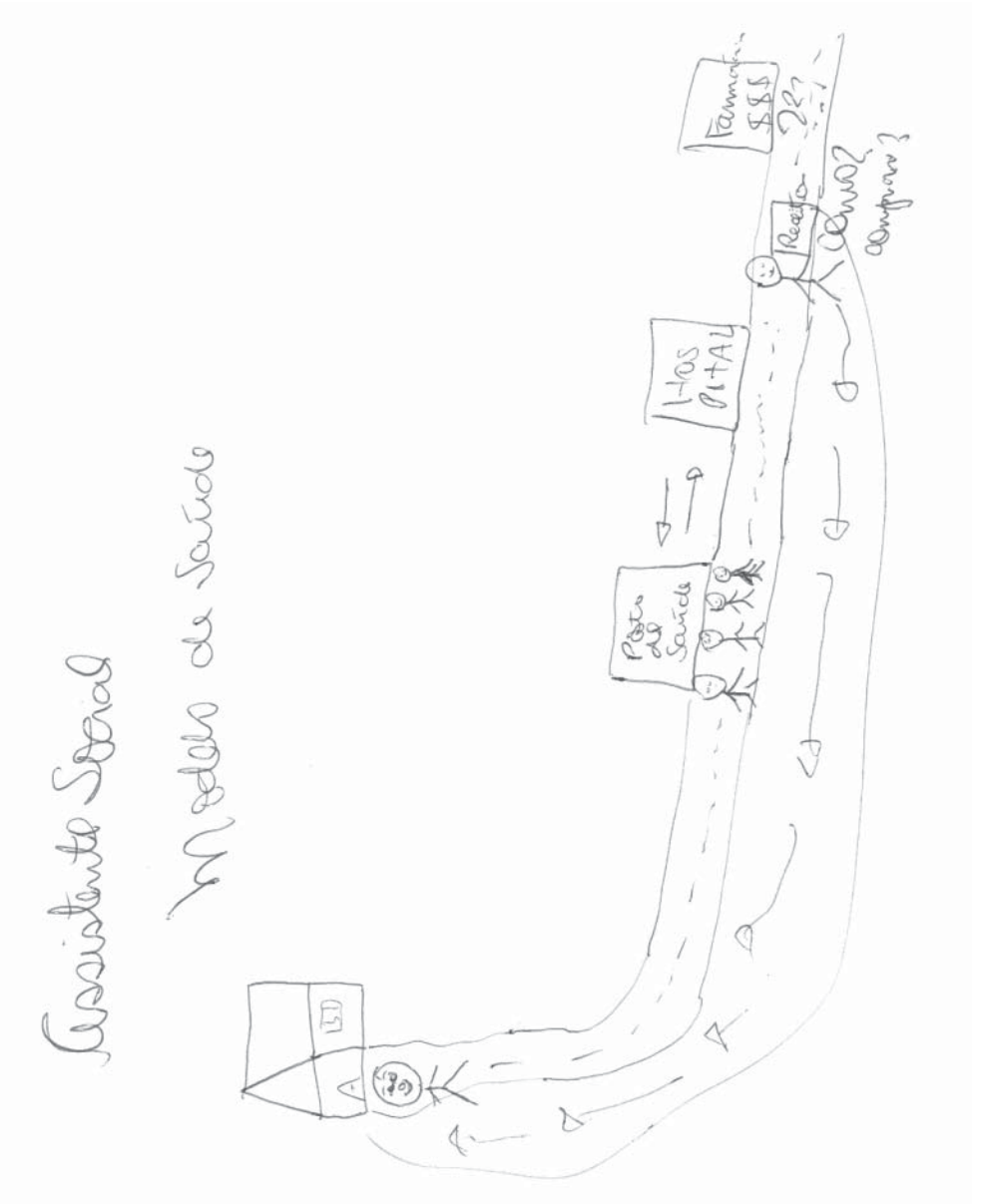
Acreditamos, finalmente, ser clara a necessidade de maior e melhor observação no que se refere à utilização racional de medicamento no Brasil. E, ainda, a fiscalização mais rígida por parte da Anvisa, de modo a garantir a segurança da população acima do lucro de qualquer empresa.

Desenho 34

Percepção Atual do Modelo de Atenção a Saúde hoje:
E agora SMS?
Prefeito
Quero remédio da pressão!
Quero médico!
Quero Rx
meu Hospital está lotado!
meu hospital está em caso!
Quero mais recurso!

Desenho 35



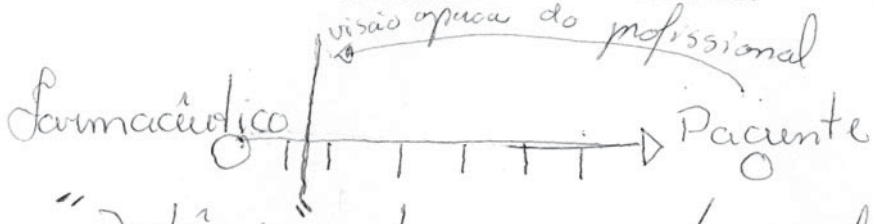

Assistente Social
Modelo de Saúde
Posto de Saúde
Hos Pital
Receita
Farmácia
$$$

Desenho 36

Desenho 37

Farmacêutica - Bioquímica - Município

Atenção Farmacêutica



"Distância entre o paciente e o farmacêutico
(Luta pela integração do farmacêutico como peça importante na equipe saúde.)
(Saúde preventiva)

6. SUS: A CAMINHO DA CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

O atual Sistema, que responde pela assistência médica aos brasileiros, foi estabelecido pelos princípios e diretrizes da Constituição Federal de 1988. No aspecto doutrinário, estabeleceu o direito universal e o dever do Estado, com descentralização política e transferência de recursos aos municípios, com o controle pela sociedade. Operacionalmente, como um Sistema Único, regionalizado e com atribuições definidas pela esfera de governo respectiva. A Constituição de 1988 dedica à saúde a Seção III da Ordem Social e os artigos 196 a 200 (GOULART, [s.d.]). As Leis Orgânicas Nº. 8.080 e 8.142 e as Normas Operacionais Básicas e de Assistência vieram posteriormente a regulamentar aspectos do SUS.

Apesar do louvável ideário explicitado no arcabouço jurídico que regulamenta o SUS, existem distorções no Sistema que levaram alguns autores a criticá-lo duramente. Para estes foi tido como *desenganado* (MENDES, 1999). Muitos existem que defendem ardorosamente o SUS com uma *revolução sem precedentes* (MENDES, 1999). Em geral, a defesa argüiu o SUS como o melhor modelo para atender as necessidades de saúde no Brasil.

Os dois lados possuem argumentos fortes e que crêem verdadeiros. Não nos cabe solucionar tal questão. Mesmo porque um dos alicerces da democracia é justamente a tolerância em relação a opiniões contrárias ao que se acredita ser o certo. Normalmente a tolerância conduz ao caminho do debate, do diálogo que produz via de regra soluções para problemas que se apresentam. Este é, sem dúvida, o caminho do crescimento e da construção de uma sociedade melhor, mais justa e equânime.

Acreditamos que o Sistema, embora apresente falhas de processo, sofre as críticas que fazem ao SUS decorrem de análise superficial. Em realidade, trata-se de crise dos serviços de atenção médica, mais agudamente manifestada na desorganização dos hospitais e dos ambulatórios, nos quais estão pressentes ingredientes perversos: filas; atendimento desumanizado; pacientes nos corredores; mortes desnecessárias; grevismo crônico, etc. Estes são problemas discutíveis, mas não surgiram como conseqüência do SUS; ao contrário, constituem problemas históricos em nosso país (MENDES, 1999). A inclusão de segmentos populacionais, antes fora da assistência pública e a ampliação gradual dos atendimentos e serviços públicos é afirmada no trecho a seguir:

O Sistema Único de Saúde instituiu-se com base no princípio da universalidade. Por meio dele, incorporaram-se como cidadãos da saúde, possuidores de direitos a serem garantidos pelo Estado, a partir da criação do SUS, 60 milhões de brasileiros, até então

submetidos a uma atenção estatal de medicina simplificada ou a filantropia (MENDES, 1999).

O SUS não surgiu do nada e sim de outros modelos, como o sanitarista e o médico-assistencial-privatista. Daí ter herdado dívidas que não foram feitas pelo Sistema, mas que, com certeza, precisam ser solucionadas em sua vigência. Do modelo médico-assistencial-privatista, com fundamentos da medicina científica ou flexneriana, herdamos a organização, produção e distribuição de serviços de saúde sob critério da lógica de mercado (REIS, 1999). Nesse modelo, a atenção está focada no atendimento aos doentes, na medicina curativa e na fragmentação por especialidades, no alto custo e no hospital.

O modelo sanitarista, por sua vez, centra-se no enfrentamento de problemas de saúde de caráter coletivo, fundamentado em campanhas sanitárias, programas especiais, ações de vigilância epidemiológica e sanitária (TEIXEIRA, 2000). Desse modelo o SUS herdou a preocupação pela saúde enquanto medicina coletiva, planejada e conformada em preceitos epidemiológicos. Aqui a saúde é entendida como fundamento primordial para a cidadania de um povo. Outra perspectiva de análise de problemas do SUS é a questão da transitoriedade desses modelos com radicalidade de princípios e diretrizes. Ainda que o SUS tenha sido criado em 1988, na década seguinte ocorreram muitas barreiras para garantia da universalidade, eqüidade e integralidade, relacionadas à reforma do Estado.

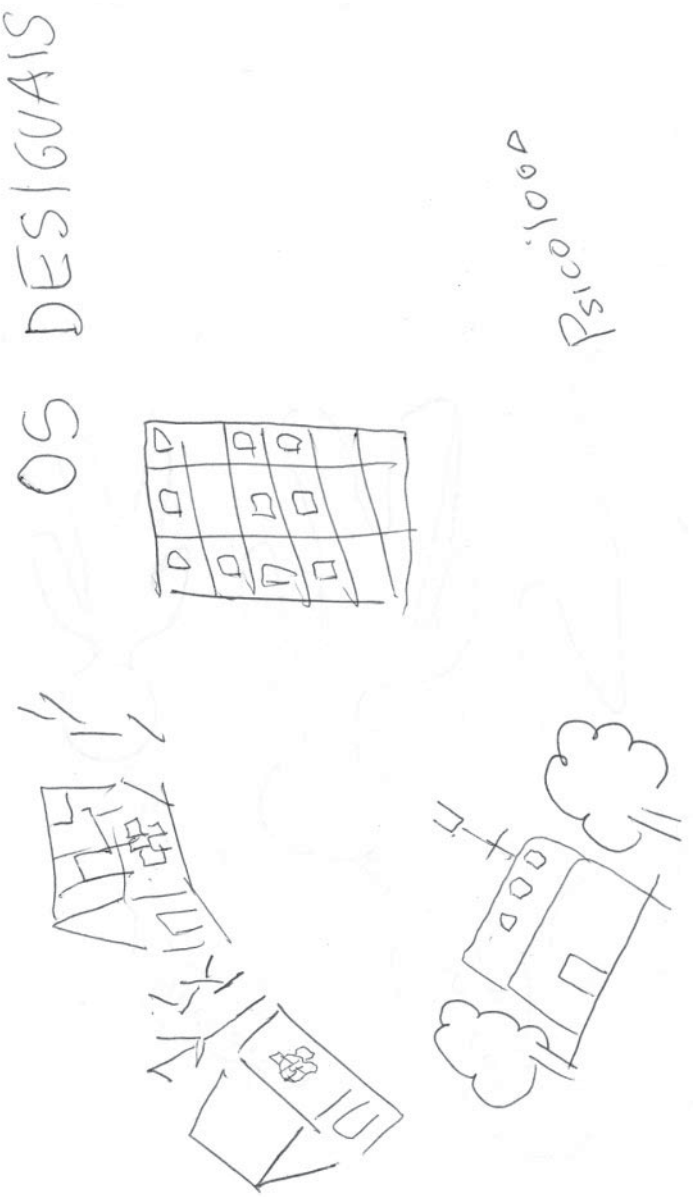
Na atualidade, a estratégia do PSF busca, ao lado de antecipar necessidades individuais, vincular as comunidades aos Centros de Saúde, mais próximos de modo a conformar a porta de entrada do Sistema. Entretanto, essa estratégia é ainda vista com desconfiança, e uma das resultantes mais visíveis disso é à busca de ambulatórios de urgência e emergência de hospitais. Essa situação alimenta com freqüência manchetes de jornais, demonstrando que modelos passados ainda prevalecem.

Em nosso entendimento, os desenhos ilustram de forma criativa a simultaneidade ainda existente entre os modelos de atenção. É importante ressaltar que o SUS tem caráter processual, que implica mudanças políticas e organizacionais na absorção e compreensão da sociedade para alcançar a mudança paradigmática que pressupõe (MENDES, 1999). Processos de mudanças democráticos têm características complexas e, por sua natureza, estão abertos ao debate e modificações e não funcionam quando impostos de forma vertical, como nas ditaduras.

Nossos desenhos exibem ainda as brechas do alcance pleno de todos os pressupostos do SUS, ao representar situações nas quais nem todos usuários conseguem acessar o Sistema, falta a integralidade quando se dá o acesso à rede, não ocorre seguimento do fluxo esperado, falta assistência continuada. Mostram também que o princípio da eqüi-

dade ainda é desrespeitado, quando nem todos recebem os serviços de que necessitam, quando precisam, na forma e na quantidade que demandam. Comprometidos com o SUS, nossos desenhos cobram respostas aos dilemas ainda não superados, seja no acesso e na referência ao *Sistema*, seja na insuficiência e fluxo de serviços de média e alta complexidade, ocasionando longas esperas pelo tratamento especializado.

Por outro lado, o SUS não é um Sistema que apresente apenas falhas, pois considerável número de usuários tem os problemas solucionados nos diversos níveis de atenção. Isso é um sinal de esperança que também aparece nos desenhos. Em vários desenhos é possível observar que, embora existam empecilhos, ainda há solução, ainda que demandando muito trabalho, mais recursos, ao lado de mais racionalidade. O aspecto da capacitação de profissionais, técnicos e administrativos, é certamente um aspecto essencial para alcançar humanização no acolhimento e no atendimento do usuário. Ao lado disso, é fundamental como meio de acelerar o processo de solução desses dilemas, que ainda persistem no Sistema, o *fortalecimento de ações políticas, político-institucionais e técnico-administrativas nos vários níveis de gestão do SUS* (TEIXEIRA, 2000).



Desenho 38

Desenho 39

AVENIDA representativa
da prática de saúde em Goiânia

(1) Modelo assistencial - por exemplo às gestantes corresponde à parte reta da avenida

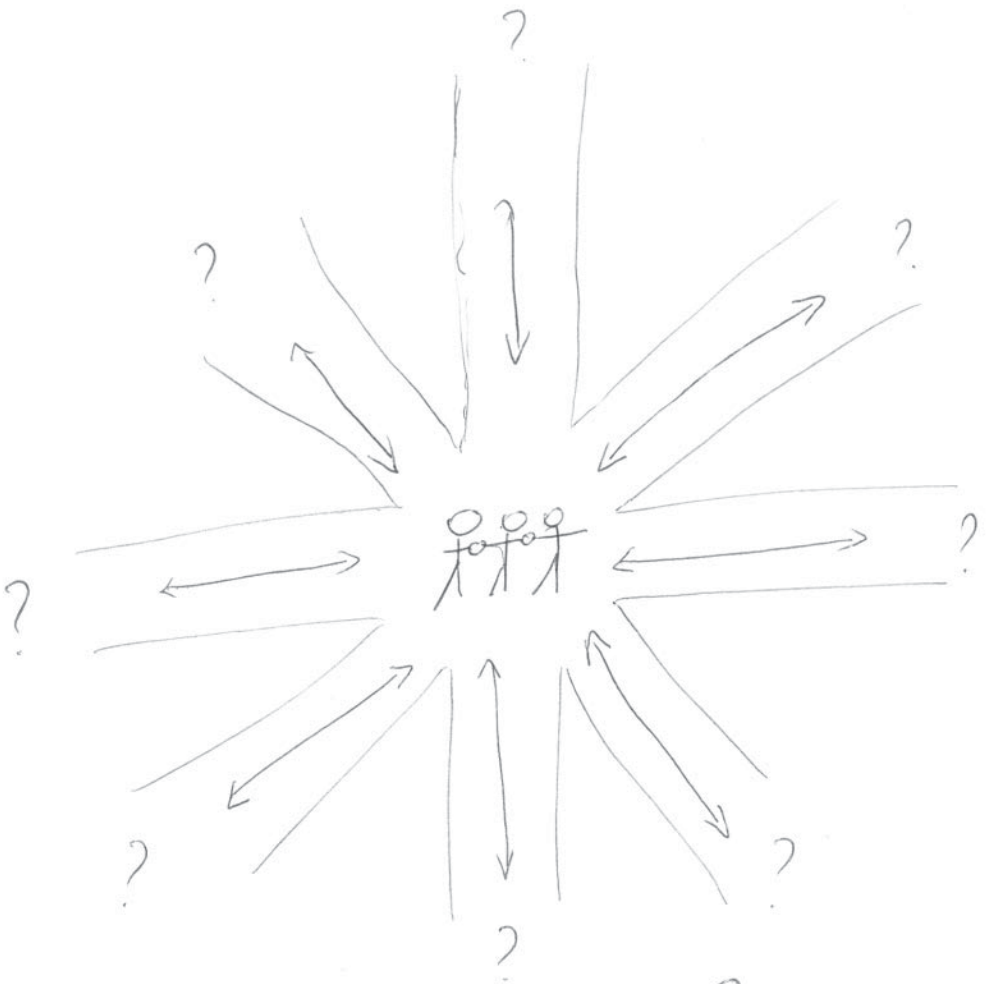
(2) cirurgia geral, traumatologia - correspondem às partes tortuosas da avenida

Resumindo: o nosso modelo assistencial à saúde é composto de componentes retos e tortuosos ao mesmo tempo

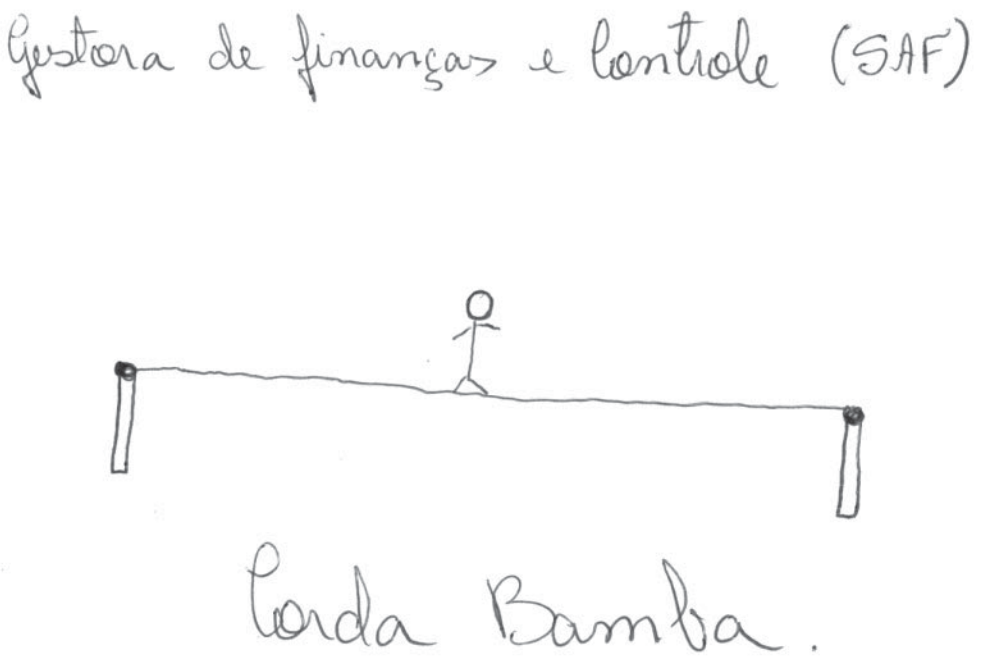
Goiânia - SS - médico

19-09-002

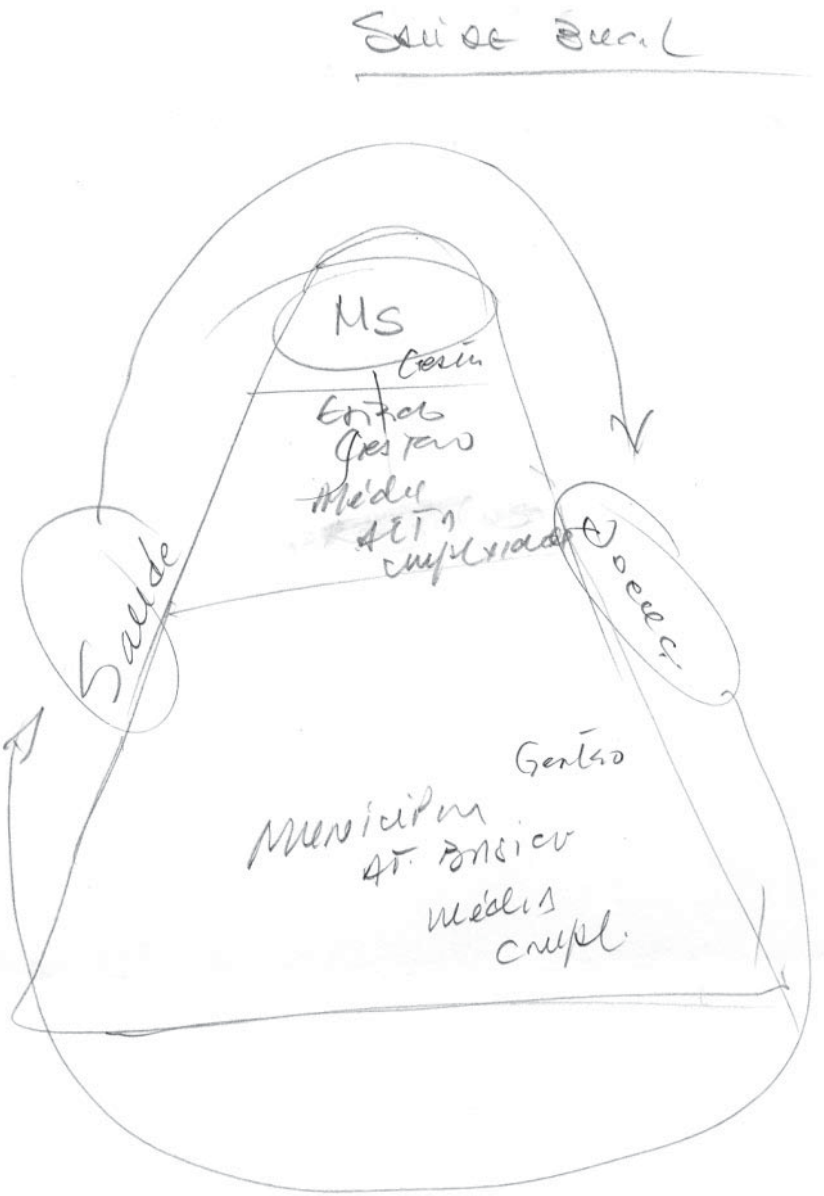
Desenho 40



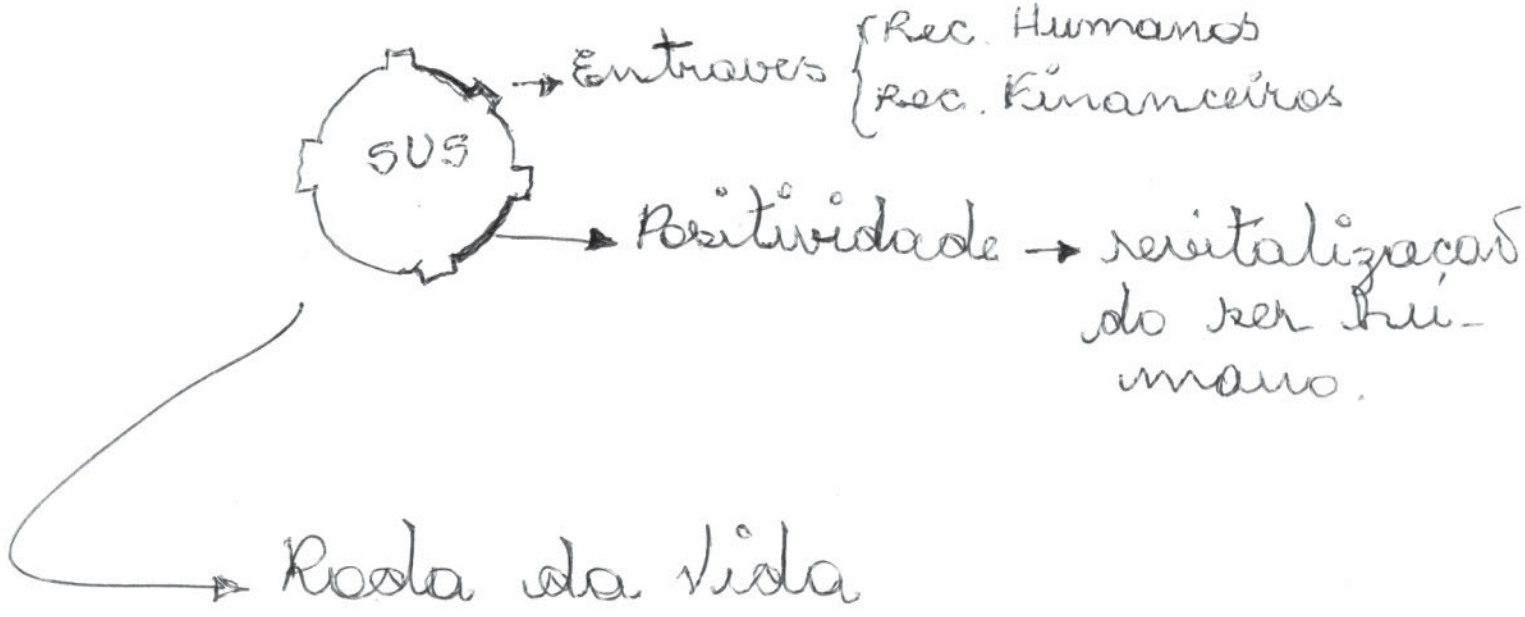
Desenho 41



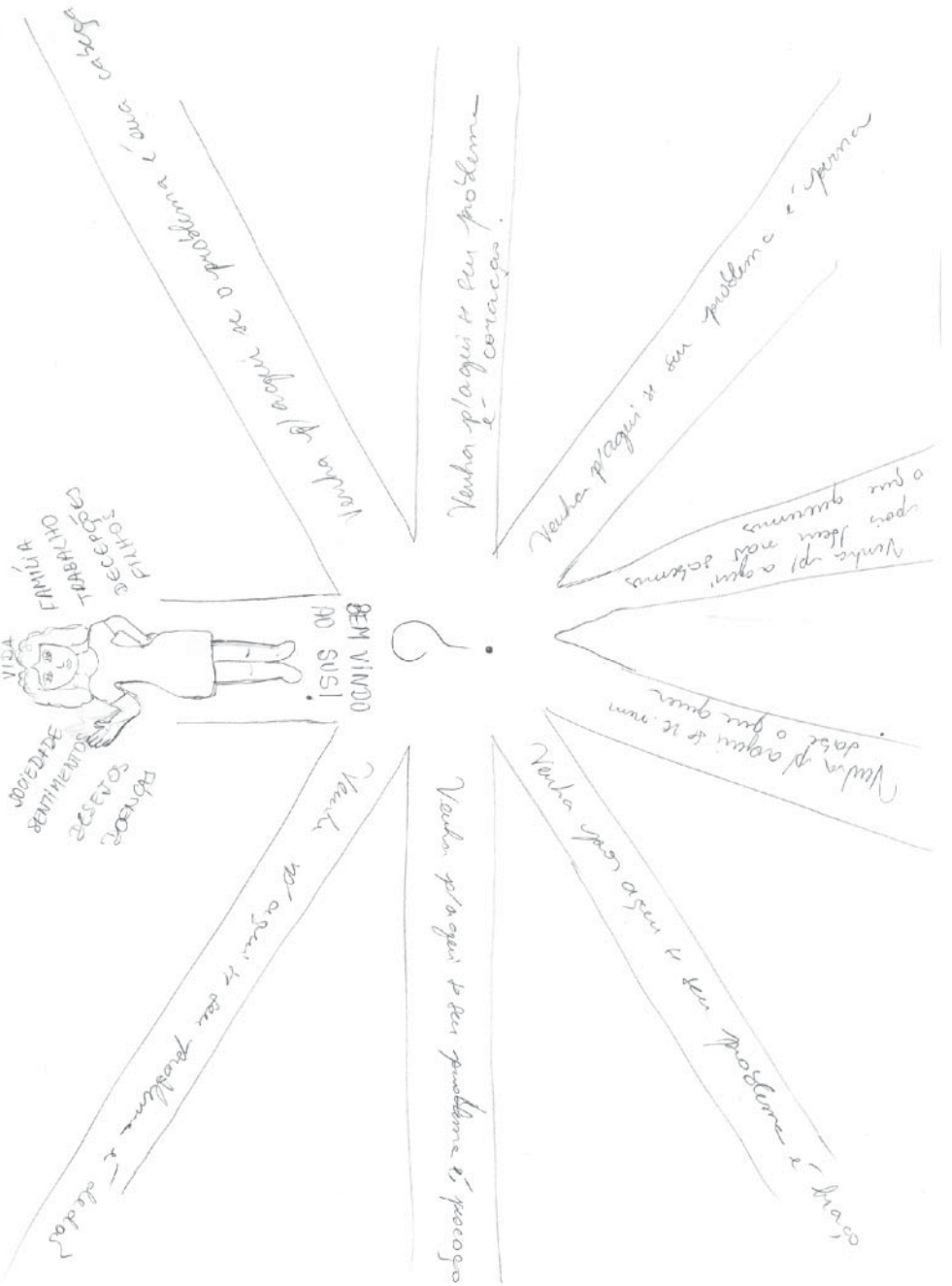
Desenho 42



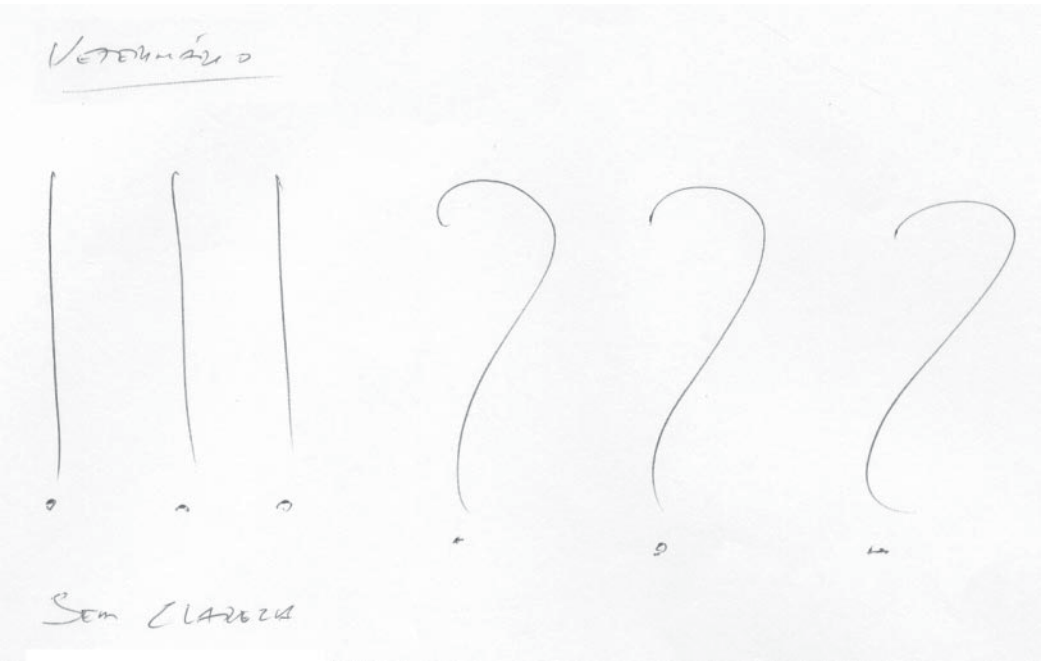
Desenho 43


SUS
Entraves
Rec. Humanos
Rec. Financeiros
Positividade → revitalização do ser humano.
Roda da Vida

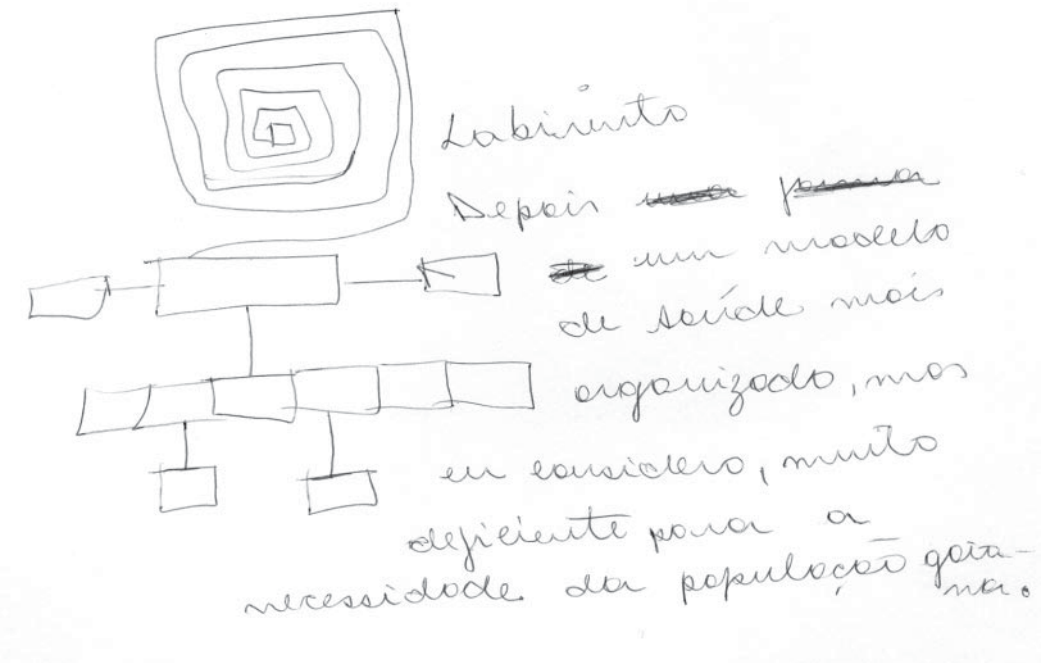
Desenho 44


BEM VINDO AO SUS!
VIDA
FAMÍLIA
TRABALHO
DECEPÇÕES
FILHOS
SOCIEDADE
SENTIMENTOS
DESEJOS
CONDIÇÕES
Venha p/ aqui se o problema é sua cabeça
Venha p/ aqui se seu problema é coração.
Venha p/ aqui se seu problema é perna
Venha p/ aqui se seu problema é braço
Venha p/ aqui se seu problema é procoço
Venha p/ aqui se seu problema é dedo

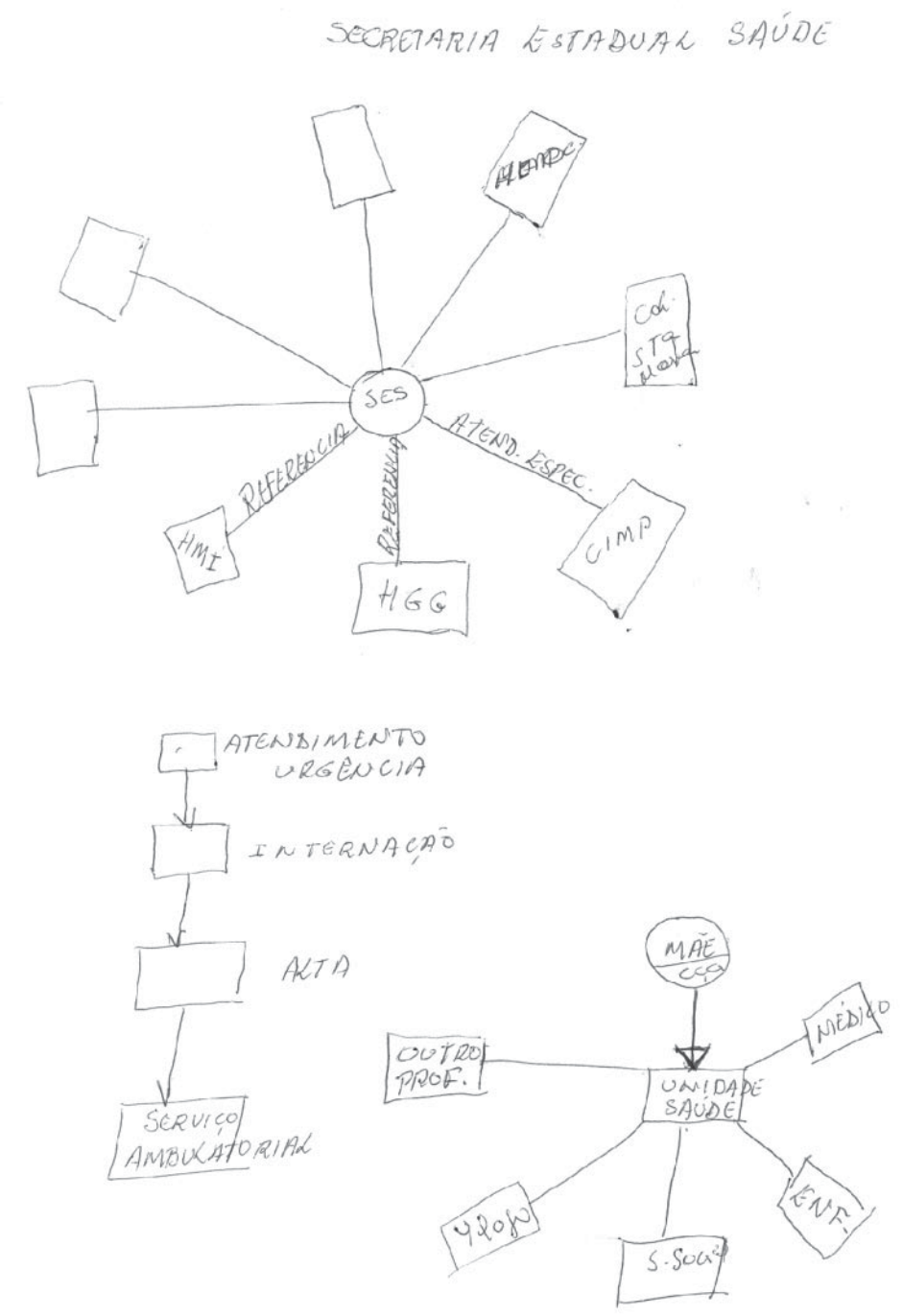
Desenho 45



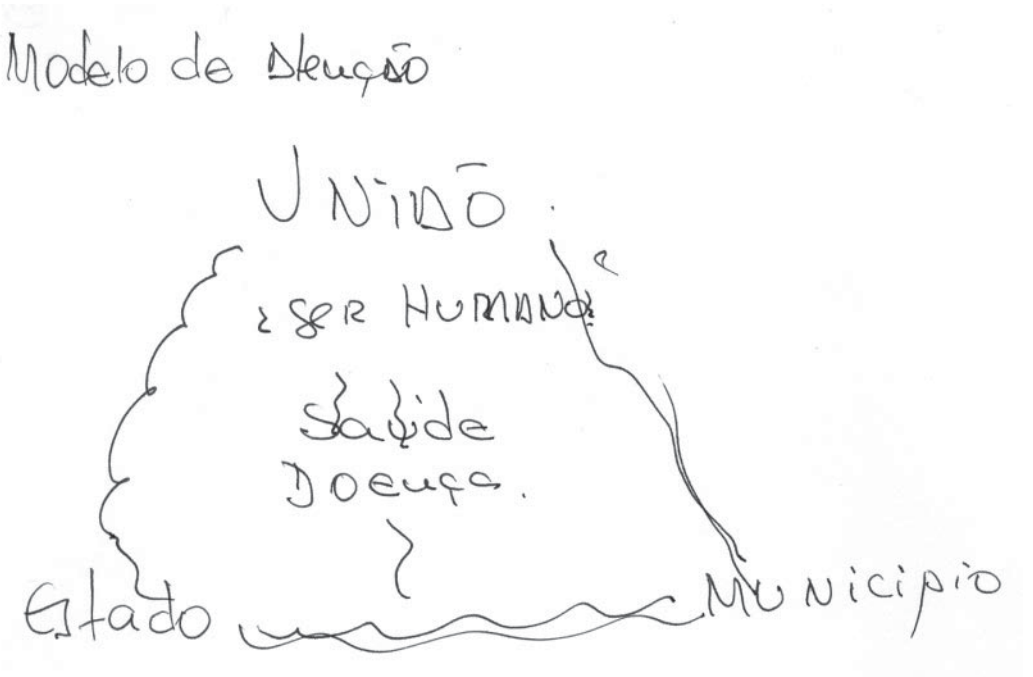
Desenho 46



Desenho 47

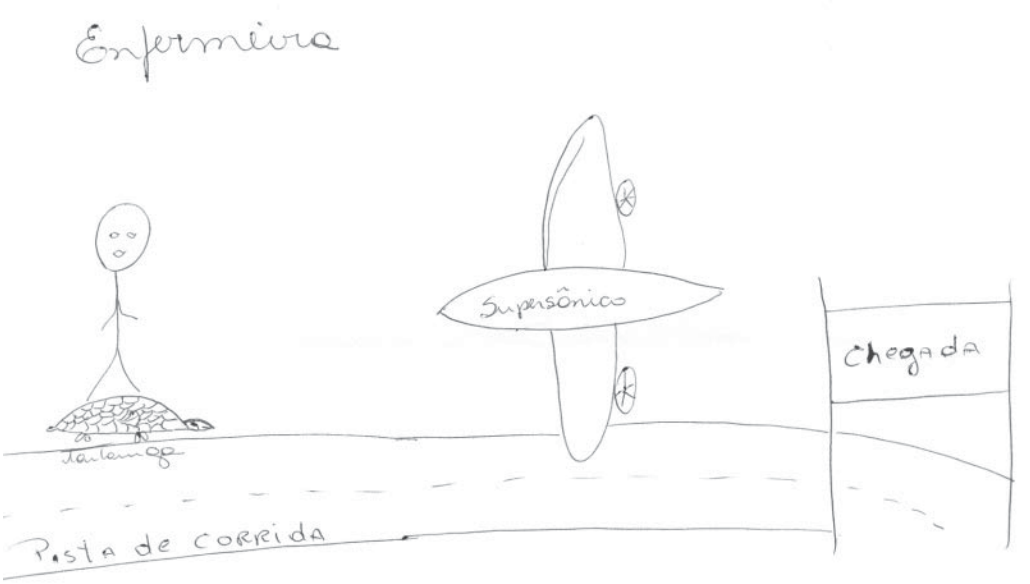

SECRETARIA ESTADUAL SAÚDE
SES
REFERENCIA
REFERENCIA
ATEND. ESPEC.
HMI
HGG
CIMP
ATENDIMENTO URGÊNCIA
INTERNAÇÃO
ALTA
SERVIÇO AMBULATORIAL
MÃE
OUTRO PROF.
UNIDADE SAÚDE
ENF.
S. Soc.

Desenho 48

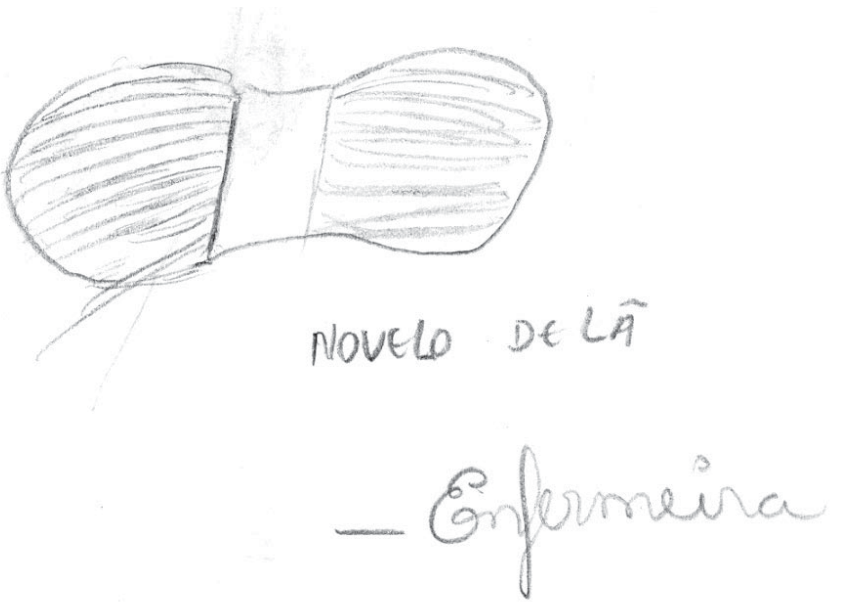

Modelo de Atenção
UNIÃO
SER HUMANO
Saúde
Doença
Estado
Município

Desenho 49

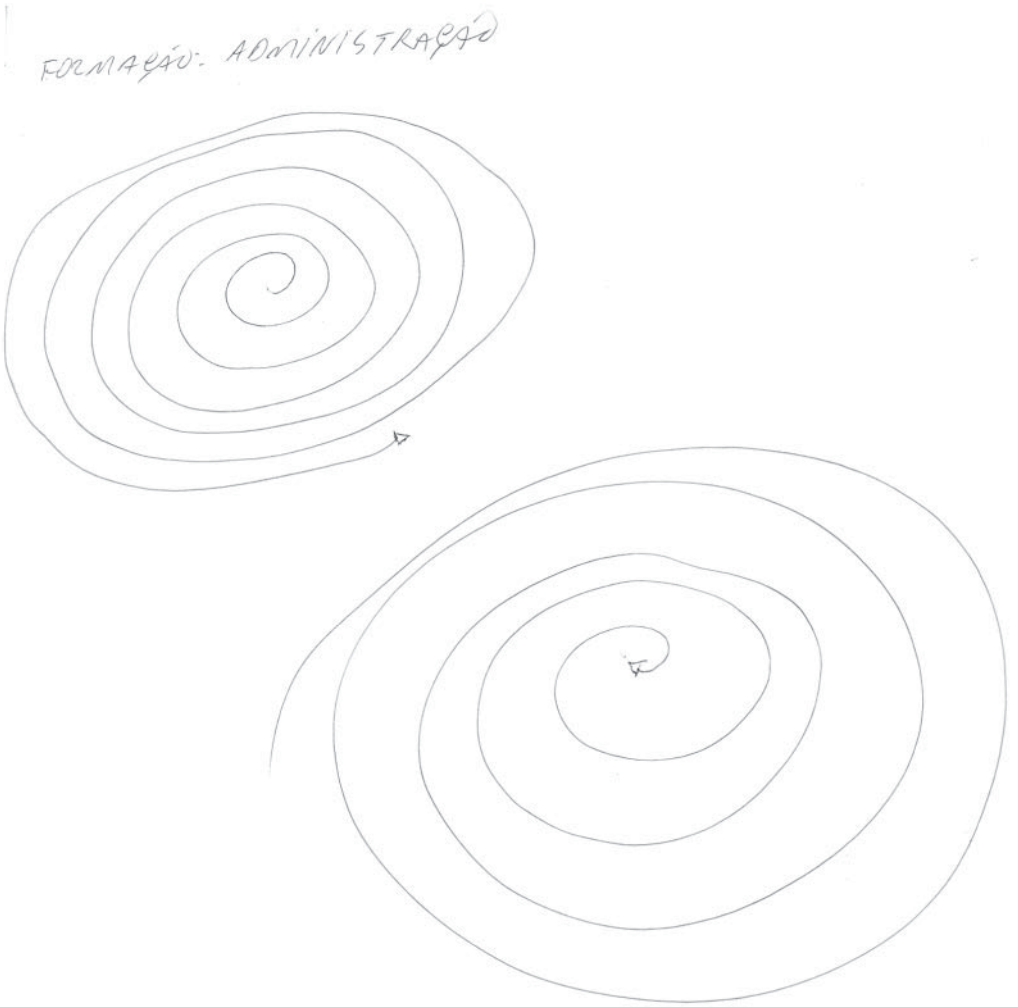
Desenho 50



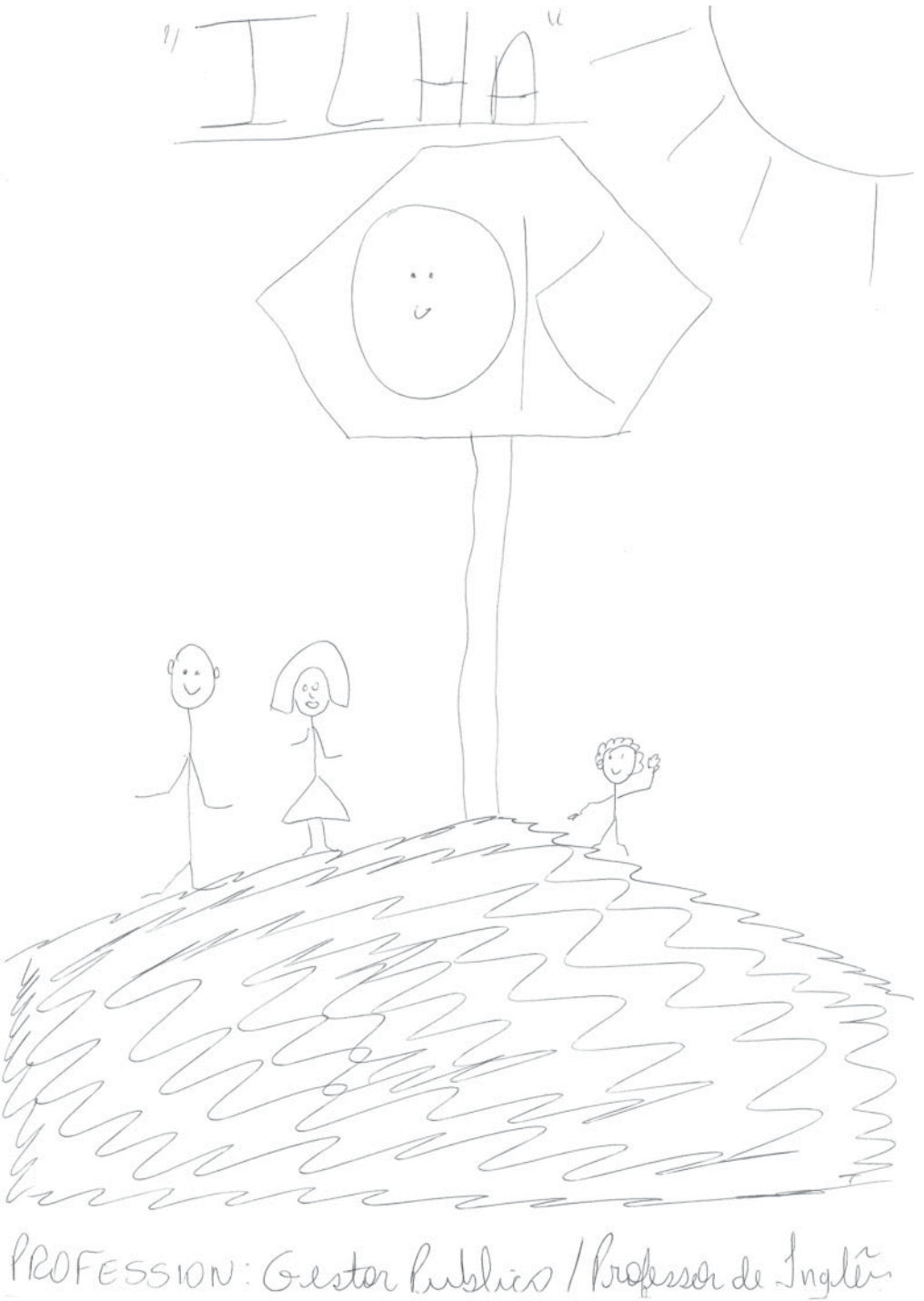
Desenho 51



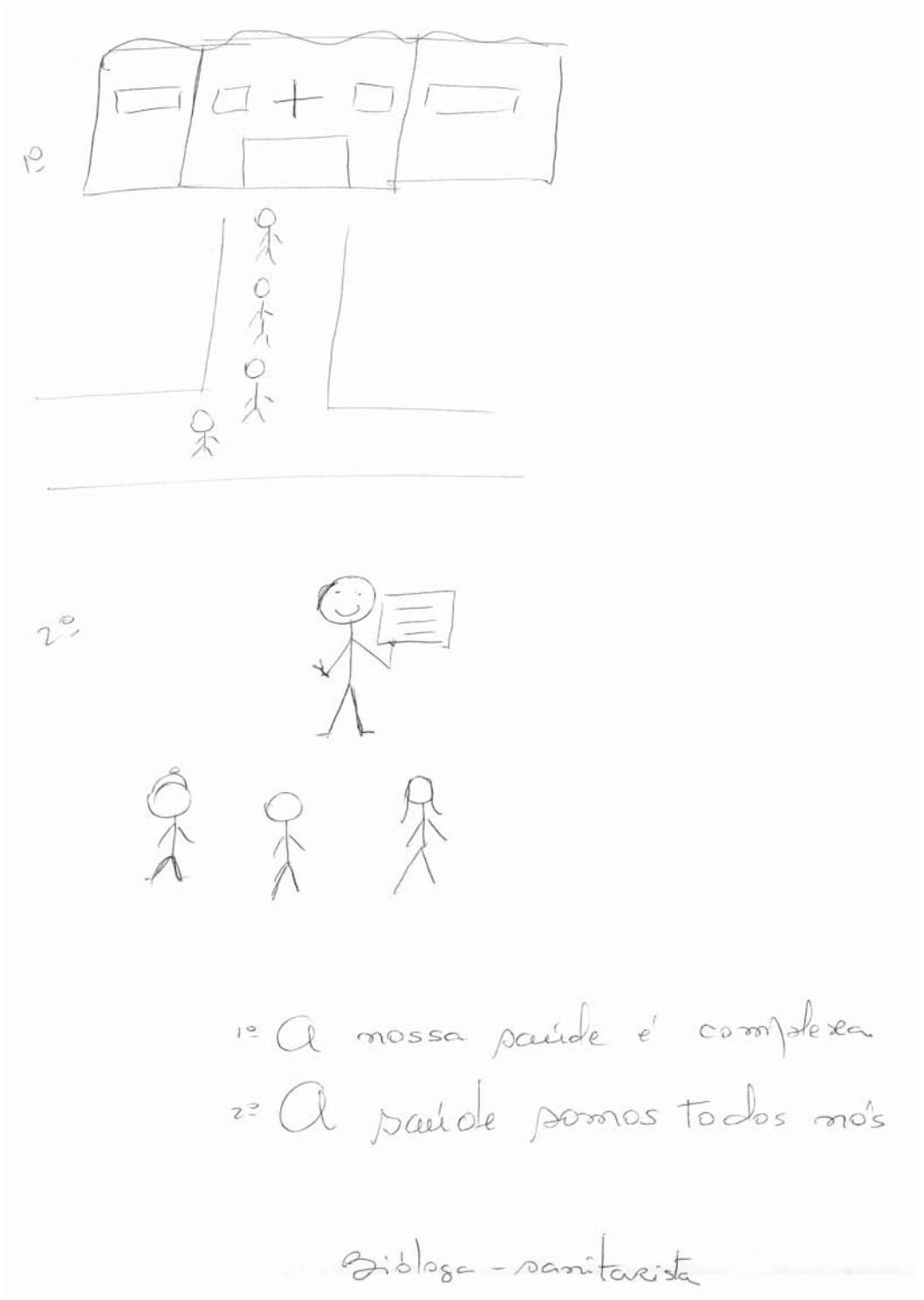
Desenho 52


FORMAÇÃO: ADMINISTRAÇÃO
CONVERGENTE E DIVERGENTE DE ACORDO COM A SITUAÇÃO, POLÍTICA, ECONOMICA ESOCIAL.

Desenho 53



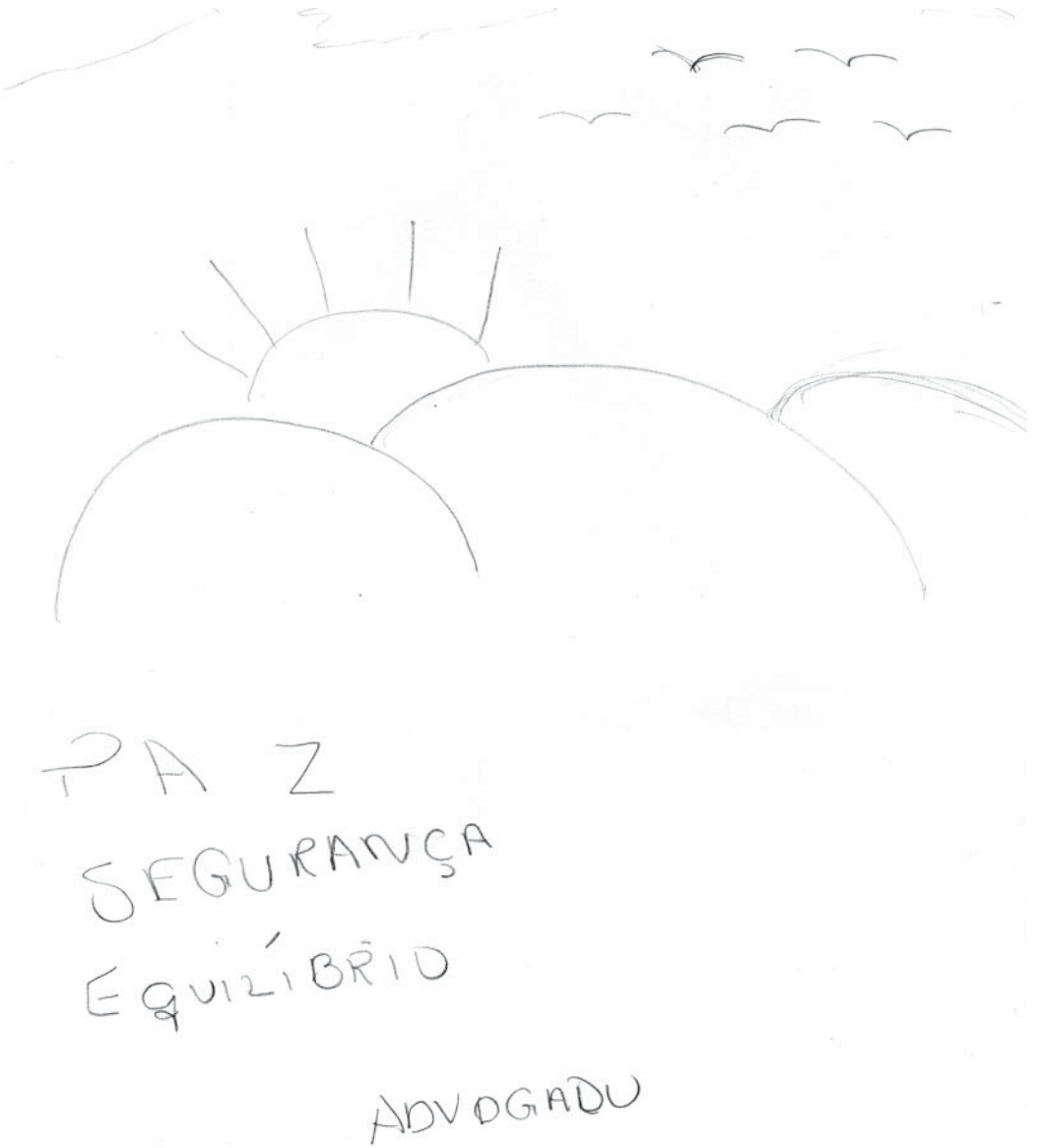
Desenho 54


1º
2º
1º A nossa saúde é complexa
2º A saúde somos todos nós
Biologa - sanitarista

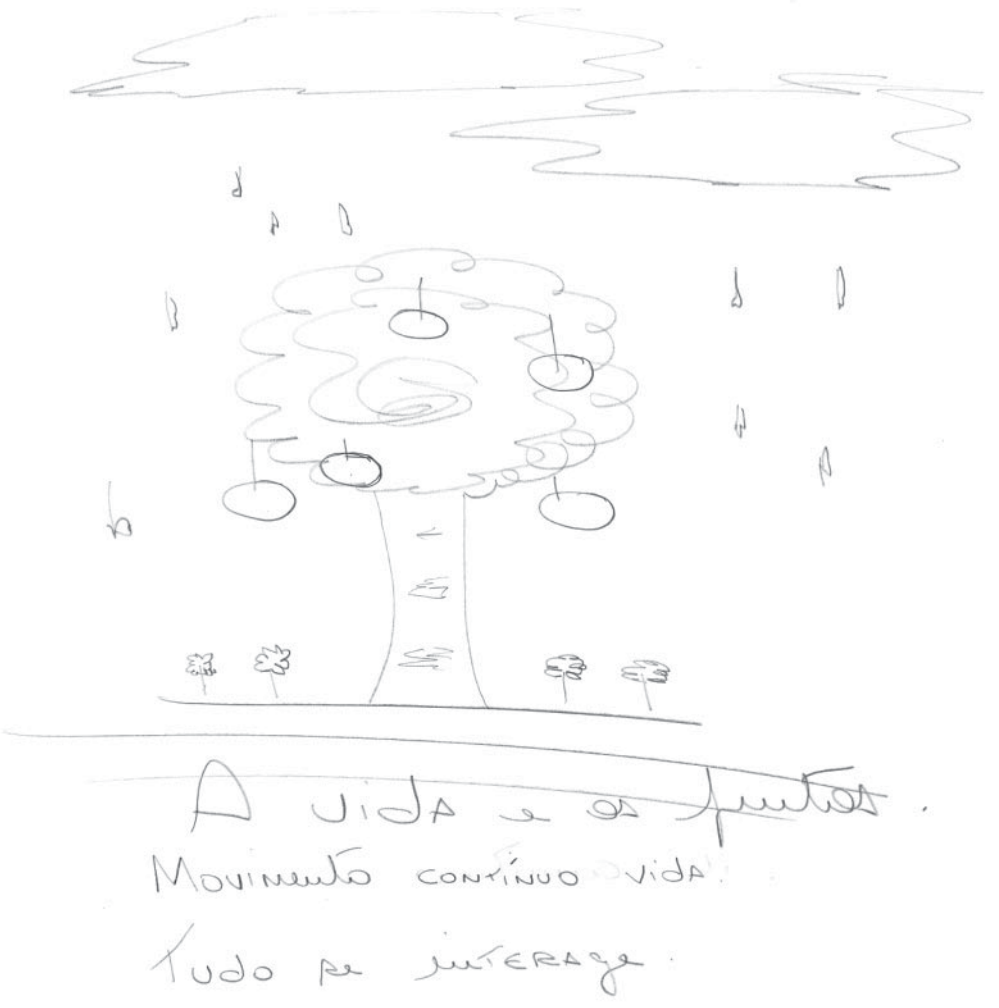
Desenho 55

Renda per capta
Salário
Economia
CARNE
LEITE
AÇÚCAR
ARROZ
Assistente Social

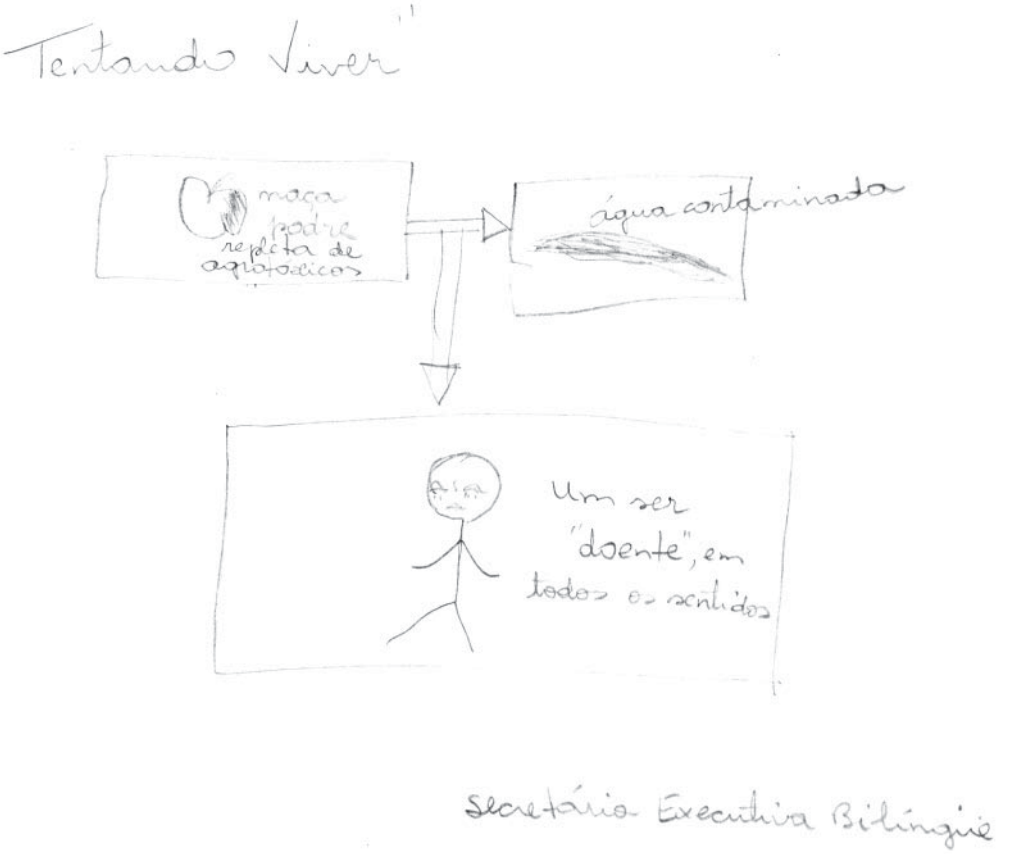
Desenho 56



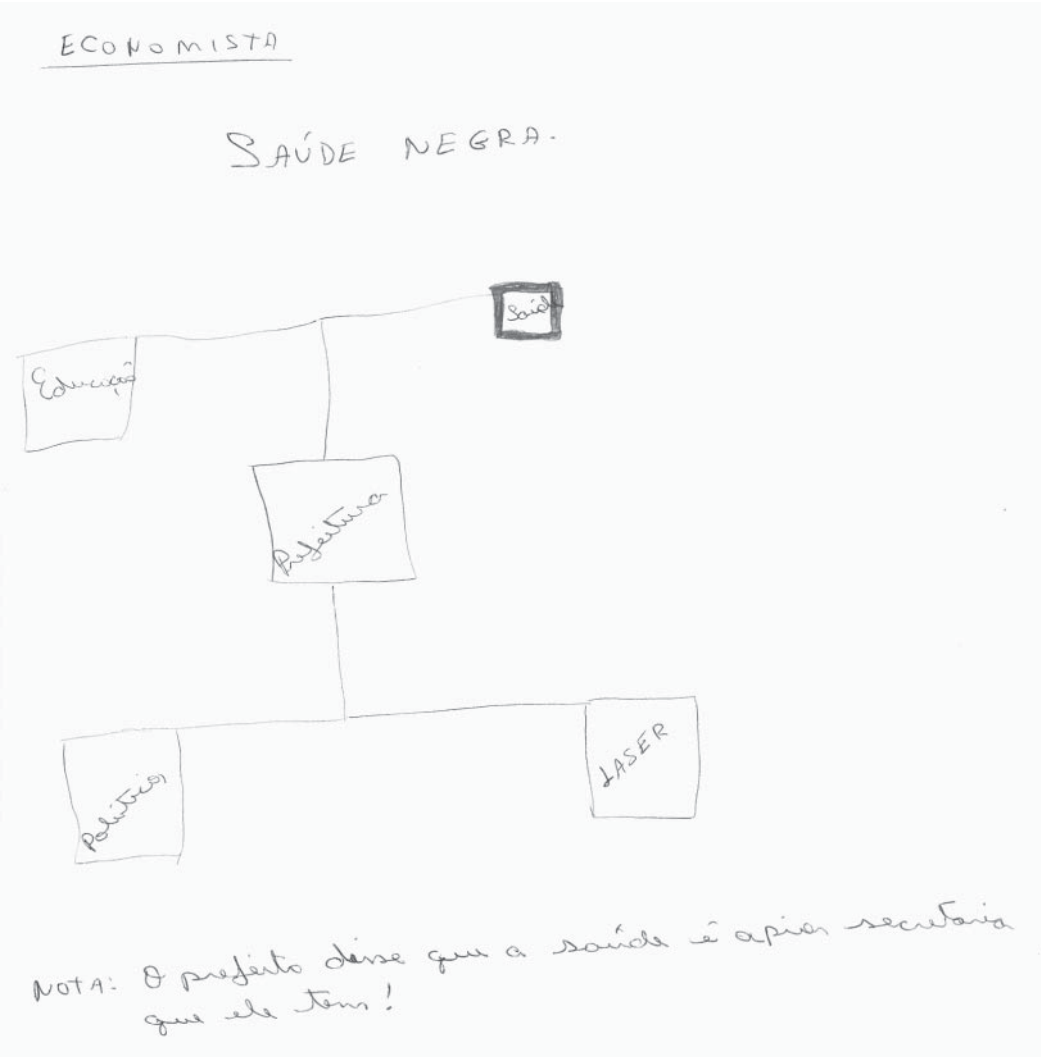
Desenho 57


A vida e o futuro.
Movimento contínuo vida.
Tudo se interage.
Advogado:

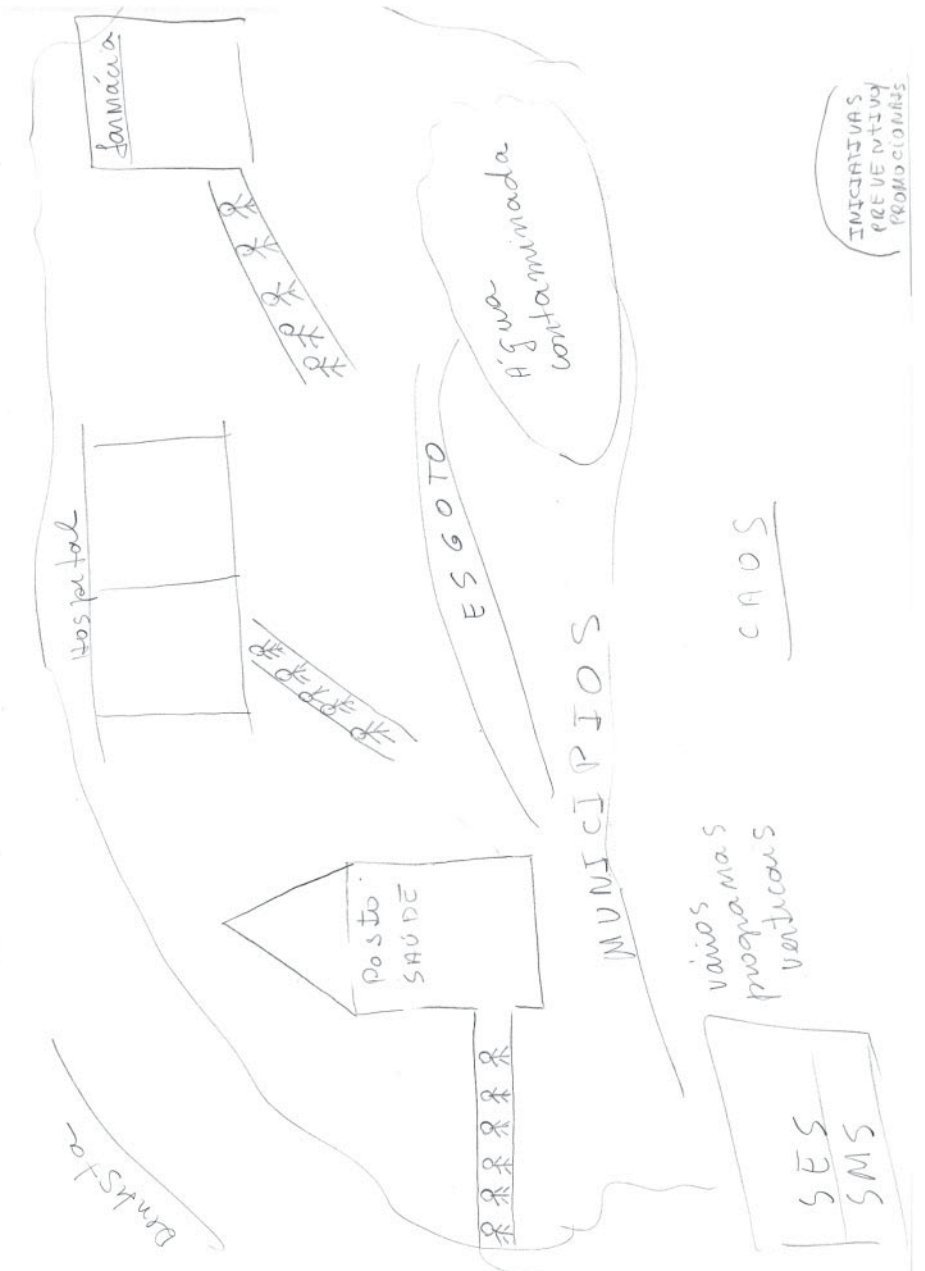
Desenho 58


Tentando Viver
maçã podre repleta de agrotóxicos
água contaminada
Um ser "doente", em todos os sentidos
Secretário Executivo Bilíngue

Desenho 59


ECONOMISTA
SAÚDE NEGRA.
Saúde
Educação
Prefeitura
Polícia
LASER
NOTA: O prefeito disse que a saúde é a pior secretaria que ele tem!

Desenho 60


Farmácia
Hospital
Posto Saúde
Esgoto
Água contaminada
Municípios
Casos
Vários programas verticais
SES
SMS
Iniciativas preventivas promocionais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O foco principal deste capítulo buscou enfatizar a linguagem simbólica como forma de expressão das experiências vivenciadas no mundo da saúde por parte de alunos(as) — grupo do qual fazemos parte — do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás. Um grupo extremamente heterogêneo tanto na formação acadêmica quanto nas experiências profissionais. Essa diversidade contribuiu e enriqueceu as atividades desenvolvidas em sala de aula e em campo. Margareth Mead, uma das mais famosas antropólogas do Século 20, *afirmou que a diversidade humana é um recurso, não um entrave e que todos os seres humanos têm a capacidade de aprender e ensinar uns aos outros* (MEAD, 2003).[3]

Nosso desejo de trabalhar com o exercício dos desenhos da disciplina se originou desse sentimento. Ou seja, a cada desenho que víamos e a partir dos quais buscávamos abstrair sentidos, apreendíamos um pouco mais sobre as múltiplas realidades e visões do Sistema Único de Saúde. É por acreditar, respeitar e valorizar o trabalho que foi desenvolvido na disciplina que reiteramos nosso convite inicial ao leitor para que nos acompanhe nessa jornada, criando ao mesmo tempo o seu próprio percurso. Acreditamos que, cada um a seu modo e segundo suas vivências no mundo da saúde, e mesmo fora deste, poderá, ao acompanhar os desenhos, construir as próprias conclusões, criando hipóteses e possibilidades de interpretações. O(a) leitor(a), assim como nós, deve sentir-se livre para organizar a disposição dos desenhos, como se estivesse montando seu próprio mosaico, do qual cada desenho conta a sua parte do todo de uma história muito maior.

O conteúdo abordado neste capítulo, segundo nossa visão dos desenhos, em nada impede ao amigo leitor fazer a própria interpretação. Pelo contrário, nosso objetivo foi tecer um exemplo das possibilidades para que outras interpretações surjam. Mesmo os temas que discutimos admitem outros entendimentos. Acreditamos que, em um exercício salutar de contrastes entre variadas realidades, se encontre a convergência e também a divergência construtiva de versões. O nosso texto, assim, está exposto à relativização das verdades que cercam o setor saúde no país. Acreditamos que assim podemos admitir as variadas possibilidades de interpretações de quem analisa os desenhos, que certamente estará interagindo conosco, alunos(as) do curso. A cada análise percebemos o incremento de mais heterogeneidade positiva ao mundo da saúde.

3 Margareth Mead: 1901-1978/Norte Americana. Foi uma das mais brilhantes antropólogas de todos os tempos. "She insisted that human diversity is a resource, not a handicap, that all human beings have the capacity to learn from and teach each other" (MEAD, 2003). **"**Tradução de Carlos Henrique de Oliveira Furtado. Margareth Mead (1901-1978).

É interessante notar e registrar a respeito do esforço desempenhado por todos aqueles envolvidos no Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços o desejo de que, a partir deste esforço, iniciemos um processo que tenha continuidade. Tal processo de capacitação de servidores tanto em nível central quanto regional ou municipal, de modo a preparar a força de trabalho para novos desafios impostos pelo SUS, deve ser mantido e incentivado. Desafios atuais como o da regionalização, da descentralização e da municipalização dos serviços demandam que o profissional de saúde atue frente às situações diversas e inéditas para as quais necessita do saber técnico e estratégico para apoiar a resposta social apropriada. A capacitação de recursos humanos tem potencialidades de, em menor espaço de tempo, promover reformas e implantar novas estruturas e mecanismos de gerenciamento do Sistema, seja em Centros de Saúde, seja em organismos de governo. Somar a prática de uns ao estudo teórico de outros pode significar a solução da velha equação da dívida social, que tão tristemente é ainda sentida no setor saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. S. de; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas públicas e organização do sistema de saúde: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. In: WESTPHAL, M. F.; ALMEIDA, E. S. de (Org.). **Gestão de serviços em saúde**, São Paulo: EDUSP, 2001. p. 13-49.

ARTERAPIA. Disponível em: < http://terapeutaocupacional.com>. Acesso em: mar. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. Brasília, DF, 2002.

ECHEVERRIA, C.; BORDIN, V. Medicamento genérico: quando o barato sai caro. Cuidados pela vida. **Revista Vida**, São Paulo, ano 5, n. 19, p. 20-25, dez. 2000.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Organização. **Plano Diretor de Regionalização.** Goiânia, 2002.

GOULART, F. A. A. **Política de saúde contemporânea no Brasil**: o SUS. Brasília, DF, [s.d.]

HAMMER, E. F. **Aplicações clínicas dos desenhos projetivos**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1981.

KRIEGER, G. Remédio: lucros garantidos, CPI constata omissão de informação sobre efeitos colaterais em propaganda de medicamentos. **Revista Época**, Brasília, DF, n. 92, 21 fev. 2000. Disponível em: <http://www.epoca.com.br>. Acesso em: abr. 2003.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. Lisboa: Ed. Moraes , 1970.

LIMA, A P. G. de; PASTRANA, R. M. S. de. Regionalização da rede de ações e serviços como condição para garantir a equidade no acesso. In: SANTOS, N. R. (Org.). **Conferência Nacional de Saúde, 10.** Brasília, DF, 2000.

LOWENFELD, V. **A criança e sua arte: um guia para orientação de pais**. São Paulo: Mestre Jou, 1976.

MEAD, M. **Biography**: Mead's life and works. Disponível em: <http://www.mead2001.org/biography.html>. Acesso em: 22 maio 2003.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 19-89.

_____. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: **Uma agenda para saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 233-300.

MOREIRA, L. **Informar para conscientizar**. Editorial 2002. Disponível em: <http://leidemoreira.com.br>. Acesso em: maio 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Contexto da prática farmacêutica no Brasil. In: IVAMA, Adriana (Org.). **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**, Brasília, DF, 2002.

REIS, A.T. dos. **Apontamentos para uma apreciação de modelos tecno-assistenciais em saúde**. Belo Horizonte: [s.n.], 1999.

SANTANA, J. P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicações/textos/pub04int.pdf>. Acesso em: maio 2003.

SÃO PAULO. Sindicato dos Farmacêuticos. **Boletim Princípio Ativo**, n. 42, set./out. 2002. Disponível em: < http://www.sinfar.org.br/Telas/Noticias/noticias1.5bh.asp>. Acesso em: maio 2003.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 18, p. 203-211, 2002.

TEIXEIRA, C.F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: SANTOS, N. R. (Org.). **Conferência Nacional de Saúde, 10.** Brasília, DF, 2000.

CAPÍTULO 3
A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS NA PERSPECTIVA DOS ATORES

Parte 1

A formalização de políticas públicas de saúde na ótica dos gestores: uma discussão do conteúdo

Autores: *Nazareth Elias Silva Nascimento*, Marta Rovery de Souza***

INTRODUÇÃO

Este capítulo foi idealizado com o propósito de contextualizar as entrevistas realizadas com os atores sociais que participaram do processo de Formulação de Políticas Públicas de Saúde, bem como explicitar os conceitos e as teorias úteis à análise de políticas públicas. Trata-se de contribuição dos(as) alunos(as) do *Curso de Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde do Estado de Goiás*, dos professores e de todos os entrevistados (atores) que direta ou indiretamente estão envolvidos nas políticas de saúde e no processo de consolidação do SUS no Brasil.

A coleta de informações que subsidiaram este capítulo foi realizada a partir de um questionário elaborado pelos professores, e que foi aplicado pelos(as) alunos(as) como uma atividade da *Disciplina Modelos de Saúde e Formulação de Políticas*. A idéia de aplicar o referido instrumento foi complementar as atividades em sala de aula como possibilidade de ampliar os conhecimentos dos(as) alunos(as) sobre o tema. A ousadia de materializar as entrevistas numa análise qualitativa deve-se, principalmente, à riqueza das respostas dos atores, considerando a complexidade do tema e a possibilidade de estimular pesquisas sobre o tema.

Os atores entrevistados foram selecionados pelos(as) alunos(as), e o critério de escolha baseou-se nos conceitos obtidos em sala de aula: *o ator é aquele que participou / participa/contribuiu/influenciou a formulação de políticas públicas de saúde — (FPPS)*. O roteiro de entrevista foi estruturado com 10 (dez) perguntas abertas, as quais abordaram: a percepção dos atores quanto às formas de participação no processo político; os

* Biomédica e mestranda em Epidemiologia pelo Instituto de Patologia Tropical da UFG e exercendo atividades na Vigilância Sanitária na SES/GO e na SMS/Goiânia.

** Doutora em Ciências Sociais pela UNICAMP e professora do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás- UFG.

fatores que podem influir e interferir na FPPS; as diretrizes que devem orientar os atores para a formulação das políticas de saúde; as opiniões e sugestões dos diversos atores entrevistados sobre as políticas de saúde no país. Os(as) alunos(as) (entrevistadores) tiveram a liberdade de modificar as perguntas, conforme o entendimento dos atores que foram entrevistados. No entanto, foram orientados a manterem a idéia original das questões e a formatação do questionário para a consolidação das entrevistas.

O presente capítulo apresenta a súmula de 39 (trinta e nove) entrevistas que melhor identificam os atores sociais, e que expressam o processo político no estado e nos municípios. As entrevistas foram selecionadas considerando as respostas que permitiram estabelecer uma correlação entre os conceitos teóricos e a prática política dos atores identificados.

Apesar dos vícios interpretativos que possam ter ocorrido, foram feitas tentativas de minimizar estes problemas, preservando as *respostas originais dos entrevistados*, e fundamentando-as em outros conceitos teóricos de autores que estudam as políticas públicas de saúde no Brasil. As identidades dos atores entrevistados e entrevistadores (alunos(as)) foram preservados.

Devido à complexidade do tema foi necessário ampliar as discussões e buscar referências bibliográficas internacionais, haja vista os poucos trabalhos publicados no Brasil. No entanto, este texto terá seqüência de outros trabalhos e, com certeza, contribuirá substancialmente para melhorar os conhecimentos sobre o processo político de Formulação de Políticas Públicas de Saúde e, ainda, demonstrar a necessidade dos profissionais e gestores da saúde de familiarizar-se com a política. Nesse sentido, considera-se que os recursos humanos do SUS podem beneficiar-se de atividades de capacitação na área da política pública, e compreender a importância da participação na elaboração e na execução das políticas de saúde.

As referências bibliográficas selecionadas poderão subsidiar alunos(as), gestores e atores sociais interessados na busca de informações, e também incentivar a participação dos profissionais de saúde no processo de elaboração de políticas de saúde.

1 A FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

O processo político de formulação de políticas públicas de saúde é bastante amplo e complexo para compreender-se em um único capítulo. No entanto, considerou-se oportuna fazer uma breve revisão conceitual do tema, de modo a contribuir para o processo de

formulação de políticas públicas de saúde e, ao mesmo tempo, estimular a participação dos profissionais de saúde no *dito mundo da política*.

A formulação de políticas públicas é um processo ainda embrionário no Brasil, haja vista que não constitui prática pelo Estado a negociação da política. A primeira iniciativa de formulação de políticas públicas no Brasil aconteceu no início da década de 60, não como proposta política para resolver os problemas da população, mas como exigência dos organismos internacionais para a concessão de empréstimos aos países em desenvolvimento.

A compreensão das origens e do sentido do Sistema Único de Saúde (SUS), na qualidade de política pública de saúde pressupõe, por sua vez, o conhecimento histórico de como os serviços de saúde foram organizados no Brasil. Essa configuração expressa a concepção de políticas públicas então vigentes, assim como a relação Estado/sociedade civil, em cada um desses momentos (MENDES, 1993).

A Reforma Sanitária é um dos maiores exemplos históricos de processo de formulação de políticas de saúde no Brasil, e se constituiu no maior fórum de debates sobre a situação de saúde no país. As bases da Reforma Sanitária começaram a cristalizar-se ainda em 1985/1986 mediante mobilização social de cerca de 5.000 participantes de diversos segmentos — políticos, acadêmicos, estudantes, trabalhadores, usuários, sindicatos, organizações não-governamentais (ONGs), associações e profissionais de saúde —, os quais exigiram do governo a mudança do modelo assistencial vigente na época por um modelo de saúde democrático e universal.

O processo político que culminou na Lei Nº 8.080, de 19/09/1990, fundamentou-se no Relatório da *VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986*, o qual continha as propostas para a saúde no Brasil, aprovadas pelos diversos atores sociais que participaram do movimento, e apresentaram um modelo de saúde democrático e universal para o país. O Sistema Único de Saúde — SUS é a maior política social dos últimos anos, e desde a sua concepção tem priorizado a ampliação e a descentralização dos serviços básicos de saúde, de modo a garantir o atendimento universal e integral à população.

Os princípios constitucionais da Carta Magna de 1988 introduziram reestruturações no aparelho estatal, procurando torná-lo mais ágil e eficaz. Desde então, os municípios são legalmente instituídos como entes federados autônomos. Esse foi, portanto, o momento formal e legal de reconhecimento dos governos locais como responsáveis pela formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e pelo desempenho de funções de natureza local (JUNQUEIRA, 1996). A saúde passou a ter o *status* de bem de relevância pública, caráter não concedido a nenhuma outra área social pela Constituição de 1988.

O artigo 197 define a competência do poder público na regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde (GOULART, 1999).

Os municípios estão legalmente autorizados a formular políticas públicas que atendam às demandas sociais produzidas no próprio território. Em decorrência do processo de descentralização da política de saúde, estes entes federados são responsáveis pela busca de soluções para os problemas sociais e pela eqüidade no acesso aos serviços públicos essenciais, incluído o setor saúde, de suas populações.

1.1 O que é política pública ou política pública de saúde?

Jenkins (1978, p.15) entende política como um conjunto de decisões inter-relacionadas, concernindo à seleção de metas e aos meios para alcançá-las, dentro de uma situação especificada. Wildavsky (1979, p.387) lembra que o termo política é usado para referir-se a um processo de tomada de decisões, mas também ao produto desse processo.

A Carta Constitucional de 1988 ampliou o conceito de saúde, e a saúde foi incluída como política da seguridade social. Fundamentada nos princípios da medicina coletiva, o *processo de saúde—doença não é visto apenas sob o aspecto da causalidade*, mas também, é determinado pelos múltiplos fatores sociais que influem nas condições gerais de bem-estar físico e mental. As políticas públicas de saúde não podem restringir-se à área da saúde, devendo ser mais abrangentes e voltadas para a promoção do desenvolvimento social da população (PAIM, 1997).

Nesse sentido, desenvolver políticas públicas saudáveis significa colocar a saúde na agenda dos formuladores de políticas públicas em todos os setores e em todos os níveis (intersetorialidade), e procurando ampliar a consciência quanto às conseqüências de decisões de outros setores sobre a saúde, de modo a ampliar também as responsabilidades perante ela (GOULART, 1999).

1.2 O que são demandas ou problemas sociais?

As demandas ou necessidades sociais geradas nos aglomerados urbanos e gerados pelo desequilíbrio na distribuição de renda exigem cada vez mais a necessidade de políticas públicas redistribuitivas e que assegurem as condições básicas de sobrevivência da população. Constituem problemas sociais o aumento da pobreza e da violência, as crescentes dificuldades de habitação e transporte, o desemprego, a falta de organização dos serviços de saúde e o aumento das doenças ocupacionais e daquelas relacionadas às atividades do trabalho. Todos os problemas identificados pelos diversos atores sociais e

que interferem na qualidade de vida da população situam-se no campo de responsabilidade dos municípios, competindo a estes entes buscar alternativas que garantam os mínimos sociais a todos os cidadãos (JUNQUEIRA, 1996).

A identificação e a análise dos problemas de saúde dependem da perspectiva sob a qual eles são percebidos. Em outras palavras, dependem dos sujeitos que os identificam. O que é problema para uns pode não ser para outros. Portanto, a visão que se tem dos problemas de saúde varia em função da posição dos sujeitos (atores) na estrutura de relações sociais, fazendo parte da *visão de mundo*, da cultura, dos projetos políticos, das utopias com relação ao futuro desejado para o país. Assim, a identificação dos problemas e necessidades de saúde da população deve assumir uma visão policêntrica, com a identificação dos diversos sujeitos e posição na *estrutura de poder* em saúde (LUCCHESE, 2003).

1.3 O que são atores sociais?

É importante contextualizar de que forma ocorre a participação dos atores na formulação de políticas públicas, pois a quantidade de atores envolvidos no processo político depende do tipo de regime de governo e da política que está sendo proposta. Em um regime de governo ditatorial, as decisões são tomadas pelos tecnocratas, e não é permitida a discussão ou negociação com a população. No governo democrático, a população pode se manifestar e explicitar as suas necessidades coletivas, independentemente de classe social ou nível de escolaridade. As políticas públicas são elaboradas a partir das demandas sociais, e a sociedade exerce o controle social da execução e aplicação dos recursos financeiros.

Apesar de toda a sociedade produzir demandas populares e exigir alternativas para as necessidades coletivas, a participação ocorre indiretamente. Para que as necessidades sejam reconhecidas e aceitas como propostas, é preciso que tenham organização e representatividade. Os políticos, os representantes de classes/sindicatos e os conselhos de saúde participam diretamente da discussão das propostas, do planejamento e da formulação das políticas publicas de saúde (PAIM, 1997).

Segundo Rua (1998), existem vários critérios para identificar os atores. Entretanto, o mais simples e eficaz é estabelecer a existência de alguma coisa em jogo na política em questão, ou seja, quem ganha ou quem perde com a política. Vale ressaltar a importância de se definir os conceitos, considerando os diversos atores sociais que participam direta ou indiretamente da formulação de políticas públicas de saúde, pois no Brasil ainda persiste a cultura de que as políticas são elaboradas pelos atores políticos — Executivo e Legislativo.

> *Entende-se **ator** no âmbito da saúde pública como um coletivo de pessoas ou uma personalidade que participa de determinada situação, tem organização minimamente estável, e é capaz de intervir nesta situação e tem um projeto (REVISTA RADIS, 2002)*.*
>
> *Os atores públicos são aqueles que exercem funções públicas e mobilizam os recursos associados a essas funções. Distinguem-se duas categorias: os políticos e os burocratas. Os atores políticos são parlamentares, governadores, prefeitos, membros eleitos do executivo federal. Os burocratas são aqueles que exigem conhecimentos especializados e que se situam em um sistema de carreira pública (RUA, 1988).*

O processo de formulação de políticas públicas envolve sujeitos (atores sociais), instituições e recursos (financeiros, logísticos e humanos). Por isso, são de fundamental importância a participação e o envolvimento de diferentes grupos de atores, de diferentes grupos de interesse e das autoridades legislativas e executivas no processo de formulação de políticas públicas e de decisões sobre investimentos. A implementação das ações de saúde de forma efetiva e sustentável depende do compromisso dos atores com o processo político.

Os diversos atores sociais produzem as demandas coletivas, que geram propostas de mudanças. Estas propostas têm que ser discutidas, analisadas sob o aspecto de factibilidade, coerência, viabilidade técnica e financeira. O passo seguinte consiste na formalização das propostas, ou seja, a preparação de documentos que expressem as estratégias que serão usadas para alcançar os objetivos propostos (NETTO, 1999).

1.4 O que é formulação de políticas públicas de saúde?

O processo de formulação de políticas públicas implica tomada de decisões sobre políticas, regulamentações e atividades. Tem por objetivo orientar, direcionar os investimentos em desenvolvimento social, para que produzam um enfrentamento sustentável dos problemas que afligem as populações urbanas. Não é um processo simples ou rápido, pois as propostas têm que ser discutidas, negociadas sob vários aspectos para que se consiga o consenso e sejam tomadas como ponto de partida para a formulação de políticas de saúde.

A política é concebida pelos *tomadores de decisão* no âmbito de um processo decisório, que pode ser democrático e participativo ou autoritário e de gabinete; de baixo para cima ou de cima para baixo; de tipo racional e planejado ou incremental e mediante o ajuste mútuo entre os atores intervenientes; com ou sem manipulação e controle da agenda dos atores com maior poder; detalhadamente definida ou deixada propositada-

mente incompleta para ver se cola ou como é que fica na prática. Tais características dependem principalmente do grau de racionalidade do processo decisório, e a fase de formulação pode contemplar etapas como: pesquisa do assunto; filtragem do assunto; prospecção; explicitação de valores e objetivos globais (MATUS, 1996).

A formulação de políticas consiste em processos de barganha no interior e entre unidades da organização. Decisões negociadas são resultados de consenso entre atores com diferentes preferências e recursos. Negociação não requer que as partes entrem em acordo sobre objetivos comuns, nem eventualmente requer contribuição para o êxito do processo de negociação. A barganha exige apenas que as partes concordem em ajustar mutuamente a conduta no interesse de preservar a negociação como instrumento para a alocação de recursos (TEIXEIRA, 2001).

Na prática a concretização das prioridades das ações de saúde resulta, em última instância, de decisões de ordem política, com maior ou menor grau de fundamentação nos conhecimentos técnicos científicos disponíveis. Essas decisões nem sempre expressam os interesses ou necessidades dos grupos sociais que geraram o problema. Entre a elaboração da política pública e o resultado, que é a promulgação da lei, decreto, normas, medidas provisórias, portarias e outros, podem ser distinguidas as seguintes fases:

1. O surgimento do problema, que deve ser de relevância pública, portanto de interesse da sociedade e do governo.

2. Os problemas ou demandas sociais passam a ser problema de governo, portanto ocorre a inclusão na agenda de governo para buscar alternativas de solução. Esta fase é de grande negociação, pois surgem interesses antagônicos aos interesses da sociedade e têm que ser negociados para que se chegue ao consenso.

3. Depois de discutidos e avaliados os aspectos formais, chega-se à formulação da política pública de saúde.

4. Implementação da política pública. Nessa fase podem surgir interesses que não foram negociados nas fases anteriores e podem ser reformulados.

5. Fase de tomada de decisão com o processo de seguimento, avaliação e correção da situação.

A formulação de políticas públicas na área da saúde tem o intuito de modificar uma situação de saúde que não mais atende às necessidades da sociedade. A história da discussão e da formação de um modelo para a saúde no Brasil sempre foi tensa e contraditória. A medicina comunitária foi intensamente criticada, ocorrendo inclusive disputas de cunho político-ideológico entre as propostas de formação médica, intituladas medicina geral comunitária e medicina preventiva (GOULART, 1999).

A função gerencial do Ministério da Saúde vem, progressivamente, sendo modificada e transformada como Coordenador Nacional do SUS. Em 1997 foi criada a Secretaria de Políticas de Saúde, responsável pela coordenação do processo de formulação de políticas públicas de saúde no Brasil, devendo orientar o planejamento e apontar as diretrizes da saúde nos estados e municípios.

Para romper a dicotomia e a fragmentação entre a atenção básica e a atenção de média e alta complexidade, o Ministério da Saúde extinguiu a Secretaria de Políticas Públicas e redistribuiu as competências com a Secretaria Executiva, Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria de Gestão ao Trabalho, conformando a Secretaria de Atenção à Saúde. Essa nova estrutura visa compatibilizar as ações e garantir a integralidade da atenção à saúde (COSTA, 2003).

Assim, o grande desafio do SUS, com suas diretrizes de universalização e descentralização com integralidade das ações, tem sido construir pontes capazes de vincular as lógicas do modelo que enfatiza o coletivo, antes separado nas dinâmicas próprias das campanhas, à lógica individual inerente à clinica, através da qual se organiza a assistência médica (REVISTA SÚMULA, 2002).

2 A ANÁLISE DAS ENTREVISTAS: A TEORIA E A PRÁTICA

Diante dos conceitos clássicos sobre formulação de políticas públicas, é possível compreender como está se construindo o processo político, nos estados e municípios, e as dicotomias que persistem entre as instâncias de governo e os diversos atores sociais que participam da implantação e reestruturação das políticas de saúde. Apesar dos poucos artigos sobre o tema, neste texto optou-se por aqueles que melhor descrevem o processo político da saúde pública e modelos de saúde, os quais possibilitaram estabelecer a correlação entre a teoria e a prática dos atores entrevistados.

2.1 Quem são os atores que participaram de processos de formulação de políticas públicas de saúde?

Embora o conceito de ator social tenha sido trabalhado em sala de aula, percebe-se que durante as entrevistas houve algumas dificuldades na identificação dos atores, que participaram do processo de formulação de políticas públicas de saúde. A cultura de que os atores que participam do processo político são aqueles que ocupam posição privilegiada, esteve presente tanto entre os entrevistadores quanto entre os atores entrevistados.

Algumas entrevistas foram descartadas pelos(as) alunos(as), porque os entrevistados não se enquadravam no perfil ou os entrevistados não se reconheceram como atores/sujeitos no processo de formulação de políticas de saúde.

> *Inicialmente, foram feitas duas tentativas: uma com o usuário do sistema de saúde/SUS e outra com um profissional de saúde do PSF do município. Mas, com as perguntas formuladas tornou-se inviável pois os dois não têm acesso a formulação de políticas.*
>
> *O entrevistado não se enquadra em nenhum grupo de atores sugeridos pelos professores da disciplina modelos de atenção e sim uma pessoa que faz parte do grupo que toma decisões na instituição onde trabalha.**

Os atores envolvidos no processo político são aqueles que têm alguma coisa a ganhar ou a perder com as decisões e ações. Eles se materializam através das comunidades; das igrejas; das fundações de atuação social e fiscalização social; dos grupos que têm convênios com a organização pública e privada; dos tribunais de conta; das instituições espontâneas, tipo comunitárias; das ONGs ligadas à cidadania, às questões ambientais, aos os direitos humanos de crianças, adolescentes e jovens, mulheres (RUA, 1998).

A negociação do SUS é um processo importante e contínuo, pois há necessidade de discussão em todas as instâncias para que haja consenso nas decisões, porém este processo precisa avançar muito, para que não prevaleça a decisão de determinados grupos.

É preciso fortalecer a ação comunitária para que haja participação efetiva na definição de prioridades, tomada de decisões, estratégias de planejamento e na sua implementação, visando à melhoria das condições de saúde.

É possível distinguir os diferentes tipos de atores, conhecendo a formação profissional e a função que ocupam na política pública. Os atores políticos são representados por aqueles que discutem, planejam e implantam as leis, normas, programas, etc. Estes documentos foram formulados para serem executados por profissionais dotados de conhecimentos técnicos, aptos a reproduzir as políticas em ações/benefícios de saúde coletiva.

Os usuários ou beneficiários dos serviços de saúde do SUS também são atores no processo de formulação de políticas, pois são capazes de se mobilizarem e exigirem do poder público a formulação de políticas que solucionem ou minimizem o sofrimento coletivo. As demandas sociais originadas da sociedade serão objeto de novas discussões, novo planejamento e novas políticas públicas.

* Os parágrafos em itálico são transcrições dos textos referenciados.

Os atores entrevistados foram agrupados conforme a função que exerceram no processo político de formulação de políticas públicas de saúde, a política da qual participou, influenciou ou com que contribuiu **(Quadro 1).**

Dentre os atores identificados pelos(as) alunos(as), verifica-se uma preferência pela escolha dos que ocuparam/ocupam funções públicas, com maior concentração na função de Secretário Municipal de Saúde. Isso demonstra claramente a forte cultura passiva que persiste entre os gestores de que as políticas são formuladas pelo Executivo: Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Em segundo lugar, aparecem os gerentes ou coordenadores de programas de saúde. Essa categoria gerou dúvidas quanto à sua efetiva participação como atores no processo de formulação de políticas públicas de saúde, uma vez que estão executando as ações conforme foram propostas pelo Ministério da Saúde.

A maioria dos programas de saúde foi produzido pelo Ministério da Saúde, que os encaminhou aos estados e municípios para serem executados. Estes programas não foram construídos levando em conta as prioridades da população de cada região e nem tiveram a participação dos técnicos responsáveis pela execução. Registre-se que conforme os conceitos de Paim (1997) (...) *o nível técnico-administrativo e técnico-operacional contribuem na formulação de políticas públicas, mas indiretamente. As funções técnicas são para informar e programar a execução dos aspectos formais — as medidas políticas propostas*.

Alguns autores chamam a atenção para a baixa efetividade dos programas de prevenção enquanto política de saúde por não reconhecerem as prioridades e não proporcionarem incentivo à participação da comunidade na busca de soluções, e desconsiderar a construção compartilhada do conhecimento científico e popular (ALMEIDA, 2001 e OLIVEIRA, 2001).

Entretanto, o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (Pacs) são exemplos de programas que foram efetivados pelo governo federal como políticas públicas de saúde, e têm se constituído em estratégias importantes de reordenamento das práticas sanitárias no país (LUCCHESE, 2003, CHIARAVALLOTI, 2002).

Para que as políticas públicas tenham resultados satisfatórios, é necessário um bom planejamento. Os técnicos envolvidos no planejamento são atores políticos com capacidade de decisão, pois serão responsáveis pela interação dos grupos divergentes e em buscar o consenso coletivo, e pela preparação dos documentos reguladores que traçarão diretrizes para as tomadas de decisões.

Os meios de comunicação, como televisão, rádio, jornais são veículos informativos importantes no processo político. São considerados atores sociais, pois são capazes de

mobilizar a opinião pública e influenciar diretamente na formulação de políticas públicas, seja negociando, pressionando e até decidindo sobre os interesse coletivos.

Dentre os vários exemplos, vale ressaltar a participação da imprensa internacional em março de 1998, quando divulgou-se a calamidade da situação epidemiológica da tuberculose no mundo e apresentou o Brasil na décima posição no mundo. As notícias veiculadas fizeram o Ministério da Saúde rever as estratégias de prevenção. Em outubro de 1998, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose como Política Nacional de Saúde, cuja meta principal foi reduzir os casos de tuberculose em nove anos e diminuir os óbitos pelo agravo.

Os meios de comunicação são parceiros importantes em qualquer processo político, pois podem contribuir direta ou indiretamente na construção das políticas públicas de saúde e na construção do modelo de saúde, que assegure o acesso e a integralidade das ações de saúde para a população.

> *Os meios de comunicação são formadores de opinião pública, portanto, as ações de saúde devem ser mais utilizadas nos diversos meios de comunicação e ampliar mais a divulgação.*
>
> *Em sua opinião a mídia, com o grande poder de influenciar as pessoas, deveria ter papel de utilidade pública, atuando de forma gratuita.*
>
> *Os meios de comunicação possuem uma certa tendência "à publicação de notícias ruins, controlam informações não são comprometidos com a verdade".*
>
> *A comunicação deveria formar opinião sensata sobre os fatos e ser menos sensacionalista.*
>
> *Considera os meios de comunicação ignorante. Não é feita nenhuma reflexão, são meros repetidores. Porque não se discute na imprensa a questão da implementação das medidas constitucionais, o que contribuiria para a coletividade*?
>
> *O jornal, lamentavelmente a imprensa não contribui como deveria, via de regra é extremamente sensacionalista — (Entrevistado é jornalista).**

Uma característica do processo de formulação de políticas, fundamentadas no princípio de intersetorialidade, é a oportunidade de capacitação e o envolvimento de diferentes atores de múltiplos setores. O comportamento gradativo desses atores deve permitir que ao final ocorra uma orquestração de múltiplas políticas públicas e de múltiplas agências de desenvolvimento social. A efetividade das ações e a sua sustentabilidade dependem dessa capacidade e do compromisso dos participantes (NETTO, 1999).

* Os parágrafos em itálico referem-se às transcrições dos atores entrevistados.

Os funcionários públicos do setor saúde que desempenham as atividades de atendimento aos pacientes, realização de campanhas de prevenção, treinamento de recursos humanos, também contribuem na formulação de políticas públicas. Esses atores são representados pelos profissionais de saúde do SUS que, ao exercerem seu papel de cidadão, influenciam as políticas públicas, apontando alternativas de mudanças do modelo vigente. Suas decisões, baseadas nas rotinas que estabelecem, nos mecanismos que inventam para enfrentar as incertezas resultantes da pressão do trabalho, determinam a maneira como as políticas são efetivamente implementadas (TEIXEIRA, 2001).

> *Os funcionários do setor saúde não estão preparados tecnicamente para imergir no mundo da política. A maioria atua como executores das atividades diárias dos serviços, como se o político pudesse separar-se do técnico.**

2.2 O que os entrevistados entendem por formulação de políticas públicas de saúde?

Em realidade, a grande dificuldade é motivar principalmente atores governamentais a assumir uma nova racionalidade governativa municipal e de intersetorialidade. As autoridades municipais burocráticas têm se voltado para os problemas relacionados unicamente às áreas de interesse ou competência. Não têm a prática e a cultura política que orientem para a busca de soluções integradas para os múltiplos problemas dos diferentes segmentos sociais. Muitas secretarias setoriais resistem à mudança dos seus modelos de prestação de serviços, com medo de perder o poder e os recursos. Pela mesma razão, colocam inúmeros obstáculos à criação de novos desenhos de implementação de políticas (WESTPHAL, 1999).

A formulação de políticas públicas de saúde corresponde ao processo mediante o qual a autoridade política estabelece os objetivos gerais que pretende alcançar e os meios através dos quais se deverá atuar para logra- los, assim como a enunciação de ambos em termos claros e precisos. Não é possível planificar satisfatoriamente sem uma adequada formulação de políticas (PAIM, 1997).

Os atores entrevistados reconheceram a necessidade de construir as políticas de saúde nos próprios municípios e planejadas para o desenvolvimento social da população de cada região. No entanto, não existe um modelo de elaboração de políticas públicas no qual os municípios possam referenciar-se pela intersetorialidade e desenvolvimento social. As políticas de saúde e os programas formulados no nível central — Executivo — não têm

* O parágrafo em itálico refere-se às transcrições dos questionários.

aplicabilidade nos outros níveis de gestão por não refletirem a realidade sócio-demográfica e epidemiológica de cada região e por serem construídas sem a devida sustentação social.

> *Os elaboradores de políticas, os Presidentes da República, os Ministros, os Governadores, etc. não utilizam o sistema público, o qual eles mesmos criaram, portanto, não há credibilidade. Encerra-se perguntando: Como vamos contribuir positivamente se nós mesmos depreciamos os nossos serviços?*
>
> *Deveria ser uma construção coletiva, sobretudo em nível de município, e de estado que normalmente tomam decisões centralizadas, dando margem à arbitrariedade de controle social às avessas.*
>
> *Não são fundamentadas baseada na necessidade da população.*
>
> *Geralmente tem—se dificuldade no sentido de fazer um diagnóstico real da população, mesmo com o processo de descentralização, na maioria das vezes uma atitude do governo federal interfere diretamente nos municípios que têm realidades diferentes.*
>
> *Direcionadas de forma eleitoreira. Lamentavelmente o governo não se preocupa com a realidade sócio-econômica das pessoas, não ouve essa população. Mais agravante, não tem conhecimento epidemiológico, não tem articulação com os conselhos de saúde.*
>
> *Políticas estas, que têm como objetos as necessidades sociais de saúde, e sujeitos os dirigentes do sistema de saúde, pesquisadores, técnicos, profissionais e trabalhadores de saúde, pessoas que necessitam de atendimento, etc., vão intervir nos problemas, necessidades e demandas dos serviços de saúde.*
>
> *A política de saúde precisa ser mudada em um contexto geral, porque apesar dos esforços a saúde não é prioridade no Brasil. Adultos e crianças muitas vezes morrem por falta de assistência, devido á infra-estrutura inadequada, que dificulta o trabalho dos profissionais em saúde, deixando, o usuário sofrendo pela insegurança.**

Considerando a diversidade de situações de saúde nas várias regiões deve-se tomar como pressuposto que não existirá um modelo de atenção à saúde, definido centralmente. Princípios e diretrizes gerais podem até ser adotados centralmente, mantendo a unidade na diversidade de modelos a serem construídos, a partir das condições concretas de cada município e estado (AMÂNCIO FILHO, 1994).

Essa visão do processo deve considerar, além das questões meramente administrativas, a incorporação de questões outras que levem à transformação das práticas em saúde, ou seja: enfoque de planejamento estratégico, levantamento das necessidades de saúde da

* Os parágrafos em itálico referem-se às transcrições dos questionários.

população, adscrição da clientela, montagem do sistema de referência e contra-referência, aprimorando o relacionamento entre hospitais de referência, ambulatórios de especialidades e rede básica, controle social dos serviços.(TEIXEIRA, 2001).

2.3 Quais as fontes de informação que podem subsidiar as políticas públicas de saúde?

Os atores que participam do processo de formulação de políticas públicas de saúde devem estar devidamente informados e capacitados, para que se amplie a capacidade de discussão. Para isso, devem estar munidos de informações e conhecimentos sobre a realidade de saúde da população, cujos interesses defendem.

A municipalização da gestão dos serviços de saúde constitui mola propulsora para a descentralização dos sistemas de informação em saúde. A ampla incorporação da informática nos serviços de saúde e a disseminação do uso da microinformática como instrumento para agilizar a produção têm contribuído para o conhecimento e planejamento dos gestores municipais.

Para ampliar os processos participativos e as vocalizações, as informações devem ser confiáveis e estar disponíveis para todos os atores sociais que participam da elaboração de políticas. Os sistemas de informações oficiais e os de uso interno dos serviços devem estar atualizados, para que os dados reflitam os problemas da população e as políticas de saúde atendam à demanda sócio-demográfica e epidemiológica do território respectivo.

A maioria dos entrevistados, pelos(as) alunos(as) do curso, citou os sistemas oficiais de informação: Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações de Ações Básicas (SIAB), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Sistema de Informação Mortalidade (SIM), e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), como fontes de informações para planejar e formular as políticas de saúde. Essa ampla referência pode ser explicada pela efetiva descentralização dos sistemas oficiais de informação, que ocorreu juntamente à descentralização das ações de saúde para os municípios.

Outras fontes citadas são: a pesquisa documental, principalmente; os documentos oficiais do Ministério da Saúde — Normas Operacionais Básicas (NOB) e Norma Operacional da Saúde (Noas); informes e artigos científicos; Constituição Federal de 1988; Lei No. 8.080; Lei No. 8.142 e Lei No. 8.666; Jornal da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco); informes da Opas/OMS; Revista Súmula e Radis.

Embora os sistemas de informações estejam amplamente descentralizados para os municípios, ainda constituem pontos críticos para os usuários, pois faltam tecnologias que possibilitem o manuseio, a compatibilização dos programas e a obtenção de informações confiáveis a respeito do perfil epidemiológico da população.

Alguns entrevistados manifestaram críticas sobre os sistemas oficiais e reivindicam das autoridades o investimento em tecnologias, que venham a contribuir para subsidiar o planejamento das ações de saúde.

> *Julgo-os deficientes já que os mesmos não se comunicam, não estão interligados.*
>
> *(...) não são ideais, havendo inclusive inconsistências entre os bancos de dados pertinentes aos sistemas relacionados. Há necessidade de desenvolvimento, implementação dos atuais destinos e, inclusive, de conformidade às características de cada esfera de gestão, criar-se uma comissão para revisão dos mesmos para que eles venham acompanhar a assistência de forma mais rápida e eficaz.*
>
> *Pouca utilização dos sistemas oficiais de informação para subsidiar o planejamento e a gestão de ações, assim como a falta de alimentação destes dados.*
>
> *Em geral os Planos de Saúde são feitos de maneira quase empírica, pois não se tem um diagnóstico epidemiológico confiável no Estado.**

Desde 1996, o Ministério da Saúde, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e Abrasco, vem discutindo a implementação dos sistemas de informações, no sentido de facilitar o manuseio e subsidiar o planejamento e a gestão das ações de saúde nos municípios. A Rede Integrada de Informações para a Saúde (Ripsa) integra os bancos de dados e fornece indicadores básicos de saúde do país. Constitui-se num fórum técnico das diversas agências produtoras de informações de saúde e usuários, com ampla disseminação das informações nos diversos níveis de agregação, seja municipal e regional ou estadual e nacional.

Além dos dados obtidos dos sistemas de informações em saúde, os atores ou gestores precisam estar envolvidos com a comunidade, ter a capacidade de ser um bom ouvinte e participar dos saberes e experiências locais. As práticas cotidianas consistem em experiências com diferentes significações, sendo a linguagem o meio pelo qual as pessoas constroem suas interpretações, descrevem, explicam e objetivam os significados dos fenômenos que estão acontecendo a sua volta e interpretam as reivindicações populares dos usuários do SUS.

* Os parágrafos em itálico referem-se às transcrições dos questionários.

2.4 Quais as diretrizes que devem orientar as políticas públicas de saúde?

As políticas públicas de saúde deverão ser construídas no âmbito do município, seguir as diretrizes do SUS e, finalmente, conformar-se às especificidades e o perfil epidemiológico da população. As diretrizes para orientar o processo de elaboração das políticas de saúde devem pautar-se no diagnóstico inicial do setor da saúde, nos aspectos da gestão da saúde e das condições de vida e saúde da população de cada região.

A dimensão e a característica das ações de saúde variam de acordo com o nível de governo. No âmbito nacional, o diagnóstico tende a refletir os problemas que sobressaem na Nação como um todo, as grandes desigualdades e as diferenças regionais. Assim, uma agenda de prioridades da política nacional refletirá esse olhar, que pode e deve ser enriquecido com os olhares e diagnósticos dos níveis estadual e municipal, nas suas especificidades e demandas próprias. Nesse sentido, a eleição de prioridades para a política nacional de saúde no Brasil exige uma integração maior entre os níveis de governo (BRASIL, 1990).

A formulação da Política Nacional de Saúde tem-se pautado nas diretrizes estabelecidas pelos movimentos internacionais de reforma sanitária, ocorrido nos últimos 12 anos: Conferência de Ottawa: Canadá, 1986 sobre a Promoção da Saúde; Conferência de Adelaide: Austrália, 1988 sobre Políticas Públicas Saudáveis; Conferência de Sundswall: Suécia, 1991 sobre Ambientes Saudáveis e desenvolvimento Sustentável; Conferência de Bogotá: Colômbia, 1992 sobre Linhas de Promoção para Países em Desenvolvimento; Conferência de Jacarta: Indonésia, 1997 sobre promoção da Saúde no Século XXI.

O Ministério da Saúde, em parceria com a Representação da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), tem incentivado a incorporação dessas propostas, no sentido de redirecionar o enfoque do atual sistema assistencialista, para um modelo de promoção à saúde. Para tanto, parte do princípio de que as políticas públicas de saúde devem ser abrangentes e intersetoriais, construídas com a participação comunitária e o estímulo à criação de ambientes e estilos de vida saudáveis.

Observa-se que entre os entrevistados ainda persiste a cultura política de que as políticas de saúde são formuladas pelo Ministério da Saúde, e que os gestores municipais são os executores dessas políticas. No entanto evidencia-se a expectativa dos vários atores quanto à necessidade de formular políticas de saúde voltadas para a realidade sócio-epidemiológica de cada município. Vale ressaltar o papel desempenhado pelos Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas que contribuem efetivamente no processo político de formulação de políticas públicas de saúde, bem como no acompanhamento da execução dessas políticas em nível de estados e municípios.

Dever-se-ia ampliar os mecanismos de participação. Então o Conselho Estadual de Saúde poderia ser esse instrumento de promoção, sendo eficientes com visão macro do Sistema de Saúde.

O CES não tem influenciado no processo da formulação de políticas públicas de saúde no Estado, apenas questiona as ações da SES quando surge algum agravo, por exemplo, a questão da Dengue, falta de medicamentos, etc.

Os Conselhos de Saúde constituem espaço público de controle social das políticas públicas de saúde (Lei No. 8.080 e Lei No. 8.142). Dentre as atribuições dos Conselhos de Saúde, destaca-se a de traçar as diretrizes de elaboração e aprovar os planos de saúde, adequando-se aos demais colegiados em nível nacional, estadual e municipal. Tais Conselhos atuam na formulação e controle da execução das políticas de saúde, incluindo a fiscalização da aplicação e gerência dos recursos financeiros aprovados nos Planos de Saúde: Nacional, Estadual e Municipal.

Os Conselhos representam a instância colegiada que exerce o controle social das políticas de saúde, inclusive fiscalizando as aplicações dos recursos financeiros do SUS. Compõem-se de 50% de usuários, 25% de trabalhadores da saúde e 25% de prestadores de serviços. As políticas públicas de saúde devem ser aprovadas pelos respectivos Conselhos de Saúde. Entretanto, ainda convivemos com municípios sem Conselho de Saúde ou que não exercem satisfatoriamente o seu papel:

*Conselheiro de Saúde: Não existem grupos que influenciam na formulação de políticas. Alguns conselheiros procuram influenciar, mas a maioria apresenta propostas visando apenas os interesses do grupo representado no Conselho e não a população como um todo. O Conselho por ser formado por representantes de instituições diversas acaba tendo uma visão da saúde micro e não macro, pois cada um vê o sistema sob a sua óptica e não a problemática total da saúde.**

A ineficiência mencionada dos Conselhos de Saúde pode explicar-se por dificuldades no acesso às informações para o exercício da função. A formação dos conselheiros é fundamental para o desenvolvimento do espírito crítico e da capacidade de exigir, dos gestores municipais, a mudança de postura quanto à *indicação politiqueira dos conselheiros*:

O controle social do SUS só se dará quando os conselheiros e nossos gestores entenderem que os mesmos não têm função antagônica e sim complementar, isto é, são parceiros. E ao mesmo tempo, algumas entidades devem parar de usar os conselheiros para fins

* Os parágrafos em itálico referem-se às transcrições dos questionários.

"politiqueiros" e os gestores devem deixar de formar conselhos parentários ao invés de partidários, conforme determinam as Leis 8.080 e 8.142, com finalidade não outra que a de usar o conselheiro para seus propósitos político partidários.

*No geral, observa-se que sempre há alguns grupos de conselheiros com a postura de influenciar nas propostas, de interesse do mesmo grupo, o que reduz a participação da coletividade.**

2.5 Quais os resultados das políticas públicas de que os atores participaram?

O resultado ou produto das propostas de saúde encaminhadas pelos atores sociais que participaram do processo político é traduzido sob a forma de leis, decretos, normas, portarias, planos, programas, projetos, regulamentações, os quais são desenvolvidos pelo Estado para administrar de maneira mais eqüitativa os diferentes interesses sociais. Portanto, todos esses procedimentos recebem o nome de políticas públicas, visto que pretendem abranger e organizar os interesses coletivos de determinada sociedade (MENDES, 1993).

A importância de cada um desses instrumentos no processo político se dá pela necessidade de, por um lado, construir bases de sustentação para a política, com negociações mais ampliadas e diretrizes gerais para a ação setorial e, por outro lado, de operacionalizar a política e encaminhar o que foi discutido num âmbito mais geral. As leis e as portarias compõem juntas um instrumental que possibilita o processo político e a gestão das demandas, sendo que as portarias são expedidas para completar as leis (BRASIL, 1990).

No Sistema Nacional, a participação dos entrevistados/atores no processo de políticas de saúde teve como principal resultado a criação da Lei No. 8.080. Isso demonstra que o processo de elaboração de políticas públicas no Brasil teve início com o SUS e ainda é recente a participação dos diversos atores sociais nas decisões políticas do país. Os resultados das políticas públicas que os entrevistados informaram, na verdade constituem os avanços do Sistema Único de Saúde no país, dos quais se destacam conforme os eixos temáticos em seguida:

1. AVANÇOS ESTRUTURAIS:

a) Municipalização/Regionalização da saúde: Descentralização da gestão dos serviços de saúde:

* Os parágrafos em itálico referem-se às transcrições dos questionários.

As participações na implementação destas políticas de saúde têm como objetivo principal a garantia de acesso ao atendimento, com qualidade, nos serviços de saúde do meu município. É observado um processo de melhoria na qualidade da atenção através de avaliação das ações implantadas e implementadas. Observamos a consolidação dos princípios básicos do SUS.

Isto possibilitou o planejamento local das ações de saúde — planos municipais de saúde, a organização dos serviços de saúde para a assistência da população com qualidade e a inserção de portadores de doenças especiais no SUS.

Os saldos positivos das políticas de saúde podem ser acompanhados pela melhoria dos indicadores de saúde, que refletem a qualidade de vida da população.

b) **Financiamento:** repasses fundo a fundo mensais, automáticos e regulares permitindo efetiva gestão na prestação de serviços.

Com relação ao financiamento das ações, o mesmo, a partir da Emenda Constitucional 29, deve melhorar consideravelmente, pois todas as esferas de governo deverão aplicar melhor os recursos.

A Emenda Constitucional deve ser discutida sob o ponto de vista de não vir a se constituir em um instrumento contrário às diretrizes do SUS.

c) Diminuição de diferenças regionais:

PDR: constitui um avanço na busca de ofertas de serviços de saúde mais próximo da população, bem como na melhoria da qualidade da assistência.

d) Reforsus: investimentos de aproximadamente US$650 milhões, em mais de 1.100 projetos de infra-estrutura de serviços de saúde.

Organizou os serviços de saúde e equipou as unidades de saúde, para melhorar a resolutividade dos serviços.

*Estruturação da rede assistencial à saúde do município.**

e) Habilitação dos gestores estaduais e municipais em estágios superiores de gestão, com a implementação crescente de responsabilidades.

É preciso ser criterioso para habilitar os municípios para os níveis de gestão avançados, pois este é o momento de se exigir que adeqüem as diretrizes do SUS.

* Os parágrafos em itálico referem-se às transcrições dos questionários.

f) Assistência farmacêutica: implantação da farmácia básica popular no PSF e os medicamentos genéricos.

g) Controle Social: implantação dos Conselhos de Saúde nos municípios; realização das Conferências de Saúde; Capacitação de Conselheiros e Promotores do Ministério Público. A política de fortalecimento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde através de capacitações, conferências, apresentação do plano municipal e sua aprovação, tem provado ser um instrumento de participação social importante, no acompanhamento e controle das ações. Orientando e aprovando a aplicação de recurso, etc.

h) Recursos Humanos: capacitação de recursos humanos para o SUS, especialização de Gestores em Serviços de Saúde, auditoria e epidemiologia.

Embora tenha se investido em cursos de capacitação, ainda convive-se com o atraso tecnológico dos trabalhadores da saúde, o que compromete os resultados das políticas.

i) Vigilância à Saúde: ações de promoção à saúde que englobem vigilância epidemiológica e sanitária para a diminuição de doenças e melhoria da qualidade de vida da população.

Os avanços do SUS enquanto Política Social podem ser percebidos pela maioria dos atores entrevistados. Alguns ainda convivem com divergências políticas ou interesses antagônicos, os quais terminam por comprometer as ações de saúde e a concretização do SUS no país.

> *Não vi desdobramentos concretos das políticas públicas de saúde, quanto à execução das propostas.*
>
> *Existem conflitos e ingerências políticas que distorcem os objetivos dos trabalhos.*
>
> *Difícil responder: com a pactuação da NOAS, o município perdeu parte do teto financeiro e a demanda por serviços não diminuiu.**

Os resultados das políticas públicas tendem a ser mais evidentes, a partir do momento que se estabeleça um modelo de elaboração de políticas de saúde, fundamentados na intersetorialidade e no desenvolvimento social da população, e que respeitem as dimensões regionais e culturais de cada município.

* Os parágrafos em itálico referem-se às transcrições dos questionários.

CONSIDERAÇÕES GERAIS:

O SUS é a maior política social do país e está se consolidando como modelo de saúde. Portanto, as diretrizes para formular políticas de saúde devem obedecer aos preceitos legais da Constituição Federal de 1988 e das Leis Nº 8.080 e Nº 8.142/90. E, ainda, devem estar orientadas para a promoção e o desenvolvimento integral das pessoas e sociedade. Pautando-se pela promoção da justiça social e priorizando os segmentos mais vulneráveis (desprotegidos), mediante ações intersetoriais que promovam mudanças de comportamento da sociedade.

> *Todas as pessoas devem ter condições de vida feliz, casa com razoável conforto, emprego e salário que sustente a família, escola para os filhos e cidade sem violência.*

Formular políticas implica lidar com necessidades permanentes da população, portanto, construídas sob o consenso de usuários e serviços. É preciso estabelecer mecanismos que estimulem a participação popular para o processo político e para o comprometimento social, desde a elaboração das políticas de saúde até a fiscalização da execução e aplicação dos recursos da saúde. Essa medida requer a construção compartilhada do saber científico e popular e a administração de conflitos que daí emergem.

Os atores, em geral, criticam as políticas de saúde elaboradas pelo Ministério da Saúde e reconhecem a necessidade de formular políticas de saúde para atender às demandas sociais geradas nos próprios municípios. No entanto, percebe-se uma incapacidade de romper com a cultura passiva dos gestores municipais, que é de executores das ações de saúde, e do Ministério da Saúde como instância responsável pela elaboração de políticas de saúde.

Os cursos de capacitação que enfocam o processo político em seu conteúdo programático contribuirão para incentivar a participação, ainda tímida, dos gestores e profissionais do SUS na construção de um novo modelo de política de saúde. Vale salientar a importância de uma agenda nacional de política de recursos humanos, que possa orientar as atividades de capacitação, educação continuada e formação dos trabalhadores da saúde, de modo a inseri-los no processo político da saúde.

Espera-se que, os Conselhos de Saúde, como instância colegiada, privilegie as trocas de experiências bem-sucedidas entre os estados e municípios, e estimule os gestores municipais a elaborar políticas de saúde voltadas para o desenvolvimento social da população de seu território.

O curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde no estado de Goiás possibilitou a capacitação de gestores municipais, dirigentes de serviços e traba-

lhadores da saúde com elementos para análise crítica das práticas de saúde, e para a inserção em processos de formulação de políticas, seja na elaboração e execução ou na avaliação necessária para a consolidação do SUS no país.

> *É importante ressaltar que, além do aprofundamento teórico, alcançamos uma visão mais ampla e real das particularidades que permeiam todo o processo de formulação de políticas públicas de saúde e estamos mais conscientes de nossos papéis enquanto futuros gestores. Não há como nos furtarmos da responsabilidade de trabalharmos no sentido de construirmos o modelo de atenção à saúde de que realmente precisamos para nosso país.**

As mudanças constantes no perfil sócio-epidemiológico da população exige cada vez mais a necessidade de atualização dos profissionais de saúde e dos gestores na busca de alternativas que atendam às necessidades do setor saúde. É necessário fortalecer as parcerias do setor saúde com as universidades, não somente para a formação de recursos humanos para o SUS, mas para a busca, através da pesquisa científica, de soluções para os problemas de saúde da população e novas tecnologias para os serviços de saúde.

Quadro 1
Perfil dos entrevistados conforme função e política pública que participou

Função do entrevistado	Número de entrevistados	Política pública de saúde da qual participou
Prefeito Médico: 01	01	Municipalização Elaboração do Plano Municipal de Saúde
Secretário Municipal de Saúde Médico: 05 Médico Veterinário: 01 Enfermeiro: 02 Nível Secundário: 01	09	Municipalização Política Municipal de Saúde Reforma Sanitária Implantação do SUDS / SUS 1ª Conferência Municipal de Saúde Conselho Municipal de Saúde Organização dos serviços municipais de saúde Implantação do PSF Participação da PPI / PPA Plano de Carreira Cargos e Salários — PCCS Política do COSEMS e CONASEMS
Secretário Executivo do COSEMS / CES Médico Veterinário: 01 Médico: 01	02	Política Estadual de Saúde Política Municipal de Saúde
Analista de Saúde Médico: 02 Enfermeiro: 02	04	Política Municipal de Saúde Organização da Conferência Municipal de Saúde Professor de políticas públicas Consulta ampliada para escolha de diretores de unidades de saúde

* O parágrafo em itálico refere-se às transcrições dos questionários.

Função do entrevistado	Número de entrevistados	Política pública de saúde da qual participou
Deputado Federal Jornalista: 01	01	Reforma Sanitária Implantação do SUS
Presidente de Associação Auxiliar de Enfermagem: 01	01	Política de Proteção do Meio — Ambiente Política de Construção de casas populares Organização de serviços de saúde no bairro Políticas de inserção dos radioacidentados pelo césio 137 no SUS
Representante do Usuário do SUS	01	Política Estadual de Saúde Política Municipal de Saúde
Diretor de Regional/ Distrito Sanitário/ Unidade de Saúde Médico: 03	03	Atendimento de Pacientes Política Municipal de Saúde Municipalização da saúde Plano Municipal de Saúde Conselho Municipal de Saúde Ações de prevenção de tuberculose e hanseníase
Gerente /Coordenador de Programas Médico: 01 Enfermeiro: 02 Psicólogo: 02 Administrador: 01	06	Campanhas de doenças infecto — contagiosas Capacitação de profissionais do PSF Treinamento de recursos humanos para o SUS Plano Municipal de Dengue Implantação do Programa GESTAR Plano Municipal de Saúde
Coord. Movimento Popular Saúde MOPS — (ONG) Advogado: 01	01	Política de Saúde Mental
Jornalista	01	Elaboração de textos e matérias jornalísticas para jornais e revistas
Superintendente Médico: 01	01	Política Estadual de Saúde
Assessor técnico: Médico: 02 Assistente Social: 01	03	Implantação da Fitoterapia na atenção básica Elaboração do VIGISUS Conferência Nacional de Saúde (Delegado) Presidente do Conselho Municipal de Saúde
Assessor / Diretor de Planejamento Médico: 03 Enfermeiro: 01 Adminsitrador: 01	05	Plano Municipal de Saúde Elaboração do PDR / PPI / PDI Reforma Sanitária Implantação do SUS Elaboração da AIS Programa de Atendimento Integral à Saúde da Criança
TOTAL	39	

Fonte: Elaborado com base nas entrevistas realizadas na disciplina Modelo de Atenção e Formulação de Políticas pelos(as) alunos(as) do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás no ano de 2002.

REFERÊNCIAS

A SAÚDE no Brasil: avanços, impasses, retrocessos**. Revista Súmula**, n. 86, p. 1-8, fev. 2002.

ALMEIDA, E. S. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde**: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. Gestão de Serviços de Saúde: Descentralização/ Municipalização do SUS, EDUSP, 2001.

AMÂNCIO FILHO, A. Sobre o risco necessário de apostar no futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 10, p. 505-507, 1994.

BRASIL. Lei Ordinária nº 8080, 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 da outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,** Brasília, DF, 1990.

CHIARAVALLOTI, V. B. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 132-139, 2002.

COSTA, Humberto. Discurso. **Jornal do Conselho Federal de Medicina**, ano 18, n. 140, dez. 2002/ jan. 2003.

DAGNINO, Renato et. al. **Gestão estratégica da inovação**: metodologias para análise e implementação. Taubaté: Cabral Universitária, 2002.

DIAS, J. C. P. Participação comunitária no controle das grandes endemias. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, n. 14, p. 19-37, 1998.

FLAVIO A. A. **Política de saúde contemporânea no Brasil.** Disponível em: **<www.opas.org.br/seviço/arquivos/Destaque834.pdf>.** Acesso em: 14 abr. 2003.

GOULART, F. A. A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. **IESUS**, v. 8, n. 2, abr./jun. 1999.

JENKINS. **Policy analysis**: a political and organisational perspective. London: Martin Robertson, 1978.

JUNQUEIRA, L. A. A descentralização e a gestão municipal de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, v. 1, n. 1, p. 21-22, 1996.

LIMA, A. P. G.; PASTRANA, R. M. S. Regionalização da rede de ações e serviços como condição para garantir a equidade no acesso. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001**.**

LUCCHESE, P. T. R. **Informação para tomada de decisão**. Disponível em: <http://www.saudepublica.bvs.br>. Acesso em: 16 abr. 2003.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2. ed. Brasília, DF, DF: IPEA, 1996.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAÚJO, E. C. **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

NETTO, R. A. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **IESUS**, v. 8, n. 4, 1999.

OLIVEIRA, R. M.; VALLA, V. V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 17, p. 77-88, 2001.

PAIM, J. S. Abordagens teórico conceitual em estudo de condições de vida e saúde: algumas notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 7-30.

RUA, Maria das Graças. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. [S. l.]: CNPD, 1998.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF, DF: Ministério da Saúde, 2001**.**

VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 14, (Sup. 2), p. 7-18.

WESTHPAL, M. A. **Políticas públicas e investimentos**: a intersetorialidade. P. 111-121**.** O município no século XXI: Cenários e perspectivas. Disponível em: **<**htpp://www.cepam.sp.gov.br**>**. Acesso em: 6 mar. 2003.

WILDAVSKY, A. **Speaking truth to power**: the art and craft of policy analysis. Boston : Little Brown 1979. 431p.

Parte II

Paralelo entre o ciclo político e a prática: refletindo sobre um exercício

Autores: *Silvana Cruz Fuini**

INTRODUÇÃO

Nesta segunda parte do capítulo 3, pretendemos apresentar uma reflexão, em outra perspectiva, sobre os processos políticos contidos nas respostas às entrevistas realizadas pelos(as) alunos(as) do *Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás*, consolidadas no Quadro 2. Em realidade, trata-se de abordagem contextual da interação das diferentes fases do ciclo político no âmbito do estado a partir do exercício realizado, o qual possibilitou constatar a pouca ênfase à capacitação dos múltiplos atores — sociais e políticos — responsáveis pela formulação, implementação e avaliação de políticas públicas.

1. LINHA DE ABORDAGEM

A reflexão sobre políticas públicas é ainda incipiente, não apenas no Brasil. Nos Estados Unidos, por exemplo, essa área de pesquisa começou a se desenvolver no início dos anos 1950. Na Europa, por sua vez, o interesse por determinados campos da política só foi implementado duas décadas depois, em função do crescimento da social-democracia. No caso do Brasil, os estudos sobre políticas públicas passaram a ser realizados apenas recentemente, ainda assim, com ênfase na análise de estruturas das instituições ou na análise de áreas específicas, como as políticas econômicas, financeiras, tecnológicas, sociais ou ambientais (FREY, 1997).

No decorrer do Curso e, especificamente nas aulas da disciplina Módulo Modelos de Saúde e Formulação de Políticas, *vivenciamos constante questionamento sobre o processo de formulação de políticas públicas e, também, quanto à forma de participação dos*

* Psicóloga e Assessora Técnica Gerente de Apoio Técnico aos Municípios na Superintendência de Planejamento da SES/GO.

diferentes atores envolvidos. Tal experiência gerou grande inquietude nos(as) alunos(as), considerando a inserção de cada um no Sistema de Saúde.

O que pôde ser evidenciado com tal inquietude foi a existência de incertezas conceituais frente à complexidade das questões das políticas públicas, principalmente, no que concerne à falta de referências específicas quanto ao papel e às modalidades, assim como quanto ao momento e atores que participam do processo político.

Esse estado de surpresa possibilitou que os(as) alunos(as) refletissem e analisassem o(s) entendimento(s) de que o processo de solução de um problema político consiste em seqüência de passos e, tanto na prática como no referencial teórico, os atores dificilmente se atêm a esta seqüência. Isso vale especialmente para programas políticos mais complexos que se baseiam em processos interativos e pactuados, cuja dinâmica é alimentada por relações mútuas dos atores envolvidos.

Com base nisso, buscaremos a seguir tecer paralelos entre o *ciclo político* e as respostas obtidas nas entrevistas realizadas na disciplina (ver Quadro 2). Para isso, destacamos a fase de avaliação como linha de abordagem por nos parecer que é nesse momento do ciclo político que se consolida, entre os diversos atores, a análise das políticas públicas.

2. ANÁLISE DAS RESPOSTAS NÃO REDUNDANTES CONSOLIDADAS

O objetivo do Quadro 2 foi organizar e consolidar as diferentes respostas obtidas nas entrevistas de modo a subsidiar análises no campo de processos de formulação de políticas. A partir da consolidação, foram pesquisadas novas fontes bibliográficas para apoiar a análise na forma pretendida. A experiência do curso nos possibilitou identificar a necessidade de reflexão prática sobre os resultados do exercício experimentado por todos os(as) alunos(as). Tal reflexão propiciou, com base na bibliografia estudada, a constatação de que elementos constantes de ciclos políticos estavam de certa maneira contidos no conteúdo das entrevistas.

Nessa perspectiva, podemos observar que as várias fases dos processos políticos ficam evidentes nas respostas das entrevistas aplicadas (ver Quadro 2). Nota-se também, entre outros fatores, que redes e arenas de políticas setoriais sofrem modificações no decorrer dos processos de elaboração e implementação das políticas. Além do caráter dinâmico, as várias fases correspondem à seqüência de elementos do processo político-administrativo e podem ser investigadas quanto aos atores, às redes políticas e sociais e às práticas político-administrativas que se encontram tipicamente em cada fase.

As tradicionais divisões do ciclo político nas referências consultadas se diferenciam apenas gradualmente (FREY, 1997). Normalmente em todas as fases estão contempladas a formulação, a implementação e o controle dos impactos das políticas. Do ponto de vista analítico, poderíamos destacar as seguintes fases: percepção e definição de problemas; elaboração de programas e decisão; implementação de políticas; e, finalmente, a avaliação de políticas e a eventual correção da ação.

O grau de importância dessas fases está relacionado com: o resultado desejado; estilo político; e a questão temporal dos mesmos. Com base na experiência do curso, parece-nos fundamental focalizar a fase da avaliação devido ao fato de que esta é um exercício permanente tanto para o aprendizado quanto para a percepção do impacto de políticas públicas, frente ao contexto social. É durante a fase de avaliação que os atores exercem plenamente a capacidade crítica para avançar no conhecimento da realidade.

O procedimento de avaliação envolve fundamentalmente questionar os déficits de impacto e os efeitos indesejados e assim deduzir conseqüências para as ações e os programas no futuro. A avaliação e o controle de impacto podem, no caso dos objetivos de um programa, ter sido alcançados e levar à suspensão ou mesmo ao término do ciclo político respectivo. Caso contrário, pode originar-se novo ciclo e nova fase de percepção e de definição, com conseqüente elaboração de novos programas políticos ou até mesmo a modificação do programa anterior.

Os processos de aprendizagem política e administrativa encontram-se, portanto, presentes em todas as fases do ciclo político. O controle de impacto não deve ser realizado exclusivamente no final, mas sim durante a avaliação das diversas fases do processo. Dessa forma, devem ser encaminhadas as mudanças necessárias do programa de modo a propiciar constante reformulação da política em vigor. A fase de avaliação é imprescindível, nesse sentido, para o desenvolvimento e a adaptação contínua das formas e instrumento de ação pública, sendo um instrumento de aprendizagem das políticas públicas.

A incipiente prática de avaliação pode ser uma razão dos resultados deficientes das políticas e conseqüentemente da correção de processos decisórios. Contribui para isso a circunstância de que os métodos utilizados pelas autoridades públicas, em geral, pouco evoluíram na buscar de soluções para problemas relativos a implementação das políticas públicas. Mesmo cada vez mais complexos e numerosos, tais processos devem ser submetidos permanentemente à avaliação de modo atualizado e com agilidade necessária aos novos tempos. Uma razão importante é apresentada por Schultze (apud LOZANO):

> *"(...) os programas de governo raramente possuem um regulador automático que nos diga quando uma atividade deixou de ser produtiva, ou poderia se tornar mais eficiente ou*

deveria ser substituída por outra atividade. Na empresa privada, a sociedade se baseia nos lucros e na concorrência para fornecer os necessários incentivos e disciplina, bem como proporcionar o "feedback" sobre a qualidade das decisões. O sistema é imperfeito, mas basicamente seguro no setor privado; é virtualmente existente; mas, é virtualmente inexistente no setor governamental. Neste, precisamos encontrar outra ferramenta para fazer as escolhas que a escassez de recursos nos exige" (LOZANO, 1989).

Diante dessa realidade é comum observar que autores e cientistas políticos acreditam que a maior e mais inteligente utilização da análise de políticas que se pode fazer hoje em dia poderá prover grande contribuição para melhores decisões e correções na administração pública.

A escassez de mecanismos de avaliação poderia ser, entretanto, uma das possíveis justificativas para a falta de vivência na construção de políticas públicas. É necessário reconhecer a importância social e econômica dos resultados das políticas adotadas no Brasil. Existe, contudo, uma questão fundamental de ordem democrática: ao implementar políticas públicas, o governo gasta dinheiro do contribuinte. Assim, a avaliação de políticas públicas seria uma forma pela qual os governantes poderiam prestar contas à sociedade quanto ao uso de recursos públicos.

Do ponto de vista do cidadão a avaliação permite, ainda, o controle social sobre o uso dos recursos que são, em última instância, de toda a sociedade. Em segundo lugar, o emprego mais eficiente de recursos públicos implica, na prática, melhor utilização de recursos finitos, na medida em que busca o atendimento de maior número de necessidades sociais com mesmos volumes de recursos (ARRETCHE, 1998).

Ao se pensar o agir público nas fases do ciclo político, percebe-se, ainda conforme o Quadro 2, o âmbito no qual são definidas as políticas, a influência de fatores culturais, de padrões de comportamento e, inclusive, atitudes de atores singulares. Tais ingredientes são essenciais para melhor compreensão do processo político e por sua vez repercutem na qualidade dos programas e projetos elaborados e implementados (FREY, 1997).

Essas interações mútuas tornam-se mais complexas se levarmos ainda em consideração as políticas de saúde que, por sua essência, envolvem os três níveis de governo. E, ainda, contribuem os organismos internacionais, os provedores privados de serviços, a indústria farmacêutica e hospitalar, assim como seguradoras privadas e a participação popular. Há de se observar, também, que os atores políticos e sociais agem em conformidade às identidades, atuando ora como cidadão, político, servidor público, ora como médico, sindicalista, etc, influenciando a atuação de cada comportamento no somatório dos processos políticos.

Ao refletirmos sobre a complexidade do processo político devemos levar em conta, por outro lado, a evolução histórica marcada pela constituição de Estados economicamente dependentes; sociedades altamente segmentadas, com consideráveis níveis de exclusão e marginalidade social; bases territoriais socialmente desintegradas; instituições com baixa capacidade de implementação de políticas e de regulação social; e estruturas de direitos de cidadania extremamente frágeis e parciais (ALMEIDA, 2002). Tais contextos resultam na implementação de políticas sociais pouco inclusivas, ineficientes e inefetivas e ainda o desenvolvimento do corporativismo de certos segmentos, principalmente no tocante à área da saúde com alto grau de autonomia, que se desenvolveram em função de uma grave fragmentação política e da sociedade.

Em outras palavras, se não houver a forte iniciativa política na realização dos objetivos descentralizadores com enfoque na participação de todos os segmentos da sociedade, restará concordar com a proposição tecnocrática de que a elaboração de política pública pode ser encarada como a simples operacionalização de um conjunto de normas, procedimentos e passos de um manual, cujo processo decisório não fica imune à dinâmica das relações de poder.

Frente a esse contexto é fundamental compreender, também, a idéia de descentralização, sobretudo no que se refere à questão da formulação e da implementação de políticas sociais. É evidente, que a partir da Constituição Federal de 1988, a descentralização deixou de ser apenas técnica, fiscal ou administrativa, e passou a ser também de natureza política, vinculada à participação da sociedade de modo a propiciar maior controle das ações e decisões governamentais.

Assim, a descentralização compreendida como instrumento da democratização possibilita melhor encaminhamento ou expressão de demandas sociais da população. Entretanto, isso apenas ocorre em comunidades que estão informadas e mobilizadas na defesa do bem-estar social. Isto significa dizer que a descentralização não é necessariamente democratização e participação, conforme estabelecem os Artigos 194 a 204 da Constituição Federal de 1988 acerca da *descentralização participativa* para a gestão da seguridade social.

A descentralização e a participação são, portanto, procedimentos e operações complementares. Todavia, nem toda descentralização leva automaticamente à participação. A descentralização pode ser estabelecida, mas a participação não é passível de imposição, pois depende de fatores históricos-sociais e de graus de amadurecimento político-ideológico e organizacional que muitas vezes só aparecem após um longo período de tempo. Portanto, a participação não se descentraliza, ela existe ou não no processo, não cabendo às instituições decisórias concedê-la ou delegá-la (NOGUEIRA, 1997).

Em suma, a descentralização pode ser um instrumento de poder das comunidades organizadas. Mas pode também ser instrumento de opressão em razão do desconhecimento pela comunidade da realidade onde está inserida a seqüência de passos do ciclo político, ou nos casos de baixo grau de cidadania e organização social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As exigências e requisitos para a maior participação dos atores políticos e sociais em todos os ciclos do processo político estão relacionados à implementação de nova cultura gerencial, cujo objetivo é desenvolver a gestão cooperativa e promover a colaboração institucional. Desse modo, todos os setores devem trabalhar sintonizados, articulados, otimizando recursos próprios, trocando idéias, socializando conquistas e responsabilidades. O uso da revolução tecnológica na atualidade é um meio potente de difundir e processar informações com maior rapidez e de forma democrática.

A nova cultura gerencial deve concentrar esforços em processos de treinamento e formação de facilitadores e estimuladores de novas formas de gestão no setor público. O Quadro 2 nos remete a pensar que o fator capacitação é vital, pois sabemos que a gestão de políticas sociais não é algo simples, e, para ser bem-feita, requer complexa massa crítica de natureza técnico-gerencial. Os *novos atores* devem desenvolver capacidades de entendimento político e nova consciência ética. Tais processos devem ser cotidianos e aprimorados permanentemente para o conhecimento crítico do mundo, seu governo e transformação. Sabemos que esta é uma questão decisiva, pois o Estado brasileiro está atrasado no que se refere à valorização do seu quadro de pessoal; porém, o êxito para combater as incertezas delineadas no início deste capítulo encontra aqui seu âmago.

Quadro 2

Consolidado das Respostas de Entrevistas Realizadas pelos(as) alunos(as) do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Goiás 2002.

	Políticas Públicas de Saúde em que participa ou participou	Posição/contribuição na Formulação de Políticas Públicas de Saúde	Resultados finais destas Políticas Públicas de Saúde	Fontes de informação para participar e apoiar os processos de Formulação de Políticas Públicas de Saúde	Pessoas, instituições ou grupos que Influem na formulação de políticas públicas	Pessoas, instituições ou grupos que se opõem ou vetam a Formulação de Políticas Públicas de Saúde
	Programa Gestante de Alto Risco-GESTAR	Levantamento capacidade instalada e recursos humanos nas regiões de saúde	Elaboração do Plano Diretor de Regionalização-PDR PDI/PPI	DATASUS (necessidade de revisão - bancos de dados inconsistentes e não são desintegrados)	Ministério da Saúde	Prestadores privados
	Programa de Qualidade Goiás/ Humanização	Capacitação de recursos humanos	Implantação do Programa Gestante de Alto Risco-GESTAR	Levantamento in loco	Organização Panamericana de Saúde-OPAS	Industrias Farmacêuticas
	Programas relacionados as doenças infecto-contagiosas	Planejamento das macrodiretrizes estaduais (doenças infecto-contagiosas)	Atendimento às necessidades do usuário	Usuários	Secretaria Estadual de Saúde / Comissão Intergestores Bipartite	Grupos políticos com interesses contrários
	Implementação do Controle Social	Organização da Conferência Municipal de Saúde	Disseminação conceito de cidadania	Gerentes	Conselhos de Saúde	Organizações que tem lucro com a doença
	8ª Conferência Nacional de Saúde	Organiz. Consulta ampliada p/ escolha de gestores das Unid. Saúde	Cumprimentos das metas 2001; Diminuição 80% algumas patologias (infecto-contagiosas)	Dados estatísticos e epidemiológicos; pesquisa junto ao usuário; relatórios setoriais; relatórios Vigilância Sanitária	Associações/Sindicatos	Ministério da Saúde
	Plano Diretor de Regionalização-PDR (Programação Pactuada e Integrada-PPI e Plano Diretor de Investimento-)PDI)	Implementação da Fitoterapia	V Conferênia Municipal de Saúde	IBGE	Gestores	Gestores sem formação técnica referente ao SUS

	Assistência aos Radioacidentados - Césio 137	Delegada na 8ª CNS - sugestões na área saúde do presidiário	Capacitação equipe técnica de fitoterapia	Dados empíricos (Rádioacidentados)	Conferências de Saúde	Conselhos que não tem interesse ou desconhecem o SUS
	Construção do SUS nas 3 esferas	Programas de Qualidade	Escolha dos gestores p/ Unidades de Saúde	Constituição Federal	Usuários	Sistema capitalista
	1ª Conferência Municipal de Saúde	Representante CES	Formulações das Leis 8.080 e 8.142 e as NOB's 93 e 96.	Normas Operacionais Básicas	ONGs	Omissão dos prefeitos municipais
	Acompanhamento de propostas encaminhadas ao Conselho Estadual de Saúde	Na condição de usuária e prestadora de serviço do SUS	Capacitação de trabalhadores da saúde envolvidos com os rádioacidentados	Participação em seminários	Trabalhadores/Gestores	Industrias de materiais médico - hospitalares
	Política de Saúde Mental	Presidente da 1ª CMS de Goiânia	Processo de implantação da municipalização	Experiência em Administração Hospitalar	Rede Particular	Depende do que está em"jogo"
	Elaboração de textos jornalísticos	Acompanhar e cobrar efetividade - Programa Dengue	Melhoria da política de saúde preventiva e curativa	Autorizações para Internações Hospitalares-AIHs	Políticos	Seguradoras
	Ações Integradas de Saúde-AIS	Avaliando no CES documentos, participa-ção comissões intersetoriais (orçamentos e finanças)	Incremento da municipalização no município de Goiânia - PMS	Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO	Confederação das Santas Casas de Misericórdia	Associações de hospitais
	Programa - Saúde da Criança	Debates em torno do novo conceito acerca dos elementos que envolvem a saúde mental/saúde pública	Dengue - não vê desdobramentos concretos	Artigos científicos, congressos e reuniões técnicas	Associação Médica Brasileira-AMB	

Políticas de saúde referentes à gestão municipal	Textos jornalísticos para área da educação	Não existe deliberação no Conselho Estadual de Saúde, apenas referenda as propostas apresentadas	Estruturação da rede assistencial do município de Anápolis	Secretaria Estadual de Saúde tem dificuldades de prestar informações	
Membro da Comissão Intergestores Bipartite-CIB	Implantação do Programa de Ações Integradas de Saúde	Estruturação da rede assistencial do município de Anápolis	Garantia de serviços com qualidade no seu município	Conselho Estadual de Saúde tem dificuldade de contestar dados	
Membro do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde-COSEMS	Processo de habilitação em GPSM	Garantia de serviços com qualidade no seu município	Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde	Bibliografias	
Política de proteção do meio ambiente	Melhoria do acesso da população do seu município aos serviços de saúde	Fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde	Casas populares construídas	Jornais, apesar de muitas vezes serem sensacionalistas	
Implantação do Programa de Saúde da Familia	Diagnóstico epidemiológico municipal. Negociação e fiscalização com prestadores de serviço	Casas populares construídas	Projeto de proteção do meio ambiente em andamento	Internet	
Plano Municipal de Saúde	Adoção de estratégias para PSF	Projeto de proteção do meio ambiente em andamento	Reorganização do modelo de atenção a saúde	Profissionais de saúde	
Facilitador para habilitação municipal na Gestão Plena do Sistema de Saúde	Capacitação de Conselheiros	Reorganização do modelo de atenção a saúde	Elaboração da Programação Pactuada Integrada	Prestadores de serviços	
	Articulação e pactuação na CIB			Universidades	
Formulação do Plano Plurianual-PPA	Colaboração em projeto de construção de casas populares	Elaboração da Programação Pactuada Integrada	Reestruturação das ações de saúde e sua hierarquização	Congressos do CONASEMS	
Elaboração do Relatório de Gestão	Assessoria técnica de Secretaria Municipal de Saúde	Reestruturação das ações de saúde e sua hierarquização	Resultados inadequados em virtude da pactuação da NOAS/PPI	Associação Brasileira dos Hospitais Privados - ABHP	
Conselheiro Municipal de Saúde		Resultados inadequados em virtude da pactuação da NOAS/PPI		Associação Brasileira de Saúde Coletiva-ABRASCO	
				CONASS / CONASEMS/COSEMS	

SINOPSE DAS ENTREVISTAS APLICADAS				
Itens	Como são formuladas as políticas nos níveis municipal, estadual, federal e internacional	Como é a tomada de decisão política nos níveis municipal, estadual, federal e internacional	Diretrizes que devem orientar a formulação de políticas públicas de saúde	Como influem na formulação de políticas públicas de saúde os meios de comunicação, a academia, o legislativo, as organizações comunitárias, as associações de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços, gestores do SUS nas três esferas de governo e as agências de cooperação.
Respostas	Indicadores de saúde	Ministério da Saúde / Comissão Intergestores Tripartite	Identificar nós críticos	Mídia:Divulgação e evidenciando problemas e irregularidades
	Fontes de financiamento	Níveis infra ministeriais	Identificar recursos disponíveis	Academia realizando debates e estudos
	Atividades de intervenção	Conselho Estadual de Saúde	Políticas de impacto	Legislativo: demandas da sociedade
	Necessidades da comunidade	Comissão Intergestores Bipartite	Identificar necessidades dos usuários	Organiz./Associações: potencializando repercussão do problema
	Convênios de cooperação técnica	Secretarias Municipais de Saúde	Envolvimento dos níveis intermediários (Diretores de unidades, coordenadores de programas)	Profissionais de saúde: demandas coorporativas e técnicas
	Conselho Municipal de Saúde - aprovação Plano Municipal de Saúde	Convênios de cooperação técnica	Municipalização	Gestores: análise e formulação de políticas públicas de saúde
	Orçamento Participativo	Assembléia Legislativa	Descentralização	Necessidade de envolver todas as instâncias (Conselhos, sindicatos, grupos organizados, etc.)
	Diagnóstico epidemiológico	Onde existe poder político	Garantia de acesso universal com qualidade	Pesquisa técnico-científica
	Ações de saúde (média e alta complexidade, ações básicas e acompanhamento do PSF	População usuária do sistema	Eqüidade / Integralidade	Conferências de Saúde
	De maneira verticalizada	Atendem aos interesses das classe dominantes - compradores de serviços	Lei Orgânica da Saúde 8.080 e 8.142	Interesses coorporativos
	Política estadual baseada em diagnóstico epidemiológicos/ Políticas municipais sem diagnóstico	Direcionadas de forma eleitoreira sem conhecimento epidemiológico	Intersetorialidade	Meios de comunicação: formadores de opinião pública

Respostas					
Princípios e diretrizes estabelecidos em leis	Sem diagnóstico da saúde	Constituição Federal	Divulgação da aplicação dos recursos da saúde		
Pactuações ascendentes	Decisões centralizadas	Capacitação de gestores e trabalhadores da saúde	Academia - formar cidadãos com consciência ética		
Gestor municipal juntamente com o executivo	Federal é fragmentado e municipal é mais concensual	Garantir as ações dos programas de saúde	Conselheiros deveriam ser instrumento real para formulação de políticas públicas de saúde		
Descentralização	Haverá influência se for divulgada através do controle social e a verificação da satisfação dos usuários	Distribuição de renda	Legislativo perdeu sua finalidade e o executivo faz papel dos dois		
Ministério da Saúde - formulação de políticas	Greves	Geração de emprego	Organizações comunitárias não são ouvidas		
Todos o níveis não consultam a comunidade	Conselho de Saúde Estadual somente referenda as propostas apresentadas nos Planos de Governo	Não fazer assistencialismo puro	Satisfação e insatisfação do usuários e profissionais de saúde		
Pesquisas sociais elegendo prioridades	Alguns conselheiros apresentam propostas visando apenas o grupo que representa	Ampliar mecanismos de participação popular	Divulgando e contribuindo na formulação, controle e divulgação das políticas de saúde		
Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Conselho Municipal de Saúde		Integração com cultura popular e construção coletiva	Meios de comunicação geralmente vendem idéias falsas		
De cima para baixo, não observando que muitas vezes o município não tem recursos humanos devidamente capacitados e os prazos são curtos.		Promover justiça social	Academia tem poucas pesquisas		
Deveriam ser formuladas pelos diversos atores, sendo deliberadas pelos Conselhos das três esferas		Políticas econômicas e sociais do governo federal	Legislativo influem muito, através de projetos de lei		
Deveria ter um maior engajamento das academias		Câmaras Técnicas de Saúde	Baixos salários desmotivam profissionais de saúde		

Respostas	Custo benefício		Resgate da cidadania	Prestadores de serviços tem grande poder de influência
	Depende dos interesses do momento		Integração intersetorial	Entidades de Classe (OAB, AMG, UMES, SINTEGO, DA-Feclu, AHU, etc.)
	Através de experiências de base			Divulgação das políticas públicas de saúde
				Academia deve repensar o papel de formadores de profissionais em saúde
				Midia deve fazer papel de utilidade pública
				Todos têm influência
				Ministério Público tem posições distorcidas
				Academia influi muito pouco
				Legislativo é sempre contrário
				Conselho influente; as organizações comunitárias serão decisivas
				Maior capacitação de profissionais

Fonte: Elaboração a partir do exercício entregue pelos alunos(as) do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Goiás, 2002.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. **Cadernos de Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, 2002.

ARRETCHE, Marta T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de políticas sociais**: uma questão em debate. São Paulo: Cortez, 1998. p. 29-45.

FREY. **Políticas públicas**: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. 1997. Tese (doutorado).

LOZANO, José Ricardo Leal. Aspectos básicos na análise de políticas públicas. In: QUADE, E. S. **Analysis for public decisions**. 3. ed. [S.l]: Prentice Hall, 1989.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. A dimensão política. **Em Perspectiva**. Saúde, São Paulo, v. 11, n. 5, jul./set. 1997.

CAPÍTULO 4
MODELOS DE ATENÇÃO DESEJÁVEIS: SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UMA AGENDA DA SAÚDE

Autores: Cheila Marina de Lima**, *Dais Gonçalves Rocha***

"Pensar sem aprender nos torna caprichosos.

E aprender sem pensar é um desastre."

Confúcio

INTRODUÇÃO

Partindo do pressuposto de que a concepção de Modelo de Atenção adotada pode determinar a incorporação ou não de diferentes práticas de saúde, realizou-se um estudo sobre a visão dos(as) alunos(as) do *Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde em Goiás 2002* sobre o Modelo de Atenção à Saúde Desejável.

Este capítulo apresenta e discute os resultados dessa atividade sobre as inquietudes, interesses e prioridades de profissionais com relação ao Modelo de Atenção à Saúde Desejável realizada pelos (as) alunos(as) na disciplina *Modelo de Atenção e Formulação de Políticas*. A visão desses (as) alunos(as) é relevante porque, sendo eles (as) profissionais que estão à frente da gestão de programas, projetos e unidades de diferentes tipos e níveis de serviços do SUS municipais e estaduais, são, também, os responsáveis por buscar resolver e atender às necessidades de saúde da população em Goiás.[1]

* Enfermeira. Técnica da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

** Doutora em Saúde Pública; Especialista em Promoção da Saúde; Professora Convidada da Universidade Federal de Goiás e da Faculdade de Odontologia de Anápolis-Go e Técnica da Assessoria de Planejamento da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

1 Agradecimentos à leitura atenta e sugestões apresentadas pela Profª Drª Vânia Cristina Marcelo, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Goiás. Agradecimentos especiais a Marina, Maurides e Rullyano.

O tema Modelo de Atenção tem sido debatido e constitui objeto de vários estudos (CECÍLIO, 1997; SILVA Jr, 1998; TEIXEIRA, PAIM, VILASBÔAS, 1998; REIS, 1999; CARVALHO, CAMPOS, 2000). Observa-se, na literatura citada, a utilização de diversas terminologias: modelo assistencial; modelo tecno-assistencial; modelo de atenção. Para adentrar o terreno dessa discussão, faz-se necessário iniciar com algumas distinções.

Paim (1993) considera que pelo menos três visões ou concepções podem ser identificadas na definição de modelos assistenciais ou de atenção à saúde, sendo a primeira visão relacionada à organização, gestão e planejamento de serviços; outra concepção mais ampla, que reconhece

> *(...) certas intermediações entre o técnico e o político, ou seja, uma tradução para um Projeto de Atenção à Saúde de princípios éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, socioculturais e da leitura de uma determinada conjuntura epidemiológica e de um certo desenho de aspirações e desejos sobre o viver saudável.*

E há, ainda, uma terceira que diz respeito à *combinação de tecnologias, materiais e não-materiais, utilizadas nos processos de trabalho em saúde*. (PAIM, 1993) Teixeira , PAIM e VILAS-BÔAS (1998) utilizam o termo modelos assistenciais concebidos como *formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde*. Evidenciam que no sistema de saúde brasileiro coexistem diversas propostas de organização.

Ainda que o reordenamento da prestação de serviços seja necessário e os autores que assumem essa tarefa estejam contribuindo para a operacionalização de diversos modelos alternativos em desenvolvimento nos municípios brasileiros, destacam-se para fins de delineamento desse estudo concepções de Mehry et al (1991) citado por Silva Jr (1998, p.32):

> *"Ao se falar de modelo assistencial estamos falando tanto de organização da produção de serviços a partir de um determinado arranjo de saberes da área, quanto de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais. (...) Entendendo deste modo, que os modelos assistenciais estão sempre se apoiando em uma dimensão assistencial e em uma tecnológica para expressar-se como projeto de política, articulado a determinadas forças e disputas sociais, damos preferência a uma denominação de modelos tecnoassistenciais, pois achamos que deste modo estamos expondo as dimensões chaves que o compõem como projeto político."*

Ao explicitar a dimensão sócio-política, os autores resgatam a importância que se deve atribuir à mobilização e ao envolvimento de todos e todas na construção dos modelos

alternativos que pretendem concretizar o ideário do Sistema Único de Saúde (SUS), preocupação esta que se encontra ausente nas discussões realizadas sobre Modelo de Atenção. Predomina a visão relacionada à organização, gestão e planejamento de serviços, sendo que esta "racionalização dos serviços" desconsidera, muitas vezes, a visão ou visões das pessoas que implementam ou executam as propostas.

Segundo Cecílio (1997, p.470):

> *"Boa parte da literatura sobre modelos assistenciais em saúde tem uma certa postura de 'exterioridade' em relação ao objeto trabalhado, um olhar 'desde fora', quase sempre com a intenção de uma abordagem mais 'estrutural', no sentido de totalizador (....)."*

Superando a tendência de investigação dos aspectos estruturais, buscou-se, neste estudo, identificar os Modelos de Atenção à Saúde Desejáveis na visão das pessoas que atuam como gestores (as) e gerentes de sistemas e serviços de saúde.

1. DEFINIÇÕES METODOLÓGICAS

Realizou-se um estudo de caráter exploratório de natureza descritiva, onde foi utilizada a análise qualitativa e o trabalho com motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. Para aprofundar o mundo dos significados das ações e relações humanas, que incluem a vivência, a experiência e cotidianeidade respectiva, onde a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis, o material primordial foi a leitura e a interpretação da palavra que expressa a fala cotidiana (MINAYO, 2001). Para a análise nesta vertente, optou-se por conjugar a visão de Pereira (1999, p. 22) de dado ou evento qualitativo, fazendo o registro do número de vezes que cada atributo foi expresso pelos (as) alunos(as) na descrição do *Modelo de Atenção à Saúde Desejável*.

Foi utilizada a definição de atributo "*como característica, qualitativa e quantitativa, que identifica um membro de um conjunto observado, a qualidade atribuída ao sujeito*" (FERREIRA, 1986). Com esta perspectiva, no conjunto da escrita feita pelos (as) alunos(as), foi, assim, possível identificar alguns significados que se diferenciavam por conformar uma característica ou qualidade determinada do Modelo de Atenção à Saúde Desejável.

O objeto de estudo teve como ponto de partida o eixo da disciplina *Modelos de Atenção à Saúde e Formulação de Políticas,* onde foi proposta a tarefa de descrever o Modelo de

Atenção à Saúde Desejável em ambiente de sala de aula, durante o curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde no estado de Goiás, mais precisamente, no município de Goiânia.

Dos 73 alunos(as) inscritos (as) no curso, 46,5% (33) desenvolveram o exercício solicitado no mês de novembro de 2002. Para realizar a proposta de análise dos atributos, o conjunto de respostas foi sistematizado e categorizado de modo a permitir os comentários aqui apresentados.

Como parte do levantamento do material para análise, procedeu-se à leitura flutuante descrita pelos (as) alunos(as) sobre *Modelo de Atenção à Saúde Desejável*, mediante a exploração do material em novas e sucessivas leituras. Com as leituras foram assinaladas as idéias mais importantes, ordenadas e numeradas as respostas e, em seguida, delimitados os agrupamentos em categorias criadas a partir das afinidades e divergências que foram emergindo. Para a adequada análise dos conteúdos desejados foi necessário organizá-los em agrupamentos de 6 categorias.

A primeira categoria refere-se aos *Princípios Doutrinários e Organizativos do SUS* identificados ou citados nos textos dos (as) alunos(as). A segunda categoria agrupa atributos referentes à Organização dos Serviços. Em seguida, estão os atributos relacionados ao tema Humanização. A quarta categoria refere-se à Qualidade do Serviço e a quinta à Gestão. Por fim, encontram-se os atributos referentes à categoria Financiamento.

Os resultados da agregação das respostas por categorias e a contagem da referência ao atributo estão apresentados em quadros e discutidos simultaneamente segundo as categorias de análise apoiadas pela pesquisa teórica. Os atributos dessas categorias são ordenados segundo o número de citações.

2 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados é apresentada dos itens 2.1 a 2.6 deste capítulo, dialogando com o referencial teórico pesquisado. Observa-se, no conjunto dos resultados deste capítulo, que as categorias relacionam-se fortemente com o tema *Modelo de Atenção* e os pontos que eles indicam conformam pautas para o processo de *Formulação de Políticas*. A discussão dos resultados produziram comentários gerais que constituem indicativos de uma agenda de saúde na visão dos (as) alunos(as).

2.1 Princípios Doutrinários e Organizativos do SUS

Os princípios doutrinários e organizacionais do SUS estão presentes na maior parte das descrições sobre Modelo de Atenção à Saúde Desejável (ver Quadro 1) e podem ser exemplificados nas seguintes frases escritas pelos (as) alunos(as):

> *"(...) modelo futuro que 'eu desejo' baseia-se na concretização dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde): cumprimento dos princípios e diretrizes constitucionais da atenção à saúde da população".*
>
> *"(...) atendimento direcionado à Integralidade, Universalidade e Eqüidade".*
>
> *"(...) mudanças acontecendo, como: o processo de descentralização da gestão (...)".*
>
> *"A linha política a ser seguida é da implementação do SUS, contemplando cada uma das diretrizes e princípios descritos na legislação: descentralização, integralidade, controle social, universalidade, regionalização e hierarquização."*

No conjunto de concepções expressas pelos (as) alunos(as) está evidente ser o SUS o *superador* do Modelo de Atenção à Saúde Atual, individualista, tecnicista, dicotômico. O modelo citado como ideal baseia-se na integralidade da atenção à saúde, onde os serviços voltam-se para o conjunto de ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação e abrangem a atenção ao indivíduo, à comunidade e ao meio ambiente. Nessa concepção, o modelo garante também que a atenção recebida no nível primário tenha continuidade nos demais níveis de complexidade do Sistema, quando necessário e de forma ascendente, hierarquizada e resolutiva.

Quadro 1
Número de citações por atributo da categoria Princípios Doutrinários e Organizativos do SUS.

CATEGORIA	ATRIBUTOS	NÚMERO DE CITAÇÕES
PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS E ORGANIZATIVOS DO SUS	Integralidade	19
	Intersetorialidade	17
	Descentralização	15
	Participação Popular/Controle Social	15
	Universalidade	14
	Eqüidade	13
	Hierarquização	05
	Regionalização	

Fonte: Elaboração a partir dos textos dos(as) alunos(as) produzidos na disciplina Modelo de Atenção e Formulação de Políticas do Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ano 2003.

Ressalta-se no conjunto de atributos a integralidade como sendo aquele que mereceu maior relevância nesta categoria, na visão dos(as) alunos(as), perfazendo um total de 19 (dezenove) citações. Destacam-se algumas delas abaixo:

> *"(...) incorporação das ações de Promoção, Proteção e Recuperação da saúde e não só curativas."*
>
> *"(...) modelo de atenção à saúde deve ser integral e privilegiar a promoção à saúde e prevenção de riscos e agravos, e também retomar os aspectos éticos e culturais imprescindíveis para o cuidado com a saúde das pessoas e grupos."*
>
> *"(...) tenha uma atuação pautada nos interesses da coletividade e direitos da cidadania, realizando efetivamente as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde sob o princípio da integralidade."*

A visão dos(as) alunos(as)(as) sobre integralidade diz respeito à garantia de ações que vão da promoção da saúde à reabilitação. Observa-se a inclusão dos aspectos éticos e culturais no desenho e na realização das ações de saúde, reconhecendo, assim, a diversidade, tanto no nível individual quanto no coletivo.

A intersetorialidade assume o segundo lugar entre os atributos mencionados. É vista como mobilizadora de ações, com poder de sanar várias causas e problemas de saúde ao considerar que nem todos são exclusivos do setor. Portanto, precisam ser enfrentados a partir da pactuação de várias ações e serviços intersetoriais.

Uma das visões de intersetorialidade identificada neste capítulo é compartilhada por Westphal (2000), que considera que o planejamento e a gestão devem se dar de forma intersetorial, representando a união do setor saúde com os demais, com a participação ativa da população, uma vez que é ela que vive e sente seus problemas.

Em geral, a expectativa é que a ação intersetorial possa superar a fragmentação das políticas públicas e considerar o indivíduo na sua totalidade. Isso se deve em parte ao objetivo maior de melhoria da qualidade de vida da população, o que envolve contínua interação das diversas políticas sociais. E implica, ainda, em entender que a produção da saúde depende da habitação, educação, trabalho e renda, lazer, meio ambiente, cultura, movimentos contra a violência no trânsito, movimentos contra a fome, entre outros, que envolvem diferentes setores da sociedade.

Autores como Junqueira e Inojosa, citados por Westphal e Mendes (2000, p.54) concordam que a Intersetorialidade pode ser entendida como a "*articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações, com o objetivo de*

alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinergético no desenvolvimento social."

A visão de Intersetorialidade acima referida pode ser identificada na expressão de alguns(umas) alunos(as). Está presente no repertório de uma aluna a inclusão das parcerias entre governo, setores não governamental e privado, nas diversas dimensões do fazer em saúde:

> *"É necessário que gestores, técnicos, empresas estatais e privadas, ONGs e também filantrópicas, clubes comunitários, clubes de serviços e associações diversas estejam envolvidas no processo, tanto no seu planejamento, quanto na sua execução, acompanhamento, supervisão e avaliação.O caminho da descentralização, na minha opinião, é o correto ... mais compatível com a necessidade da população a ser atendida*."

A descentralização configura como o terceiro atributo mais citado dentro na categoria Princípios Doutrinários e Organizativos do SUS, sendo destacada por 15 (quinze) vezes.

A descentralização é vista como redistribuição de poder e responsabilidades, tendo como objetivo primeiro, na visão dos (as) alunos(as), prestar um serviço com maior qualidade, que garanta e tenha um maior rigor na fiscalização pelo Controle Social, aproximando o(a) cidadão(ã) das decisões do setor.

Alguns(umas) (as) descrevem o processo de descentralização como uma política que vem sendo implantada na busca de situação ideal. Vista como (...) *mudança que está acontecendo, como: o processo de descentralização da gestão de recursos e serviços (...).* Outros citam: *O município deve ser o alvo central da implantação destas mudanças, pois é ali é que efetivamente serão percebidas as ações e os seus resultados. E ainda (...) pois sabemos que cada qual tem tido um tipo de problema, isso implica em organizar a atenção à saúde.*

Observa-se, de maneira geral, pelas colocações feitas, que, para estruturar um Modelo de Atenção à Saúde Desejável, deve-se ter como estratégia a descentralização e efetivação local, com a participação governamental, da sociedade civil organizada em seus diferentes segmentos e concepções.

Destaca-se a expressão a mudança de modelo de atenção à saúde que levem em conta as necessidades da população, tendo como referência a redução das desigualdades, e a promoção do bem-estar coletivo acontece de fato, a nível local, do município (...).

Grande importância foi atribuída ao nível local ou ao papel do município. Para os(as) alunos(as), o município deve formular políticas públicas que garantam uma ampla rede

de atenção e proteção social, voltada, especialmente, aos grupos da população que se encontram em situação de exclusão social, fortalecendo e valorizando a cidadania e os municípios como locais de vivência democrática (GUIMARÃES, 2001, p.1).

Ressalta-se, neste momento, a pouca menção feita ao processo de Regionalização, uma vez que muitos dos(as) participantes trabalham na esfera estadual, onde, atualmente, se tem feito maior discussão e operacionalização sobre o tema referido. Dos quatro que destacaram este atributo, três eram gestores provenientes do município e somente um pertencente ao quadro estadual.

A participação popular foi, por sua vez, mencionada por 15 (quinze) participantes e alguns relatos ilustram o entendimento do atributo:

> *"É importante que o controle social seja exercido de forma séria e eficiente. Neste sentido os Conselheiros de Saúde devem ser pessoas que estejam comprometidas com a comunidade e com sua própria competência."*
>
> *"(...) participação da sociedade através de entidades representativas que pudessem auxiliar nas providências e soluções para as dificuldades (...)."*
>
> *"(...) organização comunitária e o seu envolvimento no planejamento e execução de ações também mostra-se viável (...)."*
>
> *"Participação popular como exercício de democracia, procurando, em conjunto, soluções para os problemas de saúde."*

Os fragmentos acima extraídos de textos dos(as) alunos(as) mostram que, na visão destes, a população exerce o Controle Social por meio da fiscalização, controle e participação nas definições das políticas públicas, propondo diretrizes na formulação das mesmas, inclusive e, principalmente, na sustentabilidade das mesmas. Nessa perspectiva as Leis No. 8.142/90 e No. 8.080/90, ao dispor e regulamentar a participação das entidades e movimentos representativos da sociedade na definição das políticas de saúde, na gestão e controle de sua execução, respaldam o Controle Social. Esse, por sua vez, está formalizado em duas instâncias colegiadas: Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde.

Nota-se que a expectativa é que as iniciativas aproximem a administração pública dos(as) cidadãos(ãs), contribuindo para diminuição ou desaparecimento dos clientelismos, trazendo disputas, parcerias e conflitos para espaços mais públicos de decisões. E, além disso, permitam a tomada de decisões reais e informadas, auxiliem na identificação de problemas com mais agilidade, permitindo a construção de alternativas, aumentem a transparência administrativa e mobilizem as diversas áreas governamentais em direção a estabelecimentos de ações mais integradas.

A Universalidade e a Eqüidade foram mencionadas, respectivamente, 14 (quatorze) e 13 (treze) vezes. Essa última é considerado um dos maiores desafios a ser enfrentado na implementação do SUS e na mudança do Modelo de Atenção.

> *"(...) só que não poderia ser um privilégio de poucos e, sim, deveria ser oferecido a todos com igualdade no atendimento."*
>
> *"Eqüidade na utilização dos serviços de saúde e nas condições de vida da população, nos determinantes da saúde da população."*
>
> *"Promovendo eqüidade na distribuição de recursos, eliminando as desigualdades sociais."*
>
> *"(...) tendo em mente a equidade para produzir mudanças montando a idéia força em função de resolver os problemas da população."*
>
> *"(...) está se formando uma prática freqüente dos próximos gestores municipais que argumentam não terem pactuado com o município de origem do usuário, esquecendo o princípio constitucional de Universalidade."*

Os questionamentos e inquietudes identificados nessa categoria desencadeiam algumas questões: *para quem está se pensando o modelo de atenção: tudo para todos? Para todos de um determinado espaço social, na mesma medida? Para grupos específicos?* Estas questões se inserem no debate atual sobre a articulação entre a atenção básica e outros níveis da atenção com maior incorporação de tecnologias. Estão inseridas, também, nos debates sobre universalidade e eqüidade e as contraposições de focalização e ineqüidade relacionadas tanto com referência ao desejado como modelo, quanto ao contexto em que deve operar. Pensar num modelo que diminua as desigualdades não é o mesmo que pensar em um modelo que garanta serviço para todos(as) (KALIL, FEUERWERKER, 2002, p. 75)

2.2 Organização dos Serviços

Os recursos humanos, na visão dos(as) alunos(as), são um dos principais fatores ou elementos que interferem na Organização dos Serviços, quando se pensa em um Modelo de Atenção à Saúde Desejável (ver Quadro 2). Foi consensual a opinião de que esta área não acompanhou os diversos avanços ocorridos no SUS, desde a sua criação em 1988. Dentro do tema, predominou para os (as) alunos(as) a relevância atribuída à formação dos profissionais do SUS. A necessidade de capacitação continuada e permanente no fazer cotidiano dos serviços foi referida por oito alunos(as), enquanto três apontaram o papel das instituições formadoras, conforme pode ser destacado no texto abaixo:

"(...) Entendo que a academia, como formadora, tem papel essencial nesta discussão e operacionalização do SUS, e precisa desempenhá-lo. Destaco este aspecto porque considero a falta de capacitação gerencial e profissional o principal entrave do SUS neste momento."

Outras expectativas foram direcionadas aos egressos dos variados cursos na saúde. Entre essas se destaca uma referente ao desenvolvimento de *uma postura e capacitação na área de saúde coletiva e outra que esses cursos sejam voltados para os princípios do SUS.*

A necessidade do desenvolvimento de políticas educacionais visando a mudanças na formação de profissionais da saúde foi apontada por dois outros (as) alunos(as). Essa preocupação está de acordo com a atual proposta do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação que, em parceria, estão desenvolvendo iniciativas nesse sentido. Aponta-se, inicialmente, a Portaria Interministerial nº 610/GM de 26.03.2002, que institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. No primeiro semestre de 2003, vinte Faculdades de Medicina, com mecanismos de cooperação com as Secretarias Municipais de Saúde, estão sendo apoiadas financeira e tecnicamente para reorganização curricular e desenvolvimento de práticas de ensino inovadoras.

Outra iniciativa institucional importante no campo da formação de recursos humanos foi o *Seminário sobre Incentivos à Mudança na Graduação em Saúde*, realizado em Brasília-DF, nos dias 7 e 8 de maio de 2003, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde pelo Departamento de Gestão da Educação da Saúde, do Ministério da Saúde.[2] Nesse Seminário foi apresentada a proposta da atual administração do Ministério para a área de recursos humanos. Entre os avanços identificados pode-se citar: a inclusão de outras profissões da saúde no Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares; o investimento na estruturação de Núcleos de Desenvolvimento de Recursos Humanos nos municípios; e o favorecimento das iniciativas de integração ensino-serviço, entre outras.

Três alunos(as) apontaram, para o Modelo de Atenção à Saúde Desejável, a necessidade de investimento em recursos humanos mediante a conquista de Planos de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS). Destaca-se a reivindicação de salário compatível "(...) *que permita a dedicação exclusiva e a profissionalização* (...)."

2 Diretrizes e propostas, apresentadas pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, constam no documento Caminhos para a mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde-diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS, Brasília, maio, 2003.

Quadro 2
Número de citações por atributo da categoria Organização dos Serviços.

CATEGORIA	ATRIBUTOS	NÚMERO DE CITAÇÕES
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS (PROCESSO/PRODUÇÃO)	Recursos Humanos	20
	Diagnóstico Local de Saúde (Território)	13
	Instrumentos de Gestão (NOB/NOAS, PPI, PDR, PDI)	09
	Planejamento	09
	Controle, Regulação e Avaliação	06
	Referência e Contra-Referência	05
	Acompanhamento e Avaliação	05
	Comunicação	04
	Atenção Básica Como Porta de Entrada	04
	Infra-Estrutura das Unidades de Saúde	03
	Adscrição	

Fonte: Elaboração a partir dos textos dos(as) alunos(as) produzidos na disciplina Modelo de Atenção e Formulação de Políticas do Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ano 2003.

Outro atributo constante da organização de serviços que merece ser discutido diz respeito à necessidade da organização ser realizada a partir de um diagnóstico local. A diversidade e a heterogeneidade da realidade da população brasileira e dos serviços foram relatadas sob diferentes aspectos na escrita dos (as) alunos(as) para justificar a importância da definição do território, com anterioridade à proposição/apresentação e realização/execução das ações de saúde.

A construção e a implementação do Modelo de Atenção à Saúde Desejável, na visão de um grupo de treze alunos(as), se fundamenta na concepção de que as condições concretas de cada município e cada estado determinarão as escolhas e as prioridades das práticas de saúde tanto junto aos indivíduos quanto às coletividades. Foi consensual que a saúde é uma conquista diária, sendo, ao mesmo tempo, um processo de produção e um produto de cada realidade local. Para os(as) alunos(as), as informações apontadas como relevantes para o Modelo de Atenção à Saúde Desejável não se restringem apenas ao perfil de morbimortalidade das pessoas, como se observa no fragmento do texto do(as) alunos(as):

> *"O conhecimento detalhado das condições de vida e trabalho das pessoas, bem como das formas de organização e atuação dos diferentes órgãos governamentais e não-governamentais, fornece uma visão clara acerca do que é necessário e possível fazer para melhorar a qualidade de vida. (...) Os modelos assistenciais a serem construídos devem ser coerentes com a problemática de cada município e viável, quanto aos aspectos de recursos e capacidades técnica, gerencial e política. (...)"*

Podem ser traçados paralelos entre essas opiniões e os argumentos de Mendes et al (1999, p.166):

> *"Há, pelo menos, duas grandes correntes de pensamentos que apreendem de forma distinta a questão do território. (...) A primeira, toma-o de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e que está completo. Nesta concepção, são os critérios geopolíticos que definirão um território denominado de território-solo (...). A segunda, coerente com o distrito sanitário como processo, vê o território como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social onde se tensionam sujeitos sociais postos na arena política. Uma vez que essas tensões são permanentes o território nunca está acabado, mas, ao contrário, em constante construção e reconstrução (...)."*

Predominou entre os (as) alunos(as) a visão de território-processo, sendo lembrada por estes a necessidade de ajustes constantes frente às sucessivas mudanças que são requeridas, devido ao caráter dinâmico do viver contemporâneo. Pode-se exemplificar a seguir:

> *"Definir território e atuação e responsabilidade sanitária de cada um dos três níveis de governo, bem como no nível local das unidades e/ou equipes de saúde, não como um lugar geográfico-administrativo limitador do acesso universal. Mas, como espaço de referência móvel, construído quotidianamente pelas suas características políticas, culturais e epidemiológicas específicas, apropriado não só pelas unidades e equipes de saúde, mas, também, pelos usuários."*

No contexto atual da organização do SUS no Brasil, muitos instrumentos de gestão estão sendo implementados, entre estes: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); a Programação Pactuada e Integrada (PPI); o Plano Diretor de Investimentos (PDI); a Norma Operacional da Assistência à Saúde (Noas). Tais instrumentos foram abordados por nove alunos(as) como caminhos para explicitação de responsabilidades de cada gestor na organização dos serviços de saúde. Estão freqüentemente associados à descentralização de recursos. E no Modelo de Atenção à Saúde Desejável devem assumir a direção de assistir às maiores carências estruturais e devem ser mais bem acompanhados e avaliados quanto aos resultados para a eqüidade na distribuição de recursos, aumentando a qualidade e o acesso do indivíduo/comunidade.

Predominou a visão de que esses instrumentos têm uma lógica funcional que procura articular os diferentes níveis de governo em questões pertinentes à atenção à saúde,

além de propiciar maior eficiência e eficácia ao planejamento em saúde e clarificar "(...) a visão, missão, valor e competências da gestão." As expressões abaixo refletem essa necessidade:

> *"(...) incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores (Noas 01/01 e 02."*
>
> *"(...) com esse processo os gestores adquirem mais autonomia para gerenciar melhor as ações, serviços e recursos, utilizando os instrumentos de gestão que estão sendo oferecidos, os PDR, PPI, PDI e outros, desencadeando os papéis a serem desempenhados por cada esfera de governo, facilitando os trabalhos, o planejamento (...)".*

A incorporação do planejamento como metodologia de gestão municipal foi considerada fundamental por nove alunos(as) e os fragmentos abaixo ilustram a posição desses:

> *"Acho que, a partir do momento em que pudermos controlar o nosso próprio estoque, teremos condições de parar um pouco de fazer as coisas quase que mecanicamente por emergências, e planejar todo e qualquer tipo de trabalho."*
>
> *"Para operacionalizar a mudança é preciso planejar as ações de acordo com as necessidades da população, considerando critérios epidemiológicos e sociais, conforme as realidades locais, microrregionais e regionais."*

Na concepção dos(as) alunos(as), o planejamento busca alcançar objetivos complexos e deve ser feito de forma participativa, compartilhando diferentes saberes e diferentes ações, uma vez que os recursos são menores do que as necessidades. Foi considerado, também, que o planejamento não é um acontecimento único, com início, meio e fim determinados, concebido, na verdade, enquanto processo contínuo e permanente, que reflete e se adapta às mudanças em todos os ambientes, corrigindo rumos e garantindo a direção para as ações desenvolvidas. Predominou no grupo de alunos(as) a visão estratégica e não a de planejamento normativo.

O texto abaixo reflete o pensamento de um(a) aluno(a) quanto à importância de Sistemas de Controle, Regulação e Avaliação na gestão da saúde. Nesse caso, tais Sistemas podem e devem, cotidianamente, fiscalizar e verificar a qualidade da atenção prestada, entre outras. Toda a rede de serviços e ações próprias, conveniadas e contratadas devem ser reguladas e se incorporar ao Modelo de Atenção à Saúde Desejável.

"(...) no processo de consolidação do SUS, tanto no planejamento, execução, acompanhamento, controle, regulação e avaliação, tenha a participação da sociedade organizada, pois só assim teremos um modelo de atenção que garanta atendimento em todos os níveis de atenção."

O atributo Comunicação foi citado cinco vezes e assumiu os seguintes significados na visão dos(as) alunos(as):

"É condição importante desenvolver uma ação comunicativa, abrindo um amplo diálogo com os representantes desses órgãos, com os representantes dos grupos sociais e com as pessoas de um modo geral, mobilizando-as para um trabalho coletivo. Para colocar essas idéias em prática, é preciso identificar novas maneiras de pensar o processo de trabalho em saúde."

"Dicotomia entre os profissionais dos postos de saúde e os do Hospital Municipal. O sistema de saúde público municipal ter UNIDADE, todos falarem a mesma língua e trabalhar em prol do cliente."

Na visão desses(as), as políticas e práticas de comunicação não podem ser vistas como algo independente da construção de um novo Modelo de Atenção à Saúde. A comunicação possibilita o diálogo entre todos(as) os(as) envolvidos(as) na produção da saúde. Esse papel está apontado nos documentos das Conferências de Saúde, nos quais a comunicação é considerada como fator favorável à transparência dos serviços de saúde e acesso às informações em poder do governo, reconhecendo nos Conselhos espaços privilegiados para o desenvolvimento de estratégias que fortaleçam diálogos com a população.

Identificou-se, também, que, na visão dos(as) participantes, há necessidade de ampliação da capacidade de escuta, visando superar as práticas de comunicação que se encontram reduzidas a estruturas técnicas já montadas (assessoria de imprensa), voltadas, principalmente, para divulgação de ações governamentais na imprensa local e outras. Esse aspecto é visto como necessário e estratégico, uma vez que o atual modelo não tem conseguido responder às demandas e questões colocadas pela mudança do modelo de atenção à saúde — novo e democrático — que considere as diferentes forças sociais participativas na definição dos rumos da saúde no Estado.

"A Organização da atenção à saúde deve incluir ações que incidem não só sobre a doença, mas principalmente ações e serviços que incidem sobre o modo de vida das pessoas e grupos sociais."

Finalizando a discussão sobre Organização dos Serviços, verifica-se, exemplificado pela citação acima, que já se faz presente no repertório do grupo de alunos(as) que as ações e serviços não devem se restringir ao setor saúde. Esse pressuposto e outras estratégias de Promoção da Saúde foram identificados no material analisado.

2.3 Humanização

O grupo de alunos(as) apresentou a humanização ora como uma característica ou atributo da qualidade dos serviços no Modelo de Atenção à Saúde Desejável, ora como uma "nova" forma de produzir saúde. Portanto, não sendo desvinculada do processo de gestão. Assim, considerou-se a humanização como uma categoria distinta, onde a discussão dos significados atribuídos se dará separadamente das categorias qualidade dos serviços e gestão (ver Quadro 3). Segundo Oliveira (2002, p.1), que considera a humanização um dos indicadores para o acompanhamento da concretização dos princípios e diretrizes do SUS:

> *"A proposta de humanizar a assistência da saúde, mais do que um discurso vem do reconhecimento, por parte dos trabalhadores, usuários do sistema de saúde e dos gestores, da necessidade de se produzir mudanças (...). Ao falarmos de humanização, não se trata de um discurso piegas no sentido de fazer caridade, mas sim da necessidade de se construir relações entre sujeitos, o profissional e o usuário, portadores de conhecimentos e experiências diferentes, onde um possa reconhecer no outro a capacidade de expressar, compreender, tomar decisões e agir sobre problemas de saúde."*[3]

Quadro 3
Número de citações por atributo da categoria Humanização.

CATEGORIA	ATRIBUTOS	NÚMERO DE CITAÇÕES
HUMANIZAÇÃO	Humanização	08
	Acolhimento	07
	Compromisso	07
	Vínculo	06
	Responsabilização	03
	Relações Interpessoais	03

Fonte: Elaboração a partir dos textos dos(as) alunos(as) produzidos na disciplina Modelo de Atenção e Formulação de Políticas do Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ano 2003.

3 Grifo no original.

O conflito está posto quando se fala em substituir relações profissional-usuário pautadas na concepção de favor por relações construídas na concepção de direito. Tanto esse conflito quanto as concepções acima são expressos pelo grupo de alunos(as). Acolhimento, compromisso e vínculo foram os atributos mais citados para designar o que os (as) participantes estão caracterizando por humanização. Alguns (umas) citaram ora um, ora dois ou três desses atributos, conforme se verifica nos fragmentos abaixo:

> *"Acolhimento: humanizar as relações entre usuários, trabalhadores, gestores (...). Vínculos: relação de confiança com participação e informação sobre saúde-doença."*
>
> *"Modelo humanizado, resolutivo, integral, com vínculos (...)."*
>
> *"(...) garantia de acolhimento, garantia de estabelecimento de vínculo entre o usuário e as equipes e deles com o serviço e garantia de petição e prestação de contas."*

Franco (1997), em pesquisa sobre a implantação do acolhimento na Secretaria Municipal de Betim-MG, no período de 1996-1997, ressalta a importância de o acolhimento ser visto tanto como processo de trabalho quanto porta de entrada, e apresenta os seguintes princípios para delinear sua concepção de Acolhimento:

> *1. "Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal (...)."*
>
> *2. "Reorganizar o processo de trabalho, de forma que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional — equipe de acolhimento — que se encarrega da escuta do usuário, se comprometendo a resolver seu problema de sáude (...)."*
>
> *3. "Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (...)."*

Esses princípios estiveram presentes na visão de vários (as) alunos(as). Acrescenta-se, aqui, a finalidade da humanização apresentada por um (a) deles (as):

> *"(...) para ser capaz de resolver os problemas dos usuários e transformar em prazer o que muitas vezes tem sido um fardo para os trabalhadores."*

2.4 Qualidade do Serviço

A qualidade do serviço, segundo o número de citações, ocupou o quarto lugar no conjunto das expectativas dos(as) alunos(as) no Modelo de Atenção à Saúde Desejável (ver Quadro 4). Entretanto, alguns (umas) não apresentaram características que possibilitassem identificar qual a dimensão qualitativa que deveria ser verificada nos serviços de saúde. Vuori (1991, p.19) considera que:

> *"(..) qualidade tem muitas facetas e autores diferentes podem empregar significados distintos para este termo. Hoje em dia o termo qualidade geralmente denota um grande espectro de características desejáveis de cuidados."*

Os (as) alunos(as) citaram os seguintes atributos da qualidade: equanimidade; resolutividade; efetividade e eficácia. A característica de ser equânime diz respeito ao modo como os serviços são disponibilizados e distribuídos para a população. As demais se referem ao tipo de resultado produzido ou efeitos das ações de saúde.

Segundo Silva e Formigli (1994, p.82):

> *"Verifica-se freqüentemente uma superposição entre as definições de eficácia, efetividade e eficiência e, mesmo, qualidade, a começar pelo Dicionário Aurélio, que considera os três primeiros como sinônimos (...)."*

A superposição de termos que referem as autoras acima pode ser confirmada na análise dos textos dos (as) alunos(as). Mas não será objeto da discussão aqui aprofundar a distinção conceitual existente entre estes termos.

Quadro 4
Número de citações por atributo da categoria Qualidade do Serviço

CATEGORIA	ATRIBUTOS	NÚMERO DE CITAÇÕES
QUALIDADE DO SERVIÇO	Equanime	07
	Resolutividade	06
	Qualidade	05
	Efetividade	05
	Eficácia	02

Fonte: Elaboração a partir dos textos dos(as) alunos(as) produzidos na disciplina Modelo de Atenção e Formulação de Políticas do Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ano 2003.

2.5 Gestão

O processo de gestão e as características que esta deve assumir no Modelo de Atenção à Saúde Desejável foram mencionadas por nove alunos(as) (ver Quadro 5). Os aspectos mais relevantes na escrita podem ser observados nas citações abaixo selecionadas:

> *"A organização do processo de trabalho não poderá acontecer de forma autoritária (ditada somente pelo governo) ou de acordo com diretrizes de categorias profissionais. Deve ser construída coletivamente, baseada na legislação vigente, nas deliberações das Conferências de Saúde e dos Conselhos de saúde, consolidadas em fluxogramas de funcionamento de serviços, bem como de protocolos de procedimentos, ações e rotinas, pactuados sempre entre os diferentes profissionais de saúde (equipes de trabalho) e os gerentes de serviço, nos chamados Colegiados de Gestão e, se possível, juntamente com os Conselhos Locais (...)."*

> *"Gestão democrática com construção diária e contínua, com a participação popular, dos trabalhadores, prestadores, governos, no planejamento local (...)."*

Algumas ferramentas ou instrumentos de gestão são identificados nas citações e fica evidente ainda que a participação é reivindicada tanto para os profissionais quanto para a população. Emerge nas citações o reconhecimento das Mesas de Negociação como espaço democrático de equacionamento dos conflitos nas relações de trabalho. Ressalta-se, nessa discussão, que o Modelo de Gestão ou a forma como se administra e se organiza um serviço está baseada, entre outras coisas, na concepção de Estado e na vontade política do governante. Constitui-se como pré-requisito da gestão participativa a existência de uma sociedade democrática.

Quadro 5
Número de citações por atributo da categoria Gestão

CATEGORIA	ATRIBUTOS	NÚMERO DE CITAÇÕES
GESTÃO	Gestão Democrática (Colegiada)	05
	Fortalecimento de Ações Políticas, Técnico-Administrativas e Institucionais	03
	Relações Bi/Tripartites	01

Fonte: Elaboração a partir dos textos dos(as) alunos(as) produzidos na Disciplina Modelo de Atenção e Formulação de Políticas do Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ano 2003.

2.6 Financiamento

Ainda que se tratando de um estudo envolvendo gestores(as), pouco destaque foi dado ao financiamento na construção do Modelo de Atenção à Saúde Desejável (ver Quadro 6). Evidencia-se, nessa discussão, que a participação e a visibilidade das ações no setor saúde foram reivindicadas em diversas áreas, mas não foi solicitada para o orçamento.

Quadro 6

Número de citações por atributo da categoria Financiamento

CATEGORIA	ATRIBUTOS	NÚMERO DE CITAÇÕES
FINANCIAMENTO	Aumento do Investimento em Saúde	04
	Aumento Investimento em Rede Básica	01
	Cumprimento Integral EC 29	01

Fonte: Elaboração a partir dos textos dos(as) alunos(as) produzidos na disciplina Modelo de Atenção e Formulação de Políticas do Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, ano 2003.

Outros aspectos emergiram nesse exercício e não configuraram uma categoria com atributos. Nove alunos(as) referiram o Programa Saúde da Família (PSF), ora identificado como Programa, ora como estratégia organizativa que pode favorecer a mudança do Modelo de Atenção. O Programa de Agentes Comunitários (Pacs) foi citado por quatro outros(as) alunos(as) sem maiores comentários.

Foi identificada a utilização de três termos para designar os Modelo de Saúde: Vigilância da Saúde com nove citações; Cidades Saudáveis, com duas citações; Ações Programáticas, com uma citação. Estes três *Modelos Alternativos* em vigência no SUS foram objeto de estudo de Silva Jr. (1998) e podem subsidiar os que queiram se aprofundar nesta discussão.

Por fim, destaca-se o reconhecimento do papel protagonista dos gestores por parte de vários(as) alunos(as). E para exemplificar, pode-se citar:

> *"Como gestor enfatizo que devemos criar espaços de discussão onde habitamos para viabilizar planos de desenvolvimento integrados (interprogramático e intersetoriais) para cuidar deste ambiente, resolver os problemas que sentimos juntos, discuti-los para criar uma dinâmica diferente. (...) Ser o grande articulador para negociar com diversos atores sociais e institucionais nas diversas esferas de organização dos serviços, para criar novas formas de solucionar os problemas. Acreditar nas mudanças e no poder para fazê-las."*

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS: UMA AGENDA FUTURA PARA O SUS

Um olhar analítico sobre o Modelo de Atenção à Saúde Desejável expresso pelos(as) alunos(as) que são profissionais à frente de diferentes municípios e serviços de saúde, possibilitou identificar aspectos que configuram uma agenda futura para o SUS.

Evidenciou-se, nessa análise, que o ideário do SUS permeia o discurso do grupo de alunos(as) e os princípios orientam a construção do Modelo de Atenção à Saúde Desejável. Alguns (umas) sinalizaram que a concretização desses princípios no cotidiano das práticas dos serviços de saúde configura os contornos do Modelo de Atenção à Saúde Desejável. Os princípios de integralidade, universalidade e eqüidade continuam sendo desafios na Agenda do cotidiano dos serviços no que se refere à suas traduções e operacionalizações.

Na visão da maioria dos(as) alunos(as), a dimensão sócio-política do Modelo de Atenção foi explícita. Alguns(umas) destacaram o papel de protagonista que devem assumir enquanto gestores(as) na negociação dos projetos em curso na sociedade brasileira.

Foram identificados entre os(as) alunos(as) os pressupostos das atribuições dos profissionais da saúde, na perspectiva da promoção da saúde: mediação, articulação com os diversos setores da sociedade, atuação junto à comunidade, mediada pela comunicação e educação em saúde, visando a mudança da concepção do processo saúde-doença.

A articulação entre o espaço governamental, não-governamental (sociedade civil e grupos organizados) e privado foi apontada como necessária e um desafio na Agenda do SUS. Para alguns(umas) alunos(as) essa articulação denomina-se intersetorialidade.

Um dos conflitos verificados nas perspectivas dos(as) alunos(as) é o da universalidade *versus* financiamento ou limite de recursos. Questiona-se como compatibilizar tantos desejos sem apontar ou sinalizar iniciativas que garantam orçamento e sustentabilidade. Este conflito já foi sinalizado por Mendes (1996):

> *"(...) a inspiração político-ideológica da reforma sanitária brasileira, à semelhança da experiência internacional, tendeu a sobrevalorizar os princípios e a descuidar da economicidade e da qualidade do sistema. Mesmo porque, como advertia Adler, é mais fácil defender os princípios que aplicá-los."*

A regulação pode ter sido citada como reflexo do contexto atual – Noas/02 – inserida nas agendas dos (as) gestores (as) do SUS.

Para os(as) alunos(as) foi consensual que a área de recursos humanos não acompanhou

os avanços ocorridos no SUS. Uma das mais visíveis transformações tem sido a busca por profissionais não só mais qualificados, como requalificados, atuando em planejamento de mudanças e mobilização de pessoas para tais, na obtenção de energias e compromisso das mesmas. Não se pode exigir mudanças e evolução sem a compreensão prévia e ampla dos fatos. Vale lembrar que cada vez é necessário fazer mais com menos (MANDELLI, 2001).

Muitas idéias ou valores apresentados pelos(as) alunos(as) refletem ou são citações de artigos de periódicos de Saúde Pública ou de documentos institucionais de diferentes órgãos — Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Saúde, entre outros, alguns desses tendo sido discutidos em sala de aula. Pode-se questionar se a manifestação na escrita por parte dos(as) alunos(as) se deu de maneira acrítica, significando simplesmente a reprodução de conteúdos ou se já significa a expressão mediada pela crítica e reflexão.

Ao analisar os atributos ou aspectos mais citados nas categorias humanização e organização dos serviços, é possível identificar que a busca do Modelo de Atenção à Saúde Desejável, na visão do grupo de alunos(as), se faz através de investimento tanto nas pessoas quanto nas estruturas, instrumentos de trabalho destas e políticas que interferem no funcionamento dos sistemas e serviços. Está evidenciado, assim, que o conteúdo da agenda dos atores que visam a transformação é constituído por dimensões tanto da micro quanto da macroestrutura. Ratificando uma visão já apresentada por Campos (1994, p.30):

> *"(...) Qualquer projeto mudancista que aspire ao sucesso deveria tentar, ao mesmo tempo, tanto a mudanças das pessoas, dos seus valores, da sua cultura ou ideologia, quanto providenciar alterações no funcionamento das instituições sociais. Dizendo de outra maneira, temos que mexer simultaneamente com as pessoas, as estruturas e com as relações entre elas. Isso parece-nos óbvio, mas freqüentemente nos esquecemos desta antiga evidência, assumindo desvios unilaterais."*

REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. R.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M. G. ***Manual de planejamento.*** *Belo Horizonte. Escola de Medicina de Minas Gerais e Escola de Saúde de Minas Gerais, 1988.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema único de saúde. **Instrumentos de gestão em saúde**. Brasília, DF, 2002. p. 48.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas, o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CARVALHO, A. et al. (Org.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 507-515, abr./jun. 2002.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-78, jul./set. 1997.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa ampliada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FRANCO, T. B. **Acolhimento, diretriz do modelo técnico-assistencial em defesa da vida**. Relatório final de pesquisa**.** Betim: Secretaria Municipal de Saúde de Betim/LAPA, 1997.

GUIMARÃES, P. W. Uma FelizCidade para todos. In**: Programa FelizCidade**. Goiânia: Prefeitura Municipal, 2001. p. 1-24.

KALIL, M. E. X.; FEUERWERKER, L**.** Modelos de atenção em saúde: do que estamos falando? **Olho Mágico**, Londrina, v. 9, n. 1, p. 73-79, jan./abr. 2002.

MANDELLI, P. **Muito além da hierarquia:** revolucione sua performance como gestor de pessoas. São Paulo: Ed. Gente, 2001.

MEHRY, E. E. et al. Por um modelo técnico assistencial da política da saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 83-89, 1991.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MENDES, E. V. et al. Distritos sanitários: conceitos-chaves. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. São Paulo: HUCITEC ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

O QUE é comunicação ? Disponível em: < http://www.attender.com.br/dicas/comum-oque.htm >. Acesso em: 22 maio 2003.

OLIVEIRA, R. C. **A humanização da assistência à saúde no SUS**. Goiânia: Secretaria Municipal de Saúde, 2002. Mimeografado.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUARYOL, M. Z. **Epidemiologia & saúde.** 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 455-466.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos:** estratégias metodológicas para as ciências da saúde humanas sociais. 2 ed. São Paulo: EDUSP, 1999.

REIS, A. T. **Apontamentos para uma apreciação de modelos tecno-assistenciais em saúde**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde. 1999.

SILVA Jr, A. G. **Modelos tecno-assistenciais em saúde:** o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBÔAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, ano 7, n. 2, p. 7-27, abr./jun. 1998.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Cad. Ciência e Tecnologia** v. 1, n. 3, p. 17-25, 1991.

WESTPHAL, M. F. O movimento cidade, municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência & Saúde**, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

WESTPHAL, M. F. ; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, 2000.

CAPÍTULO 5
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS: PERFIL DOS(AS) ALUNOS(AS)

Autores: *Graça Maria Bezerra Sobreira**

"Seja o que for que você possa fazer ou sonhe fazer, comece.

A ousadia envolve talento, poder e magia".

Autor desconhecido

INTRODUÇÃO

A tarefa de fazer cumprir a Constituição Federal Brasileira quanto aos princípios e diretrizes para implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) requer dos profissionais de saúde envolvidos no preparo técnico e gerencial que dêem conta de resolver impasses gerados anteriormente por um modelo que, por si só, desmoronou. Para tal são necessárias mudanças — verdadeiros desafios — de inversão com nova modelagem e abordagem do processo saúde-doença. A mudança deve enfatizar intervenções de caráter coletivo, voltadas para a prevenção e promoção da saúde e a garantia da atenção integral à saúde do cidadão.

Assim, ao lado da mudança da concepção e das práticas, outros fatores estão envolvidos no processo de implementação do SUS. Não menos complexos, tais fatores são referentes à formação profissional de recursos humanos em áreas específicas de modo a atender as necessidades da nova demanda do setor saúde. Além de profundas, tais mudanças são rápidas e apresentadas em situações cotidianas, em geral desafiadoras. Nessa perspectiva, a capacitação de profissionais para o SUS, tanto para nível técnico quanto para o gerencial, tem que ocorrer com a mesma velocidade da urgência necessária para

* Enfermeira do Trabalho e técnica da Superintendência de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde (SPLAN/SES/GO).

atender demandas dos serviços de saúde em relação à consolidação do SUS, diminuindo ainda a defasagem no processo formador dos profissionais que atuam no sistema.

Na Constituição Federal de 1988, o inciso III do Art. 3, regulamentado pela Lei nº 8.080/90, Título IV, *Dos Recursos Humanos* e Art. 27, I, preconiza que a política de recursos humanos para o setor saúde deverá ser implantada de forma articulada pelas diferentes instâncias governamentais, inclusive com a organização do ensino em níveis de pós-graduação. Tal pressuposto constitucional sinaliza que a implementação do novo sistema de saúde não estava restrita ao próprio setor ao envolver o segmento acadêmico e de formação para a consolidação da implantação.

Em contextos de complexidade e desafios constantes de construção do SUS, desenvolve-se a experiência do curso de Especialização em Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde, realizado no estado de Goiás. O curso resulta de parceria efetiva entre a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO); o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems); a Universidade Federal de Goiás (UFG); o Instituto de Patologia e Saúde Pública da UFG (IPTSP); o Ministério da Saúde (MS); e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (Opas/OMS).

As características do perfil dos(as) alunos(as) do primeiro curso, apresentadas neste capítulo, ilustram a variedade de formação dos egressos, em alguns casos diferentes das tradicionais na saúde. Os dados obtidos junto aos(às) alunos(as) quanto às características pessoais, exercício profissional e inserção no curso são apresentados com vistas a qualificar todo o conjunto de exercícios e resultados das atividades realizadas na disciplina *Modelo de Atenção e Formulação de Políticas* constantes desta publicação da Série Técnica da Opas/OMS.[1]

Para compor o capítulo, foram incluídas informações sobre o curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás para caracterizar a inserção desta nova modalidade da capacitação nas prioridades do SUS. Em seguida apresentamos algumas características demográficas e populacionais do estado de Goiás, assim como da política de regionalização e de formação de recursos humanos de modo a destacar a relevância do curso nas prioridades estaduais.

Esse perfil variado parece refletir, em certa medida, se não uma mudança importante,

1 A autora agradece as colaborações inestimáveis de Dorival R. Sobreira e as orientações de Ana Lúcia G. Reis, Carlos Henrique O. Furtado e Ivani Penques para a realização e conclusão deste Capítulo. E aproveita a oportunidade para registrar seu agradecimento à Coordenação do Curso e Coordenação de Recursos Humanos da SES/GO e especialmente agradecer a disponibilidade dos Colegas do Cursos em prestar as informações que compõem o perfil dos alunos(as) do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, ano 2003.

pelo menos uma tendência à interdisciplinaridade no SUS. Esse fenômeno traz possibilidades de complementação e intercâmbio entre campos profissionais, fator que, potencialmente, contribui para a abordagem mais integral na saúde. Em outra perspectiva, mostra a tendência de incorporação de segmentos profissionais mais variados, para além das Ciências da Saúde. Embora recentes, tais mudanças sinalizam que a pluralidade de formação, frente à complexidade das questões de gestão pode contribuir muito para a ampliação do escopo de desenho de soluções aos problemas e novos desafios setoriais.

Nossa vivência no curso nos leva a considerar que tal iniciativa apóia, de forma sobeja, a concretização dos objetivos expressos tanto na Carta Magna quanto na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, principalmente, no tocante à capacitação de recursos humanos. Assim, capacitando equipes gestoras estaduais e municipais, contribui fortemente para o melhor desempenho das atribuições dos respectivos órgãos do Sistema no alcance do objetivo mais fundamental do SUS: a prestação da atenção integral à saúde ao usuário cada vez mais qualificada e planejada de acordo com as necessidades.

1. O CURSO EM GOIÁS: CONCEPÇÃO E HISTÓRICO

O curso de Especialização em Gestão do Sistema de Serviços de Saúde foi realizado em Goiás e no Brasil pela primeira vez. Trata-se de Projeto Nacional instituído pelo Ministério da Saúde com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Conselho de Secretários de Saúde (Conass), e Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). No estado de Goiás, o curso foi implementado observando-se o escopo do termo de referência nacional, pela Secretaria de Estado da Saúde, pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde e pela Universidade Federal de Goiás. Os conteúdos do curso foram organizados em referência às prioridades do Sistema Estadual, tendo como um dos pilares a regionalização do sistema de saúde.

1.1 Objetivos

A iniciativa do curso tem como objetivo desenvolver a especialização de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde oriundas de Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde, de modo a otimizar as capacidades de administrar, gerir e dirigir as respectivas atividades no âmbito do SUS. Na distribuição das vagas oferecidas nas três turmas do curso, foi destinado o maior número para os municípios

para atender demandas de capacitação de serviços de saúde desse nível de gestão com vistas à melhoria do desempenho das responsabilidades e da qualidade de atendimento à população, dentro das premissas do Sistema Único de Saúde.

A maior destinação de vagas no curso para os municípios vinha atender o acordado na Comissão Intergestores Bipartite de Goiás (CIB) quanto ao desenvolvimento do Sistema Estadual de Saúde. A SES/GO tem, nesse sentido, se organizado para coordenar o funcionamento de rede hierarquizada de assistência, onde o ponto de apoio gerencial seja a própria Secretaria. Para tanto, deve desenvolver suas capacidades e competências técnicas. Os municípios, por sua vez, consolidam a base do Sistema desenvolvendo ações de saúde junto à comunidade, estimulando o controle social, e realizando articulações intermunicipais. Tais propostas previam a intensificação de processos de aperfeiçoamento de recursos humanos em todos os níveis, e o curso vem atender parte dessa demanda.

1.2 Divulgação

A divulgação do curso foi feita nos meios de comunicação oficial em toda a SES, inclusive nas Regionais de Saúde e junto aos Municípios. Nessa etapa, foi especificado o quantitativo de vagas para cada esfera, cabendo a estas a indicação dos candidatos à seleção de modo a garantir o apoio necessário à efetiva participação no curso.

1.3 Seleção

O processo seletivo dos candidatos apresentados pela SES/GO e pelos municípios foi efetuado a partir de critérios estabelecidos no Projeto Estadual do curso, entre os quais constaram: comprovação do nível superior; análise curricular; comprovação de estar atuando em gestão estadual, regional ou municipal; entrevista; documento de autorização da chefia com permissão de ausentar-se para participar do curso; compromisso assumido de aplicar os conhecimentos adquiridos na especialização nas atividades da Secretaria de Saúde correspondente.

1.4 Estrutura

O Curso ofereceu 75 (setenta e cinco) vagas, distribuídas em 3 (três) turmas, com 25 (vinte e cinco) alunos(as) cada. As inscrições, seleção e entrevistas foram realizadas de 8 a 16 de julho. Dois terços (2/3) das vagas foram oferecidas para as Secretarias Municipais de Saúde e um terço (1/3) para a Secretaria Estadual da Saúde (Jornal Saúde em Pauta, ano II, edição nº 79).

Foram contemplados além do município de Goiânia, 33 (trinta e três) municípios com população acima de 20 mil habitantes, habilitados na gestão plena da atenção básica. Nem todos os municípios convidados tiveram representantes no curso, em função do não preenchimento do pré-requisito de formação (nível superior). Estas vagas não preenchidas foram remanejadas para técnicos interessados ou indicados de municípios, estado e universidade. Dos 75 (setenta e cinco) alunos(as) matriculados(as), 4 (quatro) não concluíram o curso.

A carga horária do curso prevista no Projeto Estadual foi de 500 horas/aula, distribuídas em 360 horas/aula destinadas às atividades presenciais e 140 horas/aula destinadas à realização de trabalhos de campo, para a monografia final. Os conteúdos do curso foram organizados em três áreas temáticas fundamentais:

- Contexto e Quadro Conceitual da Saúde;
- Gestão de Sistema e Serviços de Saúde;
- Ferramentas Gerenciais.

As aulas do curso tiveram início em 19 de agosto de 2002, no Centro Formador de Recursos Humanos (Cenforh) e duração de um ano. Das três turmas fizeram parte técnicos das Secretarias Municipais de Saúde e de Estado da Saúde, além de profissionais da UFG, que atuam na área da gestão de sistemas ou gerência de serviços de saúde. Para os alunos(as) da SES/GO, as aulas ocorreram em uma semana a cada mês, em regime de oito horas/dia; e para as demais turmas os momentos presenciais ocorreram nos fins de semana também, em período integral.

A metodologia adotada foi o enfoque de aperfeiçoamento por solução de problemas. Buscou-se desenvolver um processo de qualificação baseado na problematização de situações vivenciadas nos níveis Central, Regional e Municipal e voltado para a prática e troca de experiências. As atividades didáticas compreenderam aulas expositivas, debates, auto-estudo, leituras complementares e execução de trabalhos práticos com embasamento teórico e metodológico, com supervisão da comissão coordenadora do Curso.

2 ESTADO E MUNICÍPIOS DE GOIÁS: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E POPULACIONAIS

O estado de Goiás está localizado no Planalto Central do Brasil, ocupando uma área de 341.289,5 Km², o que representa 3,99% da área do país. Faz divisa, ao Norte, com o estado do Tocantins, a Oeste com os Estados do Mato Grosso e Mato Grosso do Sul e a Leste com os Estados da Bahia e Minas Gerais. Tem clima tropical, com temperaturas médias anuais variando entre 18° e 30°C e umidade relativa do ar com média anual em torno de 43%. Possui atualmente 246 municípios (GOIÁS, 2002).

A capital do estado, Goiânia, fica localizada a aproximadamente 200Km da capital federal, Brasília. Situa-se a 800 metros acima do nível do mar, com extensão de 741Km². É uma cidade planejada e foi inaugurada em 24 de outubro de 1933. Em 2003, contava com uma população de 1.111.622 habitantes e taxa de crescimento anual de 1,6%. O município apresentou, na última década, um dos maiores índices de crescimento populacional do país e é predominantemente urbano. Segundo o Censo Demográfico 2000 do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o estado possui 5.116.462 habitantes e apresenta densidade demográfica de 14,99 hab/km² (GOIÁS, 2002).

O estado de Goiás tem como determinantes para a saúde e a doença da sua população vários fatores. Dentre eles, o crescimento populacional predominantemente urbano e em algumas regiões de forma desordenada, sofrendo grandes influências de pólos importantes, com peculiaridades sócio-econômicas e políticas diferenciadas dos demais estados brasileiros, como é o caso dos municípios que fazem parte do Entorno do Distrito Federal (GOIÁS, 2002).

A Taxa de Mortalidade Geral do estado tem permanecido em torno de 4,72 óbitos por 1.000 habitantes. Na causalidade das mortes por grupos de doenças, destaca-se o grupo das Doenças do Aparelho Circulatório, que se apresentam como primeiro grupo de causas de mortalidade geral do estado, com 27,57% dos casos registrados em 2000. O segundo grupo é constituído pelas causas externas, com 14,73% dos óbitos do estado, sendo 36% por acidentes de trânsito, e com uma distribuição significativa em todas as faixas etárias, entre 15 e 69 anos. O terceiro grupo é formado pelas neoplasias, representando 11,76% do total de óbitos (GOIÁS, 2002).

2.1 Regionalização

O Plano Diretor de Regionalização prevê a divisão do estado em 15 regiões, 36 microrregiões e 59 módulos assistenciais. Um total de 187 municípios que alcançam apenas a gestão da atenção básica será enquadrado como municípios satélites. Cada

uma das 14 Regiões de Saúde terá condições de realizar procedimentos como a cesárea, ter unidades de cuidados intermediários neonatais e, ainda, leitos de UTI, hemodiálise e referência em saúde mental (GOIÁS, 2002).

A extensão das 15 Regiões de Saúde vai ser dividida em 36 microrregiões. Essas localidades devem oferecer, no mínimo, o atendimento de urgências clínicas e traumáticas e de pré-natal de alto risco. As 36 microrregiões, por sua vez, serão divididas em 59 módulos assistenciais que, na prática, são agrupamentos de municípios. Esses módulos devem resolver pelo menos as ações consideradas de média complexidade, como atividades nas áreas de radiologia simples, ultra-sonografia, ginecologia e obstetrícia e, ainda, exames de laboratório, com leitos hospitalares nas áreas básicas de clínica geral, pediatria e obstetrícia para parto normal (GOIÁS, 2002).

2.2 Política de Recursos Humanos da SES/GO

O Departamento de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde desenvolve suas atividades considerando as políticas de saúde do SUS, cuja importância no gerenciamento dos sistemas é de grande relevância. Para isto elaborou-se o Projeto de Otimização do Departamento de Recursos Humanos propondo um novo papel de gestão, redimensionando e implementando suas áreas de atuação, de tal forma que promova o fortalecimento do processo de descentralização das ações de saúde. Suas atividades incluem planejamento, adequação, serviço de atenção psicossocial, avaliação e desempenho, capacitação e formação (GOIÁS, 2002).

Plano Operativo da Área de Recursos Humanos

Inclui as seguintes atividades e áreas: assessoramento e consultoria técnica na área de RH; normatização e padronização dos procedimentos e ações; promoção de processos de capacitação e implantação de rotinas, fluxos e formulários padronizados; organização do processo de disposição dos funcionários estaduais; adequação do atual PCCS da SES/GO; redimensionamento do quadro de RH da SES/GO; definição dos perfis gerenciais; e elaboração do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da SES/GO (GOIÁS, 2002).

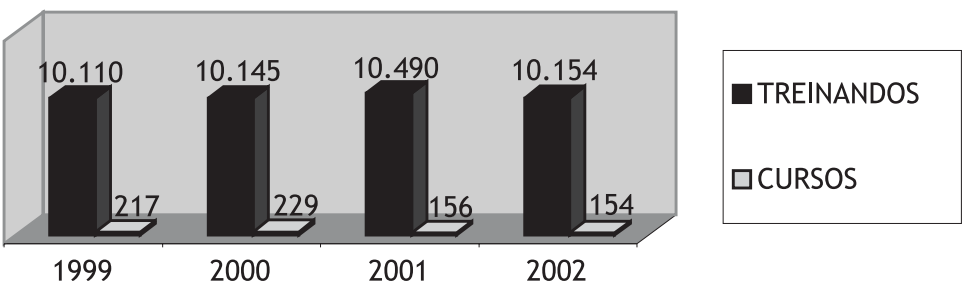
Centro Formador de Recursos Humanos da SES/GO — CENFORH

O Centro Formador de Recursos Humanos da SES/GO coordena os cursos, treinamentos, aperfeiçoamento e atualizações, promovidos pelos diversos setores da Secretaria de

Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Universidades e Ministério do Trabalho, objetivando a capacitação e qualificação do corpo de funcionários. Nestes últimos 4 anos de governo, o Centro Formador capacitou mais de 40.000 servidores em diversas áreas da saúde (GOIÁS, 2002).

Figura 1

Número de treinamentos no Cenforh no período de 1999 a 2002



Fonte: Relatório de Gestão da SES/GO, período de 1999-2002.

PROFAE

Frente à carência da definição de uma política de recursos humanos para o nível médio em saúde, criou-se após várias e exaustivas negociações, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), como instrumento de formação e qualificação nas categorias de auxiliares e técnicos de enfermagem, representando uma conquista de novos padrões na melhoria e na regulamentação da atividade. O Profae está sendo desenvolvido em todo o território nacional. Em Goiás formou 1.651 alunos(as) em 2002 e em maio de 2003 formará mais 1.418. É relevante ressaltar que essa formação acontece de forma descentralizada, atendendo, assim, o déficit de profissionais formados nos municípios do interior do estado, através da metodologia ensino/serviço (GOIÁS, 2002).

Em relação ao processo de modernização das Escolas Técnicas do SUS, foram elaborados os seguintes projetos: fortalecimento do sistema de avaliação dos cursos descentralizados; reestruturação e modernização da biblioteca do estado de Goiás; implantação do sistema de informação e informatização da Secretaria Escolar (GOIÁS, 2002).

Em parceria com o Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Universidades Públicas Federais e Estaduais de todo o Brasil, está sendo ministrado o Curso de Capacitação de Docentes de Educação Profissional, na Faculdade de Enfermagem da UFG, como pós-graduação. Sua clientela é constituída por enfermeiros que exercem atividades didáticas no Profae, docentes e supervisores de prática (GOIÁS, 2002).

Capacitação de Conselheiros

O Projeto de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde foi idealizado pelo Ministério da Saúde com o intuito de fortalecer os mecanismos de controle social do Sistema Único de Saúde. Instituiu-se o Núcleo Estadual de Capacitação de Conselheiros de Saúde sob a coordenação da Diretoria de Recursos Humanos (DRH) e do Instituto de Patologia Tropical de Saúde Pública (IPTESP). A meta é capacitar mais de 50% dos conselheiros do estado, cerca de 2.450 pessoas (GOIÁS, 2002).

Capacitação de Gestores

Com parcerias entre a Universidade de São Paulo, Universidade Federal de Goiás e Universidade Católica de Goiás, o DRH, juntamente com a coordenação de Pós-Graduação da SES/GO, realizou cursos objetivando a formação de quadros dirigentes do Sistema de Saúde de Goiás, otimizando a capacidade gerencial no estado e municípios. Os cursos oferecidos são: Especialização em Saúde Pública, para 55 profissionais; Administração Hospitalar, para 59 profissionais; Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, para 75 profissionais (GOIÁS, 2002).

PROFORMAR

O Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde (Proformar), que está sendo implantado e estruturado pela Fundação Nacional de Saúde, em parceria com o DRH, tem como objetivo formar profissionais envolvidos com operações de campo das Secretarias de Estado de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Fundação Nacional de Saúde, com vistas a mudanças do perfil e do processo de trabalho, ampliando a sua área de atuação (GOIÁS, 2002).

A meta desse Programa em Goiás é capacitar 4.044 pessoas, distribuídas em núcleos de apoio à docência (NADs), situados em 15 macrorregiões, já devidamente estruturadas com recursos humanos (equipes formadas por coordenadores geral, técnico-pedagógico,

regionais e estaduais, tutores, secretária executiva, apoio administrativo, gestores acadêmicos e especialistas) e recursos materiais (livros didáticos e manual, vídeos, máquinas fotográficas e equipamentos de informática).

Cursos Transmitidos Via Satélite

Com o apoio do MS foi assinado um contrato entre a SES/GO e a empresa Conexão Médica, de São Paulo, especializada em produzir cursos e seminários com transmissão via satélite. Além de cursos e seminários em diversas áreas, a SES poderá utilizar esta tecnologia para gravar e transmitir comunicados diversos. Para isso, serão selecionados pontos na capital, nas regionais e em municípios do estado para transmissão da comunicação com a central do sistema instalada no Cenforh. O sistema para recepção é composto de antena parabólica e cabeamento até o computador receptor, compatível com a configuração necessária a partir de *software* para controle e exibição das atividades (GOIÁS, 2002).

Centro Educacional Profissional de Saúde de Goiás — CEP-SAÚDE

No que diz respeito ao Fortalecimento Institucional das instâncias formadoras e reguladoras de recursos humanos, foi criado, pelo Decreto Nº 5.647/02, o Centro de Educação Profissional de Saúde do Estado de Goiás (CEP-Saúde), que integrará a Rede de Escolas Técnicas do SUS e a Rede Estadual de Educação Profissional. O CEP tem como missão promover, com qualidade, a educação profissional na área da saúde, nos níveis básico e técnico, e assim possibilitar a melhoria da qualidade de vida da população (GOIÁS, 2002).

O CEP-Saúde visa ser escola de referência estadual na formação em saúde, aberta à comunidade, dinâmica e com autonomia administrativa e financeira. Pela proposta pedagógica, o CEP-Saúde pode proporcionar contribuição significativa aos processos educativos, principalmente porque tem em vista a contextualização político-social e técnico-pedagógico das ações em saúde (GOIÁS, 2002).

3 – ALUNOS(AS) DA ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE: METODOLOGIA PARA CONHECER O PERFIL

Para o levantamento de dados do perfil junto aos(às) alunos(as) foi aplicado um questionário (ver Anexo E) constituído de uma série ordenada de perguntas abertas, que foram respondidas por todos(as) os(as) alunos(as). Foi também utilizada a pesquisa em documentos da Coordenação do Curso que continham informações sobre os(as) alunos(as). É digno de notar que existem vários documentos organizados e sob a guarda da Coordenação de Recursos Humanos da Superintendência de Planejamento da SES/GO (lista constante das referências bibliográficas), além das informações constantes nos arquivos institucionais da Universidade de Goiás. A esse acervo juntamos o material preenchido pelos(as) alunos(as) para compor o perfil aqui apresentado.

Os questionários foram distribuídos aos(às) alunos(as) em momento, no nosso entendimento, bastante propício: a apresentação do Projeto das Monografias no Auditório do Cenforh, no dia 22 de março de 2003. Essa situação nos pareceu ideal em vista de que no local estavam presentes as três turmas do curso, quando tivemos oportunidade de explicar a todos(as) a que se destinava a elaboração do perfil que integraria uma publicação.[2]

Após a coleta dos dados solicitados, foi possível realizar o confronto destes com as outras fontes. Para permitir a melhor análise dos resultados, os dados foram tabulados e organizados em quadros e figuras aqui apresentados. Foi utilizada a abordagem quantitativa, com suporte qualitativo, visando a valorização dos dados subjetivos e objetivos.

Vale ressaltar dois apectos presentes no perfil profissional dos(as) alunos(as). Primeiramente, todos são profissionais que desenvolvem, no momento, funções administrativas e/ou de gestão, na maioria dos casos distantes das atividades tradicionais das respectivas graduações. Em segundo lugar, a variedade da formação básica dos alunos(as) inclusive de outros setores, os quais, supostamente com olhar *externo* aos problemas da saúde, podem ver sob novas perspectivas o que para os demais é cotidiano. Em uma visão idealista da junção dos dois perfis de profissionais nas atividades do curso, poderão surgir idéias novas que tragam soluções para antigos dilemas.

2 Na conclusão da disciplina de Modelo de Atenção e Formulação de Políticas, os professores Luisa Guimarães e Eduardo Guerrero apresentaram a todos os(as) alunos(as) e à Coordenação do curso a possibilidade de conformação de um grupo de alunos(as) para preparar o material produzido nas atividades e exercícios da Disciplina, de modo a tornar-se uma publicação da Opas/OMS. Os(as) alunos(as) apoiaram a idéia, e em seguida, conformou-se um grupo de cinco que assinam os capítulos e duas professoras do curso. O conteúdo do presente volume foi apresentado aos(às) alunos(as) e à Coordenação do Curso em pré-lançamento, no dia 23 de maio de 2003, no Cenforh, com a participação da Opas/OMS e da professora Luisa Guimarães.

Para facilitar o conhecimento do perfil dos(as) alunos(as) do curso em Goiás, selecionamos alguns aspectos mais relevantes entre os disponíveis. Acreditamos, ainda, que a conformação desse perfil poderá facilitar a compreensão dos capítulos anteriores e, em uma perspectiva mais ampla, a análise pode propiciar base para outras iniciativas de capacitação.

4 - PERFIL DOS(AS) ALUNOS(AS)

A forma mais adequada que encontramos de expor as informações foi a utilização de figuras e quadros que agregam os dados coletados. Tais demonstrativos foram agrupados de forma a se destacar: 1) as características pessoais; 2) as características profissionais; 3) as características do exercício profissional; e 4) a forma de inserção no curso. No primeiro grupamento procuramos destacar o sexo, a faixa etária e o local de residência dos(as) alunos(as). No grupamento segundo, o nível de formação e a respectiva graduação; o tempo de formação; o tempo de serviço; a lotação atual; e a função. No terceiro grupo mostramos, basicamente, o tipo de vínculo trabalhista; e, no quarto e último grupamento mostramos a forma como os(as) alunos(as) se inseriram no curso.

4.1 Características pessoais

Para compor o perfil das características pessoais, foram selecionados aspectos referentes à faixa etária, o sexo e o local de residência dos(as) alunos(as) do curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Das informações obtidas, observa-se que a faixa etária predominante no curso (87% dos(as) alunos(as)) está situada entre 31 e 50 anos de idade (ver Tabela 1 e Figura 2). Esses dados, confrontados ao tempo de formação profissional dos alunos(as), indicam que o grupo já possui experiência profissional acumulada (Tabela 5).

Tabela 1

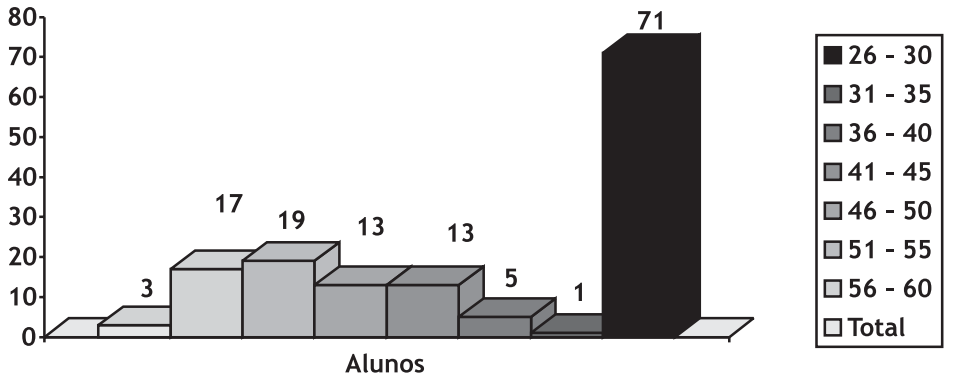
Distribuição por faixa etária dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

Faixa etária	alunos(as)	Percentual
26 – 30	3	4,2
31 – 35	17	24,0
36 – 40	19	26,8
41 – 45	13	18,3
46 – 50	13	18,3
51 – 55	5	7,0
56 – 60	1	1,4
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 2

Distribuição por faixa etária dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Quanto ao sexo, observa-se que a expressiva maioria dos(as) alunos(as) são do sexo feminino (73,2%), conforme consta na Tabela 2 e Figura 3. Mais de 2/3 (73,2%) do grupo de alunos(as) é composto por mulheres, confirmando a tendência de que na área de saúde a maioria dos profissionais é do sexo feminino.

Tabela 2

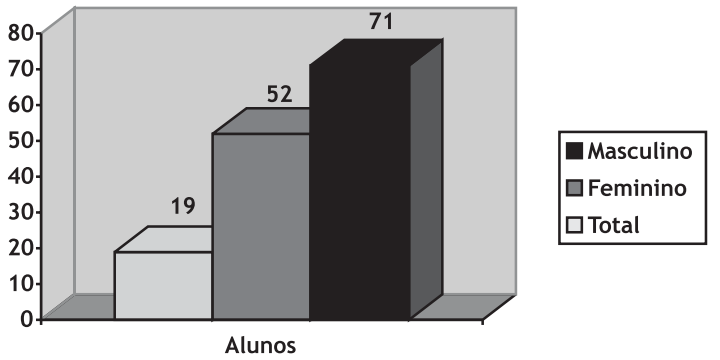
Distribuição por sexo dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

Faixa etária	alunos(as)	Percentual
Feminino	52	73,2
Masculino	19	26,8
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 3

Distribuição por sexo dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

No aspecto da residência dos(as) alunos(as) do curso observa-se que a maioria (57,7%) mora em Goiânia, coincidindo com os dados referentes ao local de trabalho e evidenciando que os profissionais residem no município onde exercem suas atividades laborais (ver Tabela 3 e Figura 4).

Tabela 3

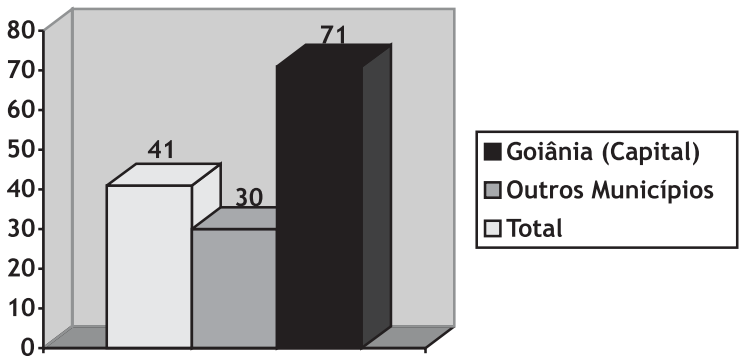
Distribuição por local de residência dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

Local de residência	alunos(as)	Percentual
Goiânia (Capital)	41	57,7
Outros Municípios	30	42,3
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 4

Distribuição por local de residência dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

4.2 Características profissionais

As características profissionais pesquisadas juntos aos(às) alunos(as) referem-se ao nível de escolaridade, ao tempo de formação e ao tempo de serviço. De acordo com as informações levantadas e mostradas na Tabela 4 e Figura 5, todos(as) os(as) alunos(as) possuem graduação superior, o que era esperado considerando-se o nível curso. Entretanto, 23,9% já possuem algum curso de especialização e um(a) aluno(a) está cursando o mestrado.

Tabela 4

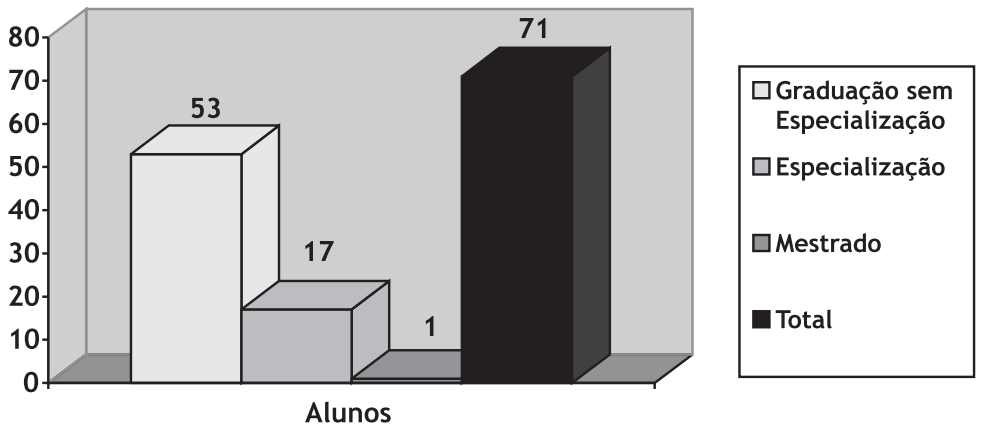
Distribuição por nível de escolaridade dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

Titulação	alunos(as)	Percentual
Graduação sem especialização	53	74,7
Graduação com Especialização	17	23,9
Graduação com Mestrado	1	1,4
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 5

Distribuição por nível de escolaridade dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Na Tabela 5 e na Figura 6, pode-se observar que a maioria dos(as) alunos(as) têm entre 11 e 26 anos de formados, correspondendo a 57,8% do total. Esse fator complementa a informação anterior da formação, ao demonstrar que a maioria dos(as) alunos(as) possui experiência acumulada no exercício profissional. É relevante, contudo, notar-se a significativa participação dos formados na faixa de 5-10 anos (29,6%), o que sugere, ao mesmo tempo, que está em andamento um processo de renovação do quadro de profissionais da saúde em Goiás.

Tabela 5

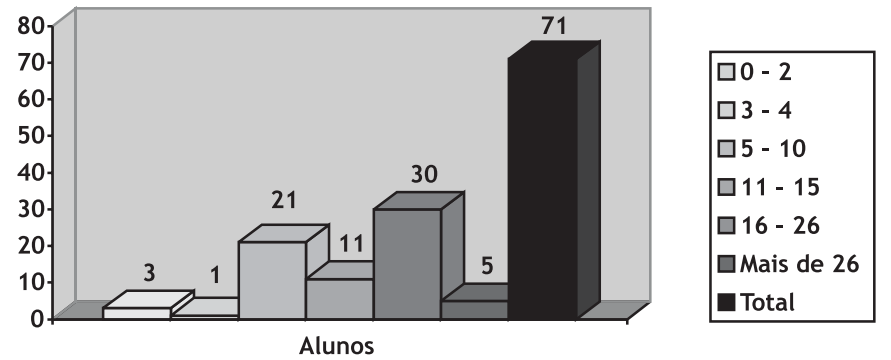
Distribuição por tempo de formação profissional dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

Anos de formação	alunos(as)	Percentual
0 – 2	3	4,2
3 – 4	1	1,4
5 – 10	21	29,6
11 – 15	11	15,6
16 – 26	30	42,2
Mais de 26	5	7,0
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 6

Distribuição por tempo de formação profissional dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Os dados mostrados na Tabela 6 e na Figura 7, quanto ao tempo de serviço, demonstram que predominam (46,5%) alunos(as) situados na faixa de 2 a 10 anos no exercício profissional. Esse valor, se acrescido do referente àqueles situados na faixa de 11 a 20 anos corresponde a 81,7% do total, evidenciando substantiva maturidade profissional do grupo.

Tabela 6

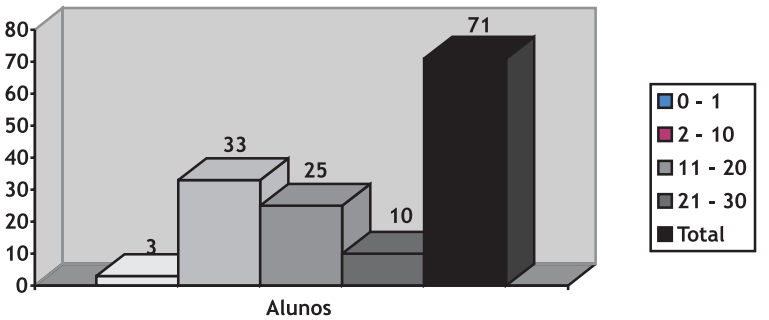
Distribuição por tempo de serviços dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

Anos de serviço	alunos(as)	Percentual
0 – 1	3	4,2
2 – 10	33	46,5
11 – 20	25	35,2
21 – 30	10	14,1
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 7

Distribuição por tempo de serviços dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

4.3 - Características do exercício profissional

As informações sobre o exercício profissional dos(as) alunos(as) estão integradas pelas seguintes características: tipo de vínculo; a função que está exercendo; a área de formação; e o local de trabalho. Constata-se na Tabela 7 e Figura 8 que a maioria dos(as) alunos(as) do Curso é estatutária, correspondendo a 63,4% do total. Contudo, considerável percentual (36,6%) exerce cargos comissionados, mostrando a existência de diferentes modalidades de inserção no SUS, o que pode configurar situações não isonômicas para acesso às políticas de recursos humanos.

Tabela 7

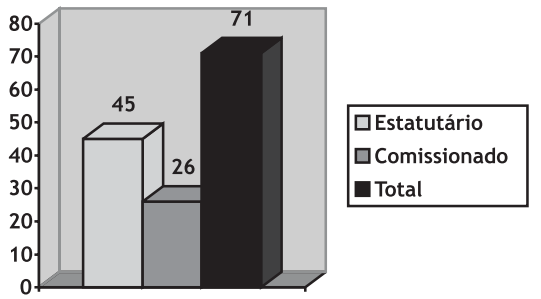
Distribuição por vínculo dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

Tipo de vinculo	alunos(as)	Percentual
Estatutário	45	63,4
Comissionado	26	36,6
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 8

Distribuição por vínculo dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

O foco do Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde foi, conforme o Projeto Nacional e o Estadual, a formação de grupos de técnicos envolvidos com atividades de direção e assessoria no SUS. A informação sobre a função em exercício dos(as) alunos(as) busca captar como ocorreu na prática o pressuposto do curso. Pode-se observar que 33,8% dos(as) alunos(as) exercem função de coordenação em algum nível de governo (municipal ou estadual) e que, somados aos que exercem funções de gerência, correspondem a 57,8% do grupo (ver Tabela 8 e Figura 9). De outro modo, estão presentes aqueles que exercem no momento funções técnicas e correspondem a 22,5%; além desses, há participação de Secretários Municipais de Saúde (12,7%).

Tabela 8

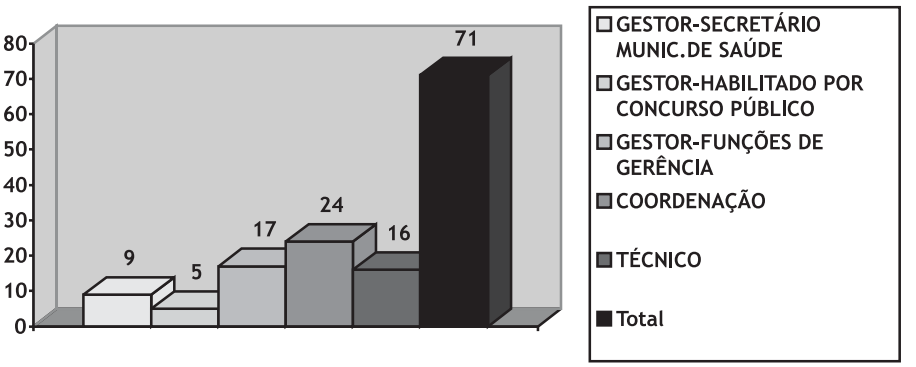
Distribuição por função dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

FUNÇÃO	ALUNOS(AS)	PERCENTUAL
COORDENAÇÃO	24	33,8
GESTOR-FUNÇÕES DE GERÊNCIA	17	24,0
TÉCNICO	16	22,5
GESTOR-SECRETÁRIO MUNIC.DE SAÚDE	9	12,7
GESTOR-HABILITADO POR CONCURSO PÚBLICO	5	7,0
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 9

Distribuição por função dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

O Curso em Goiás teve alunos(as) das Secretarias Municipais de Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde. O perfil de formação profissional relacionados à lotação pode ser observado na Tabela 9. Observa-se que há predominância de profissionais da área de Serviços Sociais, cuja participação, dentre os lotados na Secretaria de Estado de Serviços da Saúde (SES/GO), é de 27,3%. Em seguida, encontram-se as categorias de Enfermeiro, Odontólogo e Psicólogo, com a participação de 15,2% cada uma. Contudo, somando a estas últimas as de Médico e Veterinário, cujas atividades estão mais diretamente voltadas para os serviços de saúde, constata-se a supremacia destes profissionais com participação de 54,6% no total de alunos(as).

Tabela 9

Distribuição por formação dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás lotados na Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2002

Formação profissional	alunos(as)	Percentual em relação à SES	Percentual em relação ao Total
Serviço Social**	9	27,3	12,7
Enfermeiro*	5	15,2	7,0
Odontólogo	5	15,2	7,0
Psicólogo	5	15,2	7,1
Advogado	3	9,1	4,3
Médico	2	6,0	2,8
Letras	1	3,0	1,4
Pedagogo	1	3,0	1,4
Secretário Executivo Bilíngüe	1	3,0	1,4
Veterinário	1	3,0	1,4
Total	33	100	46,5

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Observações:

** um dos Enfermeiros é também Pianista como formação superior.*

*** um dos Assistentes Sociais é também formado em Direito*

Na Tabela 10, pode ser observada a presença de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, capital do estado, no curso. Os(as) alunos(as), indicados pela Secretaria, são todos graduados em áreas da saúde. A categoria com maior presença é Enfermagem, com 37,5%; seguida da Psicologia, com 25%; e as demais categorias com 12,5% cada.

Tabela 10

Distribuição por formação dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás lotados na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, 2002

Formação profissional	alunos(as)	Percentual em relação à SMS Goiânia	Percentual em relação ao Total
Enfermeiro	3	37,5	4,2
Psicóloga	2	25,0	2,8
Bióloga	1	12,5	1,4
Biomédica	1	12,5	1,4
Médico	1	12,5	1,5
Total	8	100	11,3

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Portanto, os(as) alunos(as) do curso, de acordo com o local de trabalho, estão distribuídos em estaduais (46,5%) e municipais (53,5%). No Quadro acima está a presença do município capital (11,3%) e na Tabela 11 a presença dos municípios do interior (42,2%). Os dados mostram que, no conjunto, os participantes de Outros Municípios são representados em quantidades iguais por profissionais de áreas diretamente ligadas aos ser-

viços de saúde, tais como: Biomédico, Farmacêutico, Enfermeiro, Médico, Odontólogo e Veterinário. Esses totalizam 50% dos(as) alunos(as) de outros municípios. Os demais são profissionais formados em outras áreas, com destaque para a área de Administração que separadamente, tem a maior participação, com 20% do grupamento. Em seguida, está Economia, com 13,3% equivalente à categoria de Odontólogo.

Tabela 11

Distribuição por formação dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás lotados nas Secretarias Municipais de Saúde de Outros Municípios, 2002

Formação profissional	alunos(as)	Percentual em relação a outros municípios	Percentual em relação ao Total
Administrador *	6	20,0	8,4
Bioquímico (Farmacêutico)	5	16,7	7,1
Economista ***	4	13,3	5,6
Odontólogo	4	13,3	5,7
Advogado **	2	6,7	2,8
Biomédico	2	6,7	2,8
Enfermeiro	2	6,7	2,8
Serviço Social	2	6,7	2,8
Contador	1	3,3	1,4
Médico	1	3,3	1,4
Veterinário	1	3,3	1,4
Total	30	100	42,2

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Observações:

** um dos administradores é também formado em Pedagogia.*

*** um dos advogados é também formado em Contabilidade*

**** um dos economistas é também formado em Geografia*

A Tabela 12 resume o local de trabalho e o número de alunos(as). Observa-se que o maior contingente de alunos(as) é de origem municipal. Ainda que a presença de alunos(as) de outros municípios seja significativa (42,2%), o fato de o curso se realizar em Goiânia pode restringir a participação do interior. A realização em Goiânia, por outro lado, é facilitada pela existência de melhor estrutura, o que facilita o deslocamento e a acomodação de professores(as) e alunos(as).

Tabela 12

Resumo da distribuição por categorias/local de trabalho

Local de Trabalho	alunos(as)	Percentual
SES-GO	33	46,5
SMS – Capital Goiânia	8	11,3
SMS – Outros Municípios do Estado	30	42,2
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

4.4 Inserção no curso

A inserção do(as) alunos(as) no curso, de acordo com o previsto no Plano de Curso (Anexo B), foi feita por inscrição, mediante a indicação do município ou do estado, entrevistas e avaliação curricular. Este grupamento é composto pelas modalidades de inscrição de seleção. Confirmando o previsto no Plano de Curso, o processo inicial priorizou a indicação como forma de aceitação para a seleção. Constata-se que 84,5% dos(as) alunos(as) foram admitidos para a seleção por indicação ou convite (ver Tabela 13). Observa-se ainda que 12,7% se apresentaram como interessados, após tomarem conhecimento do curso em conversas informais e foram aceitos para a seleção.

Tabela 13

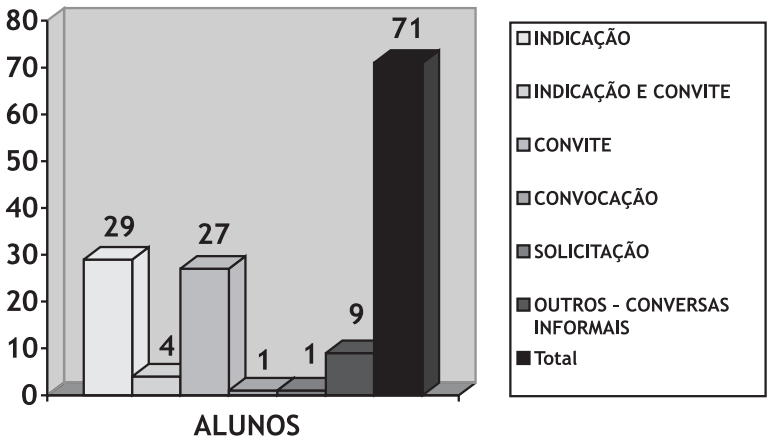
Distribuição por tipo de inscrição dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

TIPO DE INSCRIÇÃO	ALUNOS(AS)	PERCENTUAL
INDICAÇÃO	29	40,9
CONVITE	27	38,0
OUTROS – CONVERSAS INFORMAIS	9	12,7
INDICAÇÃO E CONVITE	4	5,6
CONVOCAÇÃO	1	1,4
SOLICITAÇÃO	1	1,4
Total	71	100

Fonte: Elaboração à partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 10

Distribuição por tipo de inscrição dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

No processo de seleção para preencher as vagas oferecidas, foram incluídos, além dos indicados, outros candidatos mediante avaliação curricular. Entretanto, houve candidatos que concorreram além da cota prevista para o município ou o estado. Nestes casos, no final da seleção ocorreu sorteio de nomes. Nos dados da Tabela 14 e Figura 11, observa-se que, no geral, no processo seletivo, a entrevista e a avaliação curricular foram sobejamente predominantes, correspondendo à quase totalidade dos(as) alunos(as) (93%).

Tabela 14

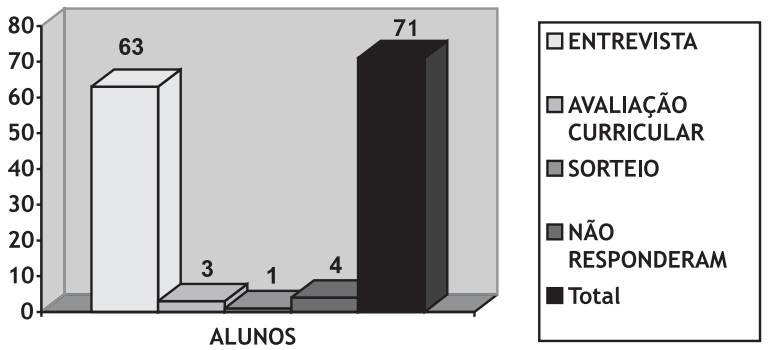
Distribuição por tipo de seleção dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002

TIPO DE SELEÇÃO	ALUNOS(AS)	PERCENTUAL
ENTREVISTA	63	88,8
AVALIAÇÃO CURRICULAR	3	4,2
SORTEIO	1	1,4
NÃO RESPONDERAM	4	5,6
Total	71	100

Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

Figura 11

Distribuição por tipo de seleção dos(as) alunos(as) do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde de Goiás, 2002



Fonte: Elaboração a partir de Questionário Perfil Profissional e dados da Coordenação do Curso.

COMENTÁRIOS FINAIS

Conforme preconizado pela Lei No. 8.080/90, que regulamenta o Art. 200, III da Constituição Federal, a política de recursos humanos para a saúde deverá ser implantada de forma articulada, pelas diferentes instâncias governamentais, inclusive no que diz respeito à organização do ensino em nível de pós-graduação. Nesse contexto, insere-se este curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, cujo objetivo é capacitar profissionais na área de saúde, tanto técnica como gerencialmente, a fim de implementar as mudanças instituídas pelo novo modelo de serviços do setor, de forma descentralizada e hierarquizada, otimizando as estruturas existentes e a aplicação de novos recursos, de sorte a garantir a atenção integral à saúde do cidadão.

O Curso em Goiás disponibilizou 75 vagas, distribuídas em três turmas, aos profissionais de nível superior que atuam no SUS. Dois terços foram destinadas às Secretarias Municipais de Saúde. Entretanto, foram efetivamente preenchidas pouco mais de 50% das vagas destinadas aos municípios selecionados. Algumas causas possíveis disso podem ser: a não existência de profissional disponível no município para atender o pré-requisito de graduação em nível superior; as dificuldades de deslocamento para a Capital uma vez por mês, por três dias; e, também, dificuldades para interromper as atividades locais com o fim de dedicar-se à capacitação. As vagas não ocupadas pelos municípios foram remanejadas e absorvidas pela Secretaria de Estado, cuja participação final ficou em 46,5%, superando a cota inicial de 1/3. É importante notar que foram selecionados 34 municípios, com população acima de 20 mil habitantes e já habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica para apresentarem candidatos ao curso.

A análise do perfil dos(as) alunos(as) demonstra as seguintes características pessoais: predominância do sexo feminino (73,2%); concentração de profissionais na faixa etária de 31 a 40 anos (50%); maioria residente em Goiânia (57,7%). Sob o aspecto profissional nota-se que todos possuem formação de nível superior, mostrando que esse pré-requesito seletivo foi plenamente aplicado e até superado, uma vez que 23,9% possuem cursos de especialização, além de haver uma mestranda. Quanto ao tempo de formação, observa-se que a despeito de a predominância se situar na faixa de 16 a 26 anos (42,2%), há um considerável contingente situado na faixa de 5 a 10 anos (29,6%) sugerindo que está em marcha um processo de renovação do quadro de profissionais do setor. Este dado é reforçado quando confrontado com o do tempo de serviço, cuja predominância está na faixa de 2 a 10 anos (46,5%).

Sob o aspecto do exercício profissional, percebe-se que a maioria é contratada sob o regime estatutário (63,4%). Contudo, parcela significativa (36,6%) está sob o vínculo comissionado, sugerindo possíveis problemas de descontinuidade dos serviços em caso de mudança de governo. Além dessa vulnerabilidade, deve-se acrescentar que a administração desses recursos humanos pode ensejar alguma dificuldade ante a adoção de políticas diferenciadas e não isonômicas.

Quanto às atribuições, observa-se que a maioria (57,8%) exerce funções de coordenação e ou de gerência, enquanto 22,5% são técnicos, além de importante participação de Secretários Municipais de Saúde (12,7%). Esses dados ressaltam a relevância desse processo de capacitação pela penetração em grupos variados de técnicos e dirigentes do SUS.

Quanto à relação entre formação e lotação, nota-se que os profissionais lotados na Secretaria Municipal de Goiânia são todos formados em áreas diretamente voltadas para os serviços de saúde (Biólogo, Biomédico, Enfermeiro, Médico, Psicólogo), enquanto dos lotados nas Secretarias Municipais do Interior, há uma participação correspondente a 50% de profissionais formados em outras áreas, não diretamente vinculados aos serviços de saúde. Na Secretaria Estadual há, também, uma substancial participação desses profissionais, que correspondem a 45,4%. Não obstante, a maioria (54,6%) é composta de profissionais formados em áreas diretamente ligadas à saúde.

Por fim, cabe ressaltar, em que pesem as limitações deste estudo do perfil dos(as) alunos(as) e os caminhos percorridos para a coleta, todas as informações aqui registradas confirmam o empenho de todo o grupo: alunos(as), coordenação do curso, professores e outros autores deste volume. Esperamos com este resultado contribuir para atividades futuras de qualificação de profissionais no desenvolvimento de política de formação de recursos humanos para o Setor Saúde.

Foram persquisados documentos constantes dos arquivos da Gerência de Recursos Humanos da SES/GO, no período de abril a maio de 2003.

REFERÊNCIAS

CASTRO, Janete L. ; CASTRO, Jorge L. **Estudo do perfil dos gerentes dos hospitais públicos.** Rio Grande do Norte. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t04.htm>. Acesso em: fev. 2003.

FORMIGA, J. M. N. et al. **Perfil do enfermeiro do curso de especialização -** PROFAE**.** Rio Grande do Norte. Disponível em: < http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/perfil_t05.htm >. Acesso em: fev. 2003.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização. **Relatório de Gestão**. 2002.

PARRA FILHO, Domingos. **Metodologia Científica**: apresentação de Monografia, TCC, Teses e Dissertações. 3. ed. São Paulo: Futura, 2000.

REZENDE, C. A. P. Perfil do sistema de saúde do Estado de Goiás – Brasil 1998 – 2000. In: **Observatório da reforma do Estado no Brasil**. Jan. 2003.

SÁ, Elizabeth Schneider de et al. **Manual de normalização de trabalhos técnicos científicos e culturais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

VILLAR, R. L. A. de. Estudo sobre o perfil dos gestores municipais de saúde do Estado do Rio Grande do Norte**.** In: **UFRN-Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva**. Jul. 2001.

Foram pesquisados os Documentos listados constantes nos Arquivos da Gerência de Recursos Humanos da SES/GO. Realizado entre abril e maio de 2003.

Documento da SPS/MS enviado em 19 de novembro de 2001 aos participantes da oficina do Projeto de Qualificação de Equipes Gestoras.

Orientações Gerais e Cronograma de Ações do Projeto de Qualificação de Equipes Municipais e Estaduais em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Lista dos Arquivos e Documentos disponíveis:

Documento 1 = Orientações Gerais e Cronograma de Ações do Projeto;

Documento 2 = Projeto do Estado e Plano de Curso;

Documento 3 = Termo de Referência do Projeto Nacional;

Documento 4 = Gestão Nacional do Projeto;

Documento 5 = Recomendações Técnicas do MS;

Documento 6 = Roteiros da Oficina de Trabalho do Projeto;

Documento 7 = Proposta de Oferta de Cursos e Vagas;

Documento 8 = Mapas do Brasil, Regional e Estadual de Municípios atendidos;

Documento 9 = Listas dos Municípios maiores de 50mil por Estado;

Documento 10= Agenda da Oficina de Trabalho de 06 e 07.11.2001; em Brasília;

Documento11= Lista de Participantes;

Documento 12= Matriz por Região dos Relatórios da Oficina de Trabalho;

Documento13= Relatório Geral da Oficina;

Documento 14= Orientações para Programação Físico-Financeira do Projeto e Plano do Curso;

Documento 15= Síntese do Termo de Referência para orientar o Projeto e o Plano do Curso

Termo de Referência do Projeto Nacional SPS/MS de novembro de 2001

Comissão Estadual do Projeto

Ofício Nº 3470/2001 –GAB.SES/GO, 03.12.01 encaminhando o Projeto Estadual ao MS

Documento da Pró-Reitoria de Administração e Finanças da UFG

Conteúdo: Justificativas do Curso; Do Objetivo Principal; Duração do Curso; Das Obrigações das Partes; Contratada e Executora; Das Metas a serem atingidas; Do Valor do

Projeto; Da Movimentação Financeira; Da Contribuição da Pesquisa; Do Plano de Aplicação de Recursos Financeiros; Do Detalhamento da Receita (financiamento da OPAS para os 3 Cursos de Especialização); Do Detalhamento e Justificativa do Investimento; Da Implantação do Projeto (Março/2002 a Dezembro/2002)

CI Nº 023/02, 15.01.02

De: DRH –SES/GO

Para: SAF – SES/GO

Assunto: Emissão de Carta-Acordo conforme solicitação da SPP/MS e abertura de conta específica destinada ao Curso EGSSS

OFÍCIO Nº 134 – GAB – SES/GO, 17.01,02

De: Secretário de Estado da Saúde – Go

Para: Diretor da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciência da Saúde – FEPECS

Assunto: Encaminhamento do Projeto do Curso EGSSSaúde

RESOLUÇÃO Nº 001/2002 – CIB, 18.01.2002

-Resolvem Pactuar, por unanimidade de seus membros, em sua 11ª Reunião Ordinária, realizada no dia 29.11.01, a instituição da Coordenação Estadual do Projeto,com a tarefa inicial de proporcionar a realização do Curso EGSSSaúde.

Composição: Secretaria de Estado da Saúde = Carlos Alberto Lisboa Vieira;

Conselho de Secretários Municipais de Saúde-COSEMS = Graciano Silva;

Universidade Federal de Goiás (UFG) = Ivan Maciel

RESOLUÇÃO Nº 001/2002 – CIB, 18.01.2002

-Projeto de Qualificação de Equipes Gestoras do Curso EGSSS

-II Seminário Nacional e I Oficina Nacional, em Brasília de 10 a 12.06.02, onde foi apresentado o Plano do Curso em Goiás

OFÍCIO Nº 562/2002 – GAB/SES-GO, 06.03.2002

De: Secretário de Estado da Saúde – Go

Para: Secretaria de Políticas Públicas de Saúde/MS

Assunto: Refere-se ao encaminhamento da documentação solicitada relativo ao Projeto do Curso EGSSS. Sendo estes: Carta-Acordo; Recoluçãonº 001/2002-CIB; 18.01.2002;

OF.134/2002-GAB-SES/GO

Universidade Federal de Goiás (Instituição que dará a titulação)

Relação dos Docentes dos Cursos

Número mínimo de alunos(as) por turma (25)

OFÍCIO Nº 025/02, 08.03.02

De; Coordenação do Curso de EGSSSaúde

Para: Universidade Federal de Goiás

IPTESP – Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública

Departamento de Medicina Tropical e Saúde Coletiva e Dermatologia

Assunto: Relação dos Docentes dos Cursos de EGSSSaúde

DOCUMENTO: RESOLUÇÃO CEPEC Nº 540

Universidade Federal de Goiás

Assunto: Aprova o Regulamento Geral dos Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu *da UFG*

revogando a Resolução CEPEC Nº 417, em 19.02.02

OFÍCIO Nº 1090/2002 – GAB/SES-GO, 16.04.2002

De: Secretário de Estado da Saúde – Go

Para: Secretário de Políticas Públicas de Saúde/MS

Assunto: Cronografia físico-financeiro

JORNAL A SAÚDE EM PAUTA, ANO II, EDIÇÃO Nº 79, Editado pela Assessoria de Comunicação da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás - SES-Go.

RELATÓRIO DE GESTÃO DO SUS, 1999/2002, Secretaria de Estado da Saúde de Goiás – SES/GO.

ANEXO A – PROJETO NACIONAL

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE
Fortalecimento da Gestão Estadual e Municipal

Especialização de Equipes Municipais e Estaduais

em Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde

Termo de Referência do Projeto de Cursos

Novembro/2001

O presente termo compõe conjunto de ações que a Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (SPS/MS) vêm realizando, juntamente com os municípios e estados e demais parceiros, para o apoio ao desenvolvimento da gestão nos três níveis de governo. Nesse sentido, estão inseridas atividades de capacitação que, no caso específico deste Projeto incluem a elaboração de modalidade de especialização dirigida à formação de quadros com atuação em atividades de gestão de sistemas e serviços de saúde. Capacitar profissionais de saúde em nível de decisão e, portanto, com perfil de competência ampliado, demanda a participação articulada das três esferas e de instituições formadoras para propiciar ao egresso instrumental criativo de intervenção nos dilemas atuais pelos quais o sistema passa. A sistemática de construção conjunta de currículos a partir do conhecimento e conciliação de interesses e de necessidades de formação e institucionais, pretende dar início a processo extensivo de qualificação de quadros municipais, estaduais e nacional, para o qual a articulação entre centros formadores e governos é fundamental. O Projeto apresentado a seguir passou previamente por etapas de consulta e revisão junto a representantes de governos, de centros formadores e instituições parceiras. O texto incorporou sugestões para conformar características nacionais à iniciativa resguardando, contudo, aspectos para inclusão no âmbito estadual. Assim, as estratégias de formação, a metodologia e parte do conteúdo deverão ser construídos localmente por seus atores. Espera-se que a apresentação e discussão do presente Termo em Oficina de Trabalho, com participação de gestores e das instituições formadoras propicie bases para indicativos de acordo para viabilizar os cursos e apontar ações futuras.

1 - Título do Termo de Referência

ESPECIALIZAÇÃO DE EQUIPES MUNICIPAIS E ESTADUAIS EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE.

2 – Localização do Plano de Trabalho

Coordenação–Geral de Planejamento, Informação e Avaliação de Ações Estratégicas de Saúde, da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde.

3 – Duração

Os cursos deverão ocorrer no período de março a dezembro de 2002. Outras atividades do Projeto terão cronograma posteriormente definido.

4 – Exposição do Problema

Uma questão relevante para o Ministério da Saúde (MS), no processo de descentralização, tem sido o incremento da capacidade gerencial no interior do Sistema, avançando para o aprimoramento da atenção, do controle e avaliação dos serviços e ações de saúde. O aprofundamento e a rapidez do processo de descentralização e a definição mais precisa de responsabilidades de cada esfera de governo, par a par com a regulação de transferências financeiras, com a edição de normas específicas para a regionalização da assistência, associados ao fato do ano 2001 ser o primeiro de novas administrações municipais, conformam um contexto propício para atualização, adequação de perfil e ampliação de capacidades de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde municipais e estaduais.

Nesse sentido, o processo de regionalização para a implantação de sistemas integrais e o aumento da complexidade de atribuições dos governos municipais e estaduais demandam o desenvolvimento de capacidades de equipes técnicas, orientado para a gestão de sistemas e serviços de saúde em rede regionalizada. Um outro aspecto relevante para essa iniciativa do MS é o processo de reconstrução do modelo de atenção à saúde que implica reconfiguração de práticas e da gerência de saúde. Assim, ao reconhecer descompasso entre o processo de descentralização e a capacidade técnica e ainda as novas e diferentes responsabilidades que se apresentam para a gestão de sistemas e serviços de saúde integrais a Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), assume compromisso com o desenvolvimento de projeto de apoio à oferta de *cursos de especialização*.

Assim, dois são os eixos principais do presente Projeto: (i) o fortalecimento das capacidades de gestão e (ii) a ampliação da capacidade de atuação das instituições formadoras existentes nos estados. O objetivo específico centra-se na oferta de cursos de especialização que apóiem o incremento de capacidades de gestão das esferas de governo para assumirem novas responsabilidades oriundas do processo de descentralização, incorporando estratégias orientadas à expansão da atenção básica, promoção da saúde e regionalização garantindo a integralidade das ações de saúde. Tal Projeto visa, também, promover a ampliação da capacidade de atuação de instituições formadoras, em cada estado, e a aproximação de atividades permanentes dessas instituições às necessidades de formação e assessoria técnica aos gestores municipais e estaduais. Isso significa reforçar a capacidade de propor e desenvolver programas de formação, e de desenvolver estratégias que possibilitem a articulação mais efetiva com configuração em rede entre os centros de formação, para ampliar o atendimento às demandas de capacitação estratégica no SUS.

Frente aos diferentes momentos e estágios de implantação do SUS no país, à diversidade de porte e de capacidade institucional de municípios e de estados e, ainda, à necessidade de otimizar os resultados de recursos aplicados, todos os estados serão atendidos com oferta de cursos de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Serão, assim, oferecidos 70 cursos, de 360 horas e 2.241 vagas, sendo reservadas até dez vagas para os 27 estados da federação. Quanto aos municípios, serão indicados a partir de critérios de influência regional, combinados ao populacional. Essa indicação abrange 1.032 municípios (506 por critérios populacionais, 500 por critérios de regionalização e as 26 capitais), agrupados nas categorias abaixo especificadas, para as quais é indicada a distribuição de vagas.

Esse recorte para a participação de municípios visa apoiar aqueles que, no processo de regionalização, terão atribuições ampliadas, seja pelo potencial de se tornarem pólos regionais, seja por fazerem parte de aglomerados urbanos que concentram serviços e população. A distribuição geográfica dos locais de realização dos cursos de um estado ou região deverá ser realizada de forma a reduzir os deslocamentos, os custos de transporte e o dispêndio de tempo dos(as) alunos(as).

Os beneficiários da capacitação proposta neste Projeto — *Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde* — serão selecionados entre os profissionais com atuação gerencial nas secretarias estaduais de saúde e nas secretarias de saúde dos municípios que atendem aos critérios descritos acima. No caso dos estados, as atividades no âmbito deste Projeto visam oferecer instrumentos para ampliar as capacidades de coordenação do sistema e de cooperação técnica junto aos municípios.

Distribuição do Total de Vagas por Categorias dos Municípios e Estados

Categorias	Total	Vagas	Total de Vagas
Municípios com população maior que 100 mil	199	3	597
Municípios com população entre 50 e 100 mil	307	2	614
Municípios com população menor que 50 mil e sede de módulo	500	1	500
Capitais	26	10	260
Secretarias Estaduais de Saúde	27	10	270
TOTAL	1.059		2.241

Fonte dos dados populacionais: IBGE, 2001.

Dada a complexidade de empreendimento dessa natureza, em contexto de realidades distintas, há necessidade de desenvolvimento de capacidades de formação das instituições distribuídas pelo país, que possam se refletir nas potencialidades de atendimento às demandas atuais e futuras dos governos para avanço do sistema como um todo. O Projeto objetiva, ainda, caracterizar um perfil de formação com conteúdos nacionais e, ao mesmo tempo, incluir outros conteúdos relacionados às necessidades diversificadas locais. Tais estratégias visam equilibrar concentrações de capacidades de formação e conformar rede de instituições com potencialidade de atender necessidades dos gestores municipais, estaduais e federal.

O MS pretende, juntamente com a Organização Pan-americana da Saúde, realizar o monitoramento e a avaliação geral do Projeto para aferir os impactos dos processos de capacitação, nos termos deste Termo de Referência. Apoiará ainda juntamente com o Projeto Reforsus, atividades de desenvolvimento institucional, entre as quais a realização de eventos e a confecção de material instrucional. Os termos específicos destes dois componentes –avaliação e desenvolvimento institucional — serão elaborados em conformidade aos resultados da Oficina de Trabalho nacional do Projeto e à identificação de demandas institucionais durante a sua execução.

O Termo de Referência que aqui se apresenta refere-se especificamente ao componente do Projeto voltado à capacitação de técnicos integrantes de equipes municipais e estaduais gestoras de sistemas e serviços de saúde em cursos de especialização. O produto é a formação de técnicos de nível superior que exercem atividades de gestão pública na área de saúde e estão, portanto, comprometidos efetivamente com a gestão da saúde de sua localidade e região. Os cursos devem oferecer conhecimentos sobre contexto e quadro conceitual da saúde, gestão de sistemas e serviços e ferramentas gerenciais, de modo a contribuir na melhoria de capacidades, no desempenho de funções e na atuação responsável e humanizada na gestão da saúde pública.

5 - Objetivos

Objetivo Geral

Desenvolver, de forma descentralizada e com ampla participação de instituições de ensino e dos gestores, a especialização de equipes gestoras de sistemas e serviços de saúde das secretarias municipais e estaduais de saúde, otimizando as capacidades de administrar, gerir e dirigir as respectivas atividades nas secretarias de saúde.

Objetivos Específicos

- Promover habilidades individuais e de equipes referentes ao planejamento, execução, acompanhamento, avaliação e controle de atividades e ações relativas aos sistemas e serviços de saúde no nível local e regional.
- Desenvolver capacidades individuais e de equipe para a proposição, negociação, tomada de decisões e execução de ações pertinentes aos serviços de saúde locais e regionais.
- Capacitar integrantes e equipes quanto à gestão e gerenciamento de sistemas e serviços de saúde, com ferramentas para identificar, diagnosticar e propor soluções criativas em áreas críticas das secretarias de saúde, ampliando a capacidade de resposta dos serviços de saúde, em conformidade com as realidades locais e regionais.
- Desenvolver habilidades para identificar carências, deficiências e potencialidades locais e regionais, bem como para formular e implementar ações visando maior efetividade, eficiência e eficácia dos sistemas e serviços de saúde de realidades locais e regionais.
- Sensibilizar gestores e equipes quanto à necessidade e importância de se trabalhar numa perspectiva de humanização, tanto nas relações de trabalho, quanto nos serviços e ações de saúde, capacitando-os para promover uma mudança de cultura de assistência à saúde.
- Apoiar o desenvolvimento da capacidade de oferta de cursos direcionados para a gestão em instituições formadoras públicas em todos os estados de forma a ampliar a possibilidade de acesso à formação gerencial voltada para o setor saúde na perspectiva da gestão pública.
- Criar vínculos entre alunos(as) instituições gestoras e instituições de ensino.

6 – Definição do Público Alvo

Os Cursos de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde destinam-se a integrantes de equipes gestoras das 27 secretarias estaduais e de 1.032 secretarias municipais de saúde, distribuídas por todo o território nacional. O candidato proveniente de municípios ou estados, ao curso de especialização participará de processo seletivo nos moldes acadêmicos formais, adequados a esse nível de formação. Deverá ainda ter indicação da respectiva secretaria de saúde, sinalizadora do interesse e do provimento de condições por parte do gestor para a participação dos(as) alunos(as) no curso. Recomenda-se que parcela dos indicados pelo governo faça parte do quadro permanente do órgão gestor, observando também os critérios abaixo:

- Possuir nível superior completo.
- Estar envolvido em atividades de gestão da secretaria de saúde.
- Dispor de tempo para realizar o curso de especialização.
- Demonstrar interesse em dedicar-se às atividades da gestão pública de sistemas e serviços de saúde.
- Assumir compromisso de aplicar conhecimentos adquiridos na especialização em atividades da secretaria de saúde correspondente.

7 - Metas

Realizar 70 cursos de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, com mínimo de 360 horas-aula, com conteúdo adequado às atuais necessidades de gestão de sistemas e serviços de saúde e às especificidades regionais, para capacitar 2.241 técnicos selecionados e com atividades nas secretarias municipais de saúde incluídas no Projeto e de equipes das secretarias estaduais de saúde.

8 - Estratégias

8.1- Estabelecimento de parcerias

O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Planejamento, Informação e Avaliação de Ações Estratégicas da Secretaria de Políticas de Saúde, pretende realizar as atividades deste Projeto em parceria com outras áreas do MS, com os estados, com os

municípios e com as instituições formadoras e de cooperação técnica e financeira, concretizada na constituição da coordenação estratégica de condução das atividades do Projeto e de coordenações estaduais, que incorporam funções técnicas e políticas. Além dessas, o MS estabeleceu parceria com o Conass, o Conasems, a Abrasco, o Reforsus e a Opas, desde a formulação deste Projeto.

Nesse sentido, o MS pretende que, a partir de proposta de conteúdo comum definido conjuntamente, sejam elaborados em cada estado os Planos de Cursos de Especialização de Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde, com conteúdos específicos para atender ao perfil de necessidades de formação das equipes gestoras estaduais e de municípios de acordo com os critérios básicos do Projeto, que serão apoiados com recursos financeiros mediante convênios.

8.2- Pressupostos metodológicos

- Cada curso de especialização deve ser estruturado com carga horária mínima de 360 horas, podendo estender-se a 460 horas-aula, com prazo máximo de execução de 10 meses. Esta carga horária refere-se exclusivamente às atividades desenvolvidas em sala de aula.
- A construção da proposta metodológica em cada estado respeitará a opção pedagógica que objetive a participação dos quadros dirigentes e aproxime o produto da capacitação do trabalho cotidiano, estimulando mudanças e fornecendo instrumentais aos(às) alunos(as) para promover no ambiente de trabalho intercâmbios relacionados ao curso.
- Os conteúdos e atividades do curso — aulas, estudos de caso e exercícios — devem ser elaborados de modo a estimular propostas de redefinição dos sistemas e serviços de saúde e enfatizar a análise crítica da realidade cotidiana das secretarias de saúde e da região, associada à introdução e desenvolvimento de técnicas, instrumentos e metodologias de gestão.
- O curso deve ter caráter operacional, implementando técnicas e instrumentos para diversos campos de gestão: recursos humanos, finanças e as tecnologias acessíveis às secretarias de saúde, mediante a promoção da capacidade de regulação, controle, avaliação e planejamento.

- Ao término de cada disciplina realizar-se-á a avaliação individual do(a) aluno(a) e, como produto final da capacitação, cada aluno(a) deverá produzir, sob orientação pedagógica, protocolo de intervenção em área de atuação na respectiva secretaria de saúde.

8.3- Estratégias de implementação

Ao MS corresponde a coordenação-geral do Projeto, a articulação interinstitucional e política para as condições de execução dos planos de capacitação, o financiamento dos cursos e de atividades de desenvolvimento institucional. Entre as atividades de coordenação previstas, em parceria com as instituições participantes do Projeto, incluem-se a confecção de material instrucional referente ao conteúdo comum dos cursos, o monitoramento e a avaliação das atividades. Está prevista, ainda, a elaboração de proposta metodológica para a educação continuada dos(as) alunos(as) egressos(as).

Cabe às secretarias municipais e estaduais participantes do Projeto a responsabilidade de:

- *Indicar os candidatos à seleção, bem assim facilitar a participação dos(as) alunos(as) no* curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde*, considerando cronogramas de atividades acadêmicas previstos.*
- Comprometer-se a considerar e apreciar as propostas formuladas pelo(a) aluno(a) respectivo(a), referentes às oportunidades de melhorias na gestão local e regional, baseadas nos conhecimentos adquiridos durante o curso.
- Definir as ações de apoio à participação dos(as) servidores(as) no processo de formação, tais como: afastamento do trabalho, deslocamento e estadias, quando necessário.
- Participar com outros(as) gestores(as) do estado e da região da identificação e da definição de conteúdos específicos para os cursos, com vistas a atender às particularidades locais.

Cabe às instituições formadoras a responsabilidade de:

- Selecionar os(as) candidatos(as), indicados pelas secretarias estaduais e municipais, obedecendo aos procedimentos e critérios acadêmicos formais definidos pelo Ministério de Educação para cursos dessa natureza.

- *Produzir e disseminar material instrucional correspondente aos conteúdos complementares e específicos (publicações, vídeos, CD-ROM, etc.), promover e participar de eventos relacionados ao Projeto (seminários,* workshops*, etc).*
- Elaborar ementas e currículos, definir e preparar conteúdos e realizar cursos e atividades de avaliação do projeto.
- Definir carga horária semanal e a distribuição das atividades no tempo, bem como os critérios de avaliação, durante e ao final do curso.
- Conceder a respectiva titulação de especialização quando do cumprimento e aprovação do(a) aluno(a) no curso de especialização ministrado.

8.4- Monitoramento e Avaliação

A coordenação, o monitoramento e a avaliação geral do Projeto serão realizados por comissão colegiada, integrada pela Coordenação-Geral de Planejamento, Informação e Avaliação de Ações estratégicas/SPS/MS e representantes do CONASEMS, CONASS, ABRASCO e OPAS, cujas ações incluem:

- Propor adequações oriundas dos municípios e estados ao termo de referência.
- Realizar atividades de apoio e desenvolvimento institucional.
- Desenvolver modelos de avaliação do processo e sistema de avaliação do egresso.
- Acompanhar e avaliar atividades e componentes do Projeto, tais como: cumprimento de prazos, resultados e impactos. Ou seja, a eficiência, eficácia e efetividade do projeto.
- Estruturar e formatar novos cursos, tendo como referência os resultados da avaliação feita.

9 – Conteúdo Programático

O programa do curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde está estruturado em três eixos, considerados os fundamentais para a capacitação de equipes gestoras. São eles: Contexto e Quadro Conceitual da Saúde, Gestão de Sistemas e Serviços e Ferramentas Gerenciais.

CONTEXTO E QUADRO CONCEITUAL DA SAÚDE

- Relação Estado e Sociedade
- Políticas sociais e políticas de saúde no Brasil
- Os planos de gestão do SUS
- Modelos de atenção à saúde

GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS

- Modelos de gerência social
- Sistemas de informação
- Planejamento estratégico
- Epidemiologia
- Gestão de Recursos Humanos
- Mecanismos de pactuação e regulação
- Metodologias de investigação de sistemas de saúde

FERRAMENTAS GERENCIAIS

- Financiamentos e Orçamentos
- Gerência de materiais
- Gerência de compras
- Gerência de qualidade
- Gerência de custos.

ANEXO B – PLANO DE CURSO DE GOIÁS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública
Departamento de Medicina Tropical, Saúde Coletiva e Dermatologia
Coordenação de Cursos de Especialização

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO "LATO-SENSU"

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Plano do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Goiânia, Março de 2002

DADOS GERAIS:

1- Identificação:

1.1.Título do Projeto:

Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

1.2. Área de Conhecimento :

Grande área de conhecimento**:** Saúde Coletiva — Políticas de Saúde, Organização, Administração e Planejamento de Serviço de Saúde.

1.3. Instituição onde será desenvolvido:

1.3.1.Entidade:

Universidade Federal de Goiás

1.3.2.Órgão:

Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública

1.3.3.Unidade Responsável:

Departamento de Medicina Tropical, Saúde Coletiva e Dermatologia.

2- Caracterização do Curso

2.1. Período de realização

1ª Turma - Início provável : Junho de 2002

Término provável : Junho de 2003

2.2. Carga horária:

500 horas: 360 horas de atividades presenciais e 140 atividades de dispersão e elaboração de trabalho.

2.3. Tipo de curso.

Especialização

2.4. Modalidade do curso.

Modular

2.5. Número de vagas.

25 vagas por turma.

2.6. Clientela alvo.

Profissionais de nível superior preferencialmente os vinculado a Secretaria Estadual de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde que atuam na área de gestão de sistemas municipais, regionais ou estadual de saúde.

2.7. Oferta do curso.

1ª Turma - curso não ofertado anteriormente.

2.8. Periodicidade do curso.

Anual.

3. Objetivos

Geral

Capacitar profissionais de nível superior, oriundos das secretarias municipal e estadual de saúde, para trabalharem em equipes nos sistemas e serviços de saúde, habilitando-os para desenvolverem o papel de gestores, fortalecendo o processo de descentralização e implementando os modelos assistenciais do SUS.

Específicos

3.1 Discutir estratégias apropriadas de implementação e organização de serviços, bem como estratégias de gestão, tendo como objetivo a reorganização do modelo assistencial local, para promover uma melhor assistência de saúde à população.

3.2 Capacitar gestores para gerenciar as Sub-secretarias de Saúde fortalecendo o processo de descentralização da Secretaria Estadual de Saúde.

3.3 Capacitar integrantes e equipes dos municípios do Entorno de Brasília, das cidades pólos para sistema de referência regional, cidades com população acima de 20.000 habitantes e/ou com gestão plena e do município de Goiânia, visando identificar, diagnosticar e propor soluções criativas nas áreas críticas das secretarias, promovendo maior eficiência, eficácia e efetividade dos sistemas e serviços regionais e locais de saúde.

3.4 Promover um processo de integração entre ensino e serviço, a partir das necessidades municipal e estadual de saúde.

4. Justificativa

O processo de descentralização intensificado na década de 90 pela criação de Normas Operacionais Básicas de Saúde(NOBS), que regulamentavam a sua prática, se segue a uma reorganização dos Sistemas Locais de Saúde, que atuavam de maneira desarticulada entre os vários municípios e o estado, promovendo práticas de organização inadequadas às necessidades da população. Este quadro, associado ao modelo assistencial predominante no Brasil que prioriza os procedimentos hospitalares e o atendimento focalizado na doença, apoiado na utilização irracional de recursos tecnológicos de alto custo, com pouca resolutividade e efetividade, gera alto grau de insatisfação para todos os partícipes do processo — gestores, profissionais de saúde e população. Neste contexto, o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), Associação Brasileira de Saúde Coletiva(Abrasco) e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) tiveram a iniciativa de promover, em conjunto com as instituições formadoras, a capacitação de profissionais que atuam em funções gestoras, em busca de adequar o perfil de oferta de formação técnica ao processo de descentralização do SUS. A realização destes cursos vem possibilitar a busca de um compromisso e de responsabilidade da Universidade junto aos serviços e as equipes dos governos municipais para a reconfiguração de práticas e processo gerenciais orientados à gestão de sistemas e serviços de saúde em rede regionalizada.

A Universidade Federal de Goiás é a maior instituição formadora de profissionais do setor saúde em nossa área geográfica, sendo também seu papel contribuir para a melhoria da qualidade de vida de nossa comunidade. A UFG vem participando integrada à Secretária Estadual de Saúde na propostas de formação de pessoal para o Programa de Saúde da Família(PSF) do Estado de Goiás, através do Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal. O Pólo de Capacitação em Saúde da Família do estado de Goiás é o mentor e executor de ações teórico-práticas voltadas para a qualificação permanente dos profissionais do setor saúde, nos procedimentos técnicos de abordagem da saúde da família**.** Dessa forma, estará sendo garantida a formação permanente dos profissionais envolvidos nas equipes do PSF em um processo de educação permanente que possibilite a continuidade do processo de capacitação de Recursos Humanos e a reversão do principal obstáculo à implementação de um novo modelo de atenção à saúde.

Esta iniciativa, abre uma nova parceria da universidade com instituições internacionais, nacionais, estaduais e municipais, no sentido de encontrar práticas e formas de organização do sistema de saúde adequadas às realidades locais e regionais.

5. Estrutura e Funcionamento do Curso

5.1. Da Metodologia de Ensino

— As atividades de ensino compreendem de maneira integrada :

1) Apresentação da unidade temática pelo docente responsável ou por convidados especiais, com participação ativa dos alunos.

2) Análise e produção grupal sobre os temas apresentados e sua relação com as experiências dos alunos, através de discussão livre ou dirigida em pequenos grupos, que elegeram um coordenador e um redator.

3) Socialização da produção dos grupos na plenária, apresentada pelos redatores e debatidas pelos docentes, coordenadores, convidados especiais e alunos.

4) Apresentação e discussão em grupos dos textos da bibliografia recomendada, organizada em fichas de literatura pelos alunos.

5) Realização de exercícios, provas escritas ou orais, sobre os conteúdos ministrados e desenvolvidos.

6) Supervisão, realizadas pelos docentes, orientadores e coordenadores, visando o acompanhamento e desenvolvimento dos trabalhos práticos e do trabalho de conclusão.

7) Dinâmicas possibilitadoras de vivências expressivas, sensibilizadoras e criadoras.

8) Trabalhos práticos, realizados segundo os conteúdos e cronogramas do curso.

9) Projetos de trabalho final de conclusão do curso priorizando os sistemas locais de saúde e a qualidade dos serviços prestados à população na área de abrangência onde o profissional atua, a avaliação das ações e serviços, base de dados, sistema de informação e vigilância de riscos e agravos à saúde, as diversas formas de organização social, os espaços sociais, os programas desenvolvidos e o trabalho dos profissionais na região, a moradia, a posse urbana e rural, a política, a cultura, a arte, o lazer e os padrões de consumo.

5.2. Do Regime do Curso

— O curso de Especialização em Gestão e Gerência de Sistemas de Saúde, a ser concluído no mínimo em 9 meses e no máximo em 12 meses, será realizado no formato modula. Os módulos abrangerão um mínimo de 360 horas, 24 (vinte e quatro) créditos a serem obtidos no estudo regular e presencial dos módulos, mais 9 (nove) créditos, 140 horas em atividades de dispersão junto à comunidade e serviços e no desenvolvimento do trabalho de conclusão do curso.

— O curso de especialização compreenderá três áreas temáticas, com suas respectivas disciplinas, com o conteúdo programático relacionado a seguir, estando a carga horária de cada uma delas definida no quadro abaixo.

6. Recursos Humanos

— O curso contará com pessoal técnico-administrativo e docente.

— O pessoal técnico constará de coordenação, secretaria administrativa e monitora dos laboratórios de micro-informática do DMTSCD.

— A secretaria executiva do curso deverá ser identificada, selecionada e indicada pela coordenação do curso.

— O corpo docente do curso será constituído por professores das Unidades de Ensino da UFG e convidados de outras instituições (Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia), os quais deverão possuir a titulação mínima de mestre, obtida em curso credenciado ou reconhecida pelo conselho específico de cada área de atuação e/ou pelo Conselho Federal de Educação, comprovada através

de Curriculum Vitae, desde que seja sua qualificação julgada suficiente pela Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação do CEPEC. A participação de professores convidados se justifica pela necessidade de realizar uma capacitação sintonizada com as normas institucionais.

— Dois terços do total de docentes do curso deverão possuir título mínimo de mestre, obtido em curso reconhecido pelo Conselho Federal de Educação.

— A indicação de professores médicos e outros profissionais de saúde para ministrarem conteúdos de Administração e Economia se deve ao processo histórico e político ocorrido a nível internacional, mais especificamente na América Latina, com a integração da administração sanitária na formação dos profissionais de saúde. Assim, os conteúdos sociais, administrativos, econômicos e políticos são tidos como básicos para a compressão do processo saúde e doença e da organização do sistema de saúde (SUS). Nestes últimos anos as organizações internacionais (Organização Mundial da Saúde - OMS e Organização Pan-Americana da Saúde - Opas), o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais desenvolveram esforços no sentido de regulamentar e normalizar o setor saúde, especialmente a área de planejamento, orçamento, avaliação de serviço, organização de sistemas de saúde, administração local, regionais e nacionais de serviços, integrando estes conhecimentos à formação dos profissionais de saúde.

— As disciplinas de política, participação social, administração e economia, do atual curso, têm como objetivo relacionar estes conhecimentos técnicos através das normas, legislações e manuais específicos elaborados pelas instituições participantes com as práticas desenvolvidas pelos gestores do sistema de saúde. A UFG, através do Departamento de Saúde Coletiva, participou deste processo histórico, contribuindo em vários momentos na construção destes instrumentos, assim como na formação de centenas de profissionais que hoje atuam na área da Saúde Pública. Atualmente conta com quatro professores em cargo de direção, dois na Organização Mundial da Saúde, um no Ministério da Saúde e o atual secretário municipal de saúde da cidade de Goiânia. Durante 15 anos, o departamento desenvolveu a Residência de Medicina Preventiva e Social em convênio com o Inamps e posteriormente com o SUS/GO, onde os conteúdos didáticos e de capacitação na área de administração e gerência eram assumidos pelos professores do departamento. Participou em vários outros cursos na área, a exemplo do curso de especialização em Saúde Pública, em parceria com Escola Nacional de Saúde Pública e SES. Durante vários anos, os(as) professores(as) do departamento vêm acumulando uma grande experiência no atendimento de demandas solicitadas pela Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, realizando dezenas de cursos de atualização em diversas áreas, inclusive para o Ministério da Saúde e a Opas.

— A participação dos três professores com titulação de especialista é justificada por serem dois docentes da UFG responsáveis pelo ensino dos conteúdos em Políticas de Saúde e Organização dos Sistemas de Saúde. O professor Valdir Barbosa, administrador de empresas, convidado para participar do curso, tem uma formação direcionada para a saúde, com larga experiência na administração de serviços. O Prof. Elias Rassi Neto atualmente ocupa o cargo de Diretor da Coordenação Geral de Planejamento da Secretaria de Políticas de Saúde no Ministério da Saúde e é responsável pela coordenação e financiamento do presente curso em nível nacional. O Prof. Mauro Elias Mendonça é o atual diretor do Departamento de Medicina Tropical, Saúde Coletiva e Dermatologia do IPTSP, professor responsável pela disciplina de Saúde Coletiva I, Professor do Curso de Especialização em Saúde da Família, onde ministra aulas do tema correspondente e desenvolve um trabalho de Gerência de Qualidade no setor Saúde.

— O docente que aceitar a indicação na orientação do trabalho final de conclusão do curso terá de cumprir, rigorosamente, essa função.

CORPO DOCENTE POR ÁREA TEMÁTICA E UNIDADES

ÁREAS TEMÁTICAS – AT DISCIPLINAS	CARGA HORÁRIA
Área Temática I:Contexto e quadro conceitual da Saúde	
Disciplinas:	
Estado, Sociedade e Políticas Sociais. História das Políticas Sociais no Brasil. Globalização e Políticas Sociais. Controle Social (Conselhos de Saúde e outros instrumentos).	14 h
A história e as políticas de saúde no Brasil. Desenvolvimento da Saúde Pública no Brasil. Desenvolvimento da Previdência no Brasil. História da Saúde em Goiás. A Reforma Sanitária, Constituição e as Leis Orgânicas da Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde.	22 h
Os planos de Gestão do SUS. Normas Operacionais de Saúde (91 e 93). Nob/96-SUS. NOAS. Estratégias de aplicação das normas operacionais.	16 h
Modelos de atenção à saúde. Origem do modelo hospitalocêntrico. Medicina Comunitária, Atenção Primária de Saúde e Programas Integrais de Saúde(Modelo Programático). Sistemas Locais de Saúde(SILOS) e Distritos Sanitários. Modelos Alternativos(Cidade Saudável, Defesa da Vida e Programa Saúde da Família). Descentralização(Regionalização e Municipalização). Consórcios de Saúde. Estratégias de aplicação dos modelos assistenciais.	28 h
Área Temática II: Gestão de sistemas e Serviços. Disciplinas: Modelos de Gerência Social Gerenciamento e o processo de mudança. Diagnóstico organizacional e os métodos de mudança. Estratégias de mudança do modelo de gerência social.	24 h
Sistema de Informações. Sistema Nacional de Informação em Saúde. Introdução à Informática(uso de banco de dados e Internet). Análise de dados.	40 h

Utilização de Banco de Dados do DATASUS. Planejamento em Saúde. História do Planejamento na AL e na Saúde. Métodos de Planejamento e o Planejamento Estratégico em Saúde(PES). MAPP. Planos e Projetos. PPI e PDR. Programas e Projetos (Informações e uso de Dados). Trabalho em campo (Elaboração de um Projeto, Programa, PPI, PDR, PES ou MAPP).	32 h
Epidemiologia. Conceitos gerais de Epidemiologia. Epidemiologia na prática dos serviços de saúde e Programas. Dinâmica das doenças infecciosas e não infecciosas.	28 h
Gestão de Recursos Humanos. Problemas gerenciais e recursos humanos em saúde. Recursos humanos e relações de trabalho no setor saúde. Estratégia de organização de RH.	20 h
Mecanismo de pactuação e regulação. Instrumentos de negociação e pactuação. Negociação como instrumento de gerência nos serviços de saúde.	8 h
Metodologias de investigação de sistemas de saúde. A vigilância como instrumento de saúde pública. Vigilância à saúde. Vigilância Sanitária e meio ambiente. Estimativa Rápida. Metodologia Científica e Iniciação ao Trabalho Científico.	38 h
Área Temática III: Ferramentas Gerenciais. Disciplinas:	
Financiamentos e Orçamentos. Histórico da gestão financeira em saúde. Instrumentos de gestão financeira. Legislação Básica do SUS na área financeira. Alocação de Recursos. Estratégias de organização da área financeira.	26 h 20 h
Gerência de Materiais. Organização e Planejamento de materiais – rotinas. Gerenciamento de manutenção.	

Estratégias para organização de materiais.	
	16 h
Gerência de Compras.	
Planejamento e organização de compras.	
Instrumentos de licitações.	
Estratégias de organização de compras.	
	2 h
Gerência de qualidade.	
Avaliação.	
Qualidade e questões associadas.	
Aplicação das idéias de Avaliação e Qualidade.	
	16 h
Gerência de custo.	
Conceito e tipos de custo nos serviços de saúde.	
Organização de serviços de custo.	
Controle e contenção de custos.	
	360
TOTAL	

Fonte dos dados populacionais: IBGE, 2001.

7. Cronograma Previsto

8.1. Período de aprovação do projeto:

De Abril de 2002 a Junho de 2002.

8.2. Divulgação e abertura de inscrições:

Junho de 2002 – 1ª. semana.

8.3. Período de seleção:

Junho de 2002 – 2ª. semana.

8.4. Período de matrículas:

Junho de 2002 – 3ª.semana.

8.5. Início e término previsto das aulas nos módulos.

Módulo 1: Junho de 2002.

Módulo 2: Agosto de 2002.

Módulo 3: Setembro de 2002.

Módulo 4: Outubro de 2002.

Módulo 5: Novembro de 2002.

Módulo 6: Janeiro de 2002.

Módulo 7: Fevereiro de 2002.

Módulo 8: Março de 2002.

Módulo 9: Abril de 2003.

8.6. Período final para entrega das monografias:

Maio de 2003.

8.7. Período final para resultado de avaliação das monografias:

Junho de 2003.

8. Recursos Financeiros

- Os recursos financeiros serão oriundos da OPAS / Ministério da Saúde mais taxa de matrícula.

- Previsão de orçamento básico operacional para os três cursos:

ITEM	VALOR
RECEITA** (detalhar a fonte) total	R$265.848,50
Matrícula (75alunos x 37,98)	R$2.848,50
Ministério da Saúde	R$263.000,00
PREVISÃO DE DESPESAS	
1- ATIVIDADES ADMINISTRATIVAS (total)	R9.500,00
Pessoa Jurídica (Café)	R$9.500,00
2- ATIVIDADES DOCENTES (total)	R$150.000,00
* Professor-Pessoa Física (Hora-aula+Orientação de Monografia)	R$102.300,00
Passagens	R$10.500,00
Hospedagem e alimentação (diária)	R$7.200,00
* Professor (3 Tutores)	R$30.000,00
3- IMPRESSOS (total)	R$396,23
Folders, cartazes, certificados	R$396,23
4- MATERIAL DE CONSUMO (total)	R$4.500,00
Escritório	R$1.500,00
Informática	R$1.500,00
Específicos	R$1.500,00
Material didático e educativo: fitas de vídeo, livros, CD	
Limpeza	
Etc...	
5- REPROGRAFIA (total)	R$6.000,00
Apostila	R$6.000,00
6- INVESTIMENTO (Equipamento) (total)	R$25.000,00
(máquinas, móveis, livros, instrumentais, etc.)	
Total das Despesas	R$195.396,23
7-TAXAS (total)	R$37.377,28
Fundo Institucional = 5% (receita – investimento)	R$12.042,43
Fundo Local > ou = 5% (receita – investimento)	R$12.042,43
Taxa Fundação < ou = 5% (total da receita)	R$13.292,43
8- IMPOSTOS	R$33.075,00
* INSS – (20% - devido da unidade p/pag. pessoa Física)	R$26.460,00
ISS (5%)+ IRRF (retido da pessoa)	R$6.615,00
TOTAl - Geral	R$265.848,50
TOTAL (RECEITA - PREVISÃO DE DESPESAS = 0)	(R$ 0,00)

UFG - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública — DMTSCD

Curso de Especialização em Gestão e Gerência de Sistemas de Saúde

FICHA DE INSCRIÇÃO Nº. _____

1.Nome Completo:_____

_____

2.Filiação_____

_____

3. Endereço_____

_____

Tel.Res.: ( )_____ Tel comercial ( ) _____ Tel celular( ) _____

4. Identificação : CPF_____ Est. Civil _____

Cart. Ident. _____ Órgão expedidor: _____ UF_____

5. Formação acadêmica

Graduação: Instituição: _____

Curso: _____ Ano de conclusão_____

Pós-graduação anterior: Tipo e Nome_____

_____Instituição; _____

_____

6.Atividade profissional

Empresa_____

_____

Endereço_____

_____

_____

Cargo: _____ Telefone_____

UFG - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública- DMTSCD

Curso de Especialização em Gestão e Gerência de Sistemas de Saúde

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

À

Coordenação do Curso de Especialização em Gestão e Gerência de Sistemas e Serviços de Saúde

Prezado Coordenador,

Eu, _____

portador da cédula de Identidade Nº. _____ , expedida em ____/____/____ pelo ____ UF____ , residente e domiciliado em _____

_____Estado de _____sito à _____

_____ Nº. _____

Apto._____ ; graduado(a) em_____ pela _____

_____,venho a V.s. requerer a minha inscrição no processo de seleção do Curso de Especialização em Gestão e Gerência de Sistemas e Serviços de Saúde, disposto a submeter-me à entrevista e análise de Curriculum Vitae, conforme o art.3º.do Regimento Geral do mesmo curso, e concordando com os critérios de avaliação e prazos de término de conclusão estipulados pela comissão de seleção.

Nestes termos,

Peço deferimento

_____

Goiânia, de de

UFG - Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública- DMTSCD

Curso de Especialização em Gestão e Gerência de Sistemas de Saúde

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS DOCENTES

A cada pergunta indique a alternativa de resposta que expressa sua opinião. São conceitos utilizados**:**

MB= Muito Bom B=Bom R=Regular F= Fraco P=Péssimo

1. Identificação

Professor _____ Disciplina _____

2. Avaliação

Itens	Conceito
Assiduidade: O professor comparece com regularidade e exatidão às aulas e compromissos assumidos com os alunos.	
Pontualidade: O professor não se atrasa nem prolonga muito a aula, além do tempo estabelecido.	
Dedicação: O professor demonstra que gosta da tarefa de ensinar e está sempre disposto a esclarecer dúvidas.	
Atendimento extraclasse: O professor se mostra disponível para atender os alunos em horários fora da aula.	
Planejamento da disciplina: O professor distribui aos alunos seu programa, com objetivos, conteúdos, procedimentos, forma de avaliação e bibliografia.	
Habilidade didática: O professor tem uma linguagem clara, coerente e acessível aos alunos. Relaciona os conteúdos da disciplina entre si, bem como o conteúdo de outras disciplinas, respondendo às perguntas de forma precisa.	
Sistema de avaliação do aproveitamento: O professor elabora as provas/exercícios de acordo com a matéria ensinada e o tempo disponível para respostas. Corrige-os com esclarecimento ao aluno da nota atribuída.	

OBJETIVOS, EMENTA E BIBLIOGRAFIA DO PROGRAMA DO CURSO.

Área Temática I:Contexto e quadro conceitual da Saúde

1. Estado, Sociedade e as Políticas Sociais.

Objetivos

- Conhecer o processo histórico e econômico das políticas sociais em nível internacional e no Brasil e o seu reflexo na área da saúde.
- Entender o significado e o impacto do controle social, suas diferentes formas e possibilidades, refletindo sobre os modos de participação popular possíveis nos diferentes grupos sociais.
- Conhecer as formas de organização e participação populares direcionadas ao setor saúde.
- Compreender as estratégias de integração dos serviços de saúde com comunidade usuária, visando uma maior apropriação e mais efetivo controle, por parte da sociedade.
- Compreender o processo de formação de redes sociais e a forma como estas influenciam nas vidas das pessoas.

Ementa

Correntes teóricas sobre o desenvolvimento das políticas sociais e seus determinantes econômicos. O processo de globalização na saúde. Controle social. Racionalidades econômicas na área da saúde. Conselhos locais de saúde. Relação entre gestores e conselhos de saúde. Relação entre gestores e outras organizações comunitárias. Organização popular.

Carga horária

Intraclasse: 14 horas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E S; ZIONI, F & CHIORO,A. Estado, Políticas Públicas e sistema de Saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. Texto mimeo, 1997.

COSTA, NR; MINAYO, MC; RAMOS, CL; STOTZ, EN (Org.). Demandas populares, políticas públicas e saúde. Vol. II. Petrópolis: Vozes-ABRASCO, 1989.

COHN, A; NUNES, E; JACOBI, PR; KARSCH, US. A saúde como direito e como serviço. São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, A. Estado, políticas públicas e saúde. Ciências Sociais e Saúde, Canesqui A M (org.) .Hucitec:São Paulo, 1997.

DONNANGELO M C F; PEREIRA L. Saúde e sociedade. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1979.

FLEURY TEIXEIRA, S M. políticas sociais e cidadania na América Latina. Ciências Sociais e Saúde, Canesqui A M (org.) .Hucitec:São Paulo, 1997.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Clínica. Forense-Universitária, Rio de Janeiro, 1987. 241 pág.

LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes; 1991.

GARCIA J C. Medicina e sociedade. As correntes de pensamento no campo da saúde. In: E. D. Nunes, Org. Textos. Medicina Social. Aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global Editora, 1983.

GARCIA, JC. Pensamento Social em Saúde na América Latina. São Paulo, Cortez/Abrasco, 1989. 238 pág.

GRAMSCI, A. Maquiavel, a política e o estado moderno. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

MENDEL, E; O Capitalismo Tardio: Nova Cultura, São Paulo, 1985.

MENDES, EV. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MENDES, EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

SOARES, T S; As atuais políticas de Saúde: os riscos do desmonte neoliberal. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 53. Brasília, 2000.

VIANA, A L. Enfoques metodológicos para os estudos sobre políticas sociais. Ciências Sociais e Saúde, Canesqui A M (org.) .Hucitec:São Paulo, 1997.

2. A história e as políticas de saúde no Brasil.

Objetivos

- Conhecer a evolução das políticas públicas de saúde no Brasil com ênfase no processo de reforma sanitária.
- Conhecer os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e os limites e dificuldades na sua implantação.
- Conhecer a importância política e o papel das Conferências Nacionais de Saúde nos diversos momentos históricos brasileiros.
- Conhecer a história da Saúde Pública e a organização dos serviços de saúde no Estado de Goiás.

Ementa

Evolução das políticas de Saúde no Brasil. Reforma Sanitária. SUS: princípios e diretrizes. Organização dos Serviços de Saúde em Goiás. Conferências Nacionais de Saúde. Legislação em Saúde.

Carga horária

Intraclasse: 22 horas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E S; ZIONI, F & CHIORO,A. Estado, Políticas Públicas e sistema de Saúde: antecedentes, Reforma Sanitária e o SUS. Texto mimeo, 1997.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII conferência Nacional de Saúde. 1986, Brasília.

FLEURY TEIXEIRA, S M; OLIVEIRA, J A de A. Imprevidência Social, Rio de Janeiro: ABRASCO/ VOZES, 1986.

FREITAS L C B F (Org.). Saúde e Doença em Goiás. Goiânia: Editora da UFG, 1999.

IBÁÑEZ, N & MARSIGLIA, R. Medicina e Saúde: Um enfoque histórico. Saúde e Debate 129 – Série Didática. HACUITEC: São Paulo, 2000.

CARVALHO, G I & SANTOS, L. Sistema Único de Saúde.comentários à Lei Orgânica da Saúde. São Paulo: HUCITE, 1992.

LUZ, M T; Notas sobre as políticas de Saúde no Brasil de "Transição democrática" – anos 80. PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva. Vol 1, Número 1, 1991.

VIANA, A L D. As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: o (longo) período de reformas. Saúde e Debate 129 – Série Didática. HACUITEC: São Paulo, 2000.

3. Os planos de Gestão do SUS.

Objetivos

- Conhecer as Normas Operacionais Básicas de Saúde, seus limites e as contribuições para o processo de mudança do SUS.
- Conhecer as características e as condições de gestões municipais e estaduais definidas pelas NOBS e NOAS.
- Compreender as estratégias necessárias para a implantação das NOBS e da NOAS.
- Analisar as possibilidades e dificuldades de implantação das NOBS e da NOAS no seu campo de trabalho.

Ementa

Normas Operacionais Básicas de Saúde. Características e Condições das Gestões Estaduais e Municipais de Saúde.

Carga horária.

Intraclasse: 16 horas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica INAMPS Nº. 1/91. Diário Oficial da União de 18 de julho de 1991, Brasília, pp 14216 – 14219.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS Nº. 2/92, Portaria Nº. 234/92. Diário Oficial da União. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS Nº. 1/93, Portaria Nº. 545/93.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instrução Normativa Nº. 1 de 23/9/1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias: Nº. 30/SAS de 24/4/1995, Portaria Nº.46 de 12/6/95, Portaria 50/SAS de 21/06/95, Portaria 51 de 21/6/95, Portaria Nº.52 de 22/06/95, Portaria Nº.58 de 30/06/95, Portaria Nº.74/SAS de 24/07/95, Portaria Nº.75/SAS de 24/07/95, . Portaria Nº.2.203 de 5/11/96 e Resolução SS-367 de 28/11/95.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica – SUS 01/96. Diário Oficial da União 6/nov/1996. Brasília.

1. Modelos de atenção à saúde.

Objetivos

- Conhecer os modelos tecno-assistenciais no Brasil, identificando o momento histórico e suas diferenças teóricas e operacionais.
- Compreender o processo de construção dos sistemas locais de saúde — distritos sanitários previstos no modelo de assistência integral do Sistema Único de Saúde — SUS.
- Compreender as principais características das diversas propostas de modelos assistenciais implantados no Brasil.
- Conhecer o processo de descentralização da Saúde no Brasil e no estado de Goiás.
- Identificar as principais formas de organização dos municípios para equacionar as dificuldades de organização do sistema local de saúde.
- Identificar as principais vantagens e entraves na descentralização e municipalização na área da saúde.

Ementa

Modelos tecno-assistenciais. Descentralização das ações de saúde – Regionalização e Municipalização. Consórcios de Saúde. Sistemas Locais de Saúde. Distrito Sanitário. Atenção Primária de Saúde. Programa de Saúde da Família. Saúde Comunitária. Territorização.

Carga horária

Intraclasse: 28 horas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E S; CASTRO, C G J; VIEIRA, C A L. Distritos Sanitários: concepção e Organização - SAÚDE & CIDADANIA. São Paulo, Editora F. Peirópolis, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde – Construindo um novo Modelo. Cadernos Saúde da Família v.1 n.1., Brasília, 1996.

CAMPOS, GWS. Reforma da reforma. Repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIAB: Manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIAB: Manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

CAMPOS, G W S. Um balanço do processo de Municipalização dos serviços de saúde no Brasil. In Saúde em Debate (28) : 24-7, 1990.

CAMPOS, G W S. A Saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: HUCITEC, 1991.

CAMPOS, GWS. Reforma da reforma. Repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CARVALHO, G de C M. A implantação do SUS: Nós Críticos a Nível Estadual. In Saúde em Debate (45):4-8, 1994.

CASTELLANOS, P L. La Epidemiologia y la Organización de los sistmas de Salud. In Los sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos y Experiencias. Publicacacion Científica 519, OPS, Washington, 1990.

CORDON JÚNIOR, L; Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira. São Paulo, 1979.

GOULART, F A R. Municipalização: Veredas – Caminhos do Movimento Muncipalista de Saúde no Brasil. Brasília, CONASEMS, 1995.

MENDES, E V. Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MERHY, E E; R.Onocko (org). Agir em Saúde. Um Desafio para o Público. São Paulo, HUCITEC, 1997. Saúde em Debate No. 108 – Série didática No. 6.

MERHY, E E & FRANCO T; PSF: Contradições e novos desafios, Conferência On-Line. http://www.datasus.gov.br/cns.

SILVA JUNIOR, A G. Modelos tecnoassistenciais em saúde. O debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC, 1998.

TEIXEIRA, SF. Saúde: Coletiva? Questionando a Onipotência do Social. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992.

VILAÇA, E M. Distrito Sanitário: O processo Social de Mudanças das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo, HUCITEC, 1993.

Área Temática II: Contexto e quadro conceitual da Saúde

1. Modelos de Gerência Social

Objetivos

- Conhecer o histórico das filosofias de Administração.
- Entender o conceito de cultura organizacional.
- Compreender o processo de mudança como uma estratégia de reorganização do modelo de gerência no intuito de ampliar a participação social.
- Realizar um diagnóstico organizacional.
- Compreender o processo de organizar e gerenciar na situação de mudança.
- Compreender o conceito de interdisciplinaridade e suas aplicações no campo da saúde.
- Conhecer os tipos de gerência social.

Ementa

Aplicação do conceito de administração e gerência flexível com a participação social na área da saúde. Organizações e Gerências sociais.

Carga horária

Intraclasse: 24 horas.

REFERÊNCIAS

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria Geral da Administração. São Paulo: McGraw Hill, 1983.

DRUCKER, P. Administração: Tarefas, Responsabilidades e Práticas. Ed. Pioneiras: São Paulo, 1975, vol 1.

JAPIASSU, H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KAST, F & JAMES, E R. Organização e Administração: Um enfoque Sistêmico, São Paulo: Pioneiras, 1976.

KISIL, M. Gestão da Mudança Organizacional – Saúde & Cidadania. São Paulo: F. Peirópolis, 1998.

MANDELLI, M J & FEKETE, M C. A administração Estratégia em Unidade de Saúde. Projeto Gerus. Brasília, 1995.

MÉDICI, A C; SILVA, P L B. A administração Flexível: uma introdução às novas filosofias de gestão. Projeto Gerus. Brasília, 1995.

MINAYO, M C S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. Medicina, Ribeirão Preto, 24(2): 70-77, 1991.

2. Sistema de Informações.

Objetivos

•Conhecer o Sistema Nacional de Informação em Saúde.

•Apreender a utilizar o computador para ter acesso a banco de dados do DATASUS.

•Apreender a usar planilhas de dados para trabalhar as informações em saúde.

Ementa

Sistemas de informações da atenção básica. Relacionamento e *linkage* entre sistemas de informação. Sistemas de informação geográficos. Informática em saúde. Programas de gerenciamento e análise de dados. Epiinfo.

Carga horária

Intraclasse: 40 horas.

REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SIAB: Manual do sistema de informação de atenção básica / Secretaria de Assistência à saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

2. Planejamento em Saúde.

Objetivos

- Subsidiar a elaboração de planejamento, tendo em vista o contexto onde se insere a ação.
- Conhecer diversos métodos e propostas de planejamento em saúde.
- Capacitar os profissionais na aplicação de estratégias de planejamento para o nível local.

Ementa

Planejamento em saúde. Planejamento normativo e estratégico. Planejamento estratégico em nível local. Método Altadir de Planejamento Popular. Análise de situação de saúde. Desenho de situação objetivo. Desenho de estratégias. Programação. Acompanhamento das intervenções. Avaliação de estrutura, processo e resultados.

Carga horária

Intraclasse: 32 horas.

REFERÊNCIAS

ARTMAM, E. O planejamento estratégico-situacional: a trilogia matusiana e uma proposta para o nível local de saúde (uma abordagem comunicativa). Tese de mestrado, ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1993.

MATUS, C. O Método PES – Roteiro de Análise Teórica. Ed. Fundap: São Paulo, 1996.

MENDES, E C e cols. Distrito Sanitário – O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do SUS. HUCITEC: São Paulo, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Série HSP –UNI / Manuais Operativos - Vol. 1, 1995.

SCHRAIBER, LB (Org.). Programação em saúde hoje. São Paulo: HUCITEC, 1990.

4. Epidemiologia.

Objetivos

- Conhecer os usos e aplicações da epidemiologia na atenção básica a saúde.
- Compreender as principais abordagens analíticas da epidemiologia.
- Identificar os principais instrumentos de analise da situação de saúde de uma população.
- Conhecer os principais sistemas de informações epidemiológicas.

Ementa

Usos da Epidemiologia. Epidemiologia descritiva. Epidemiologia analítica. Medidas de freqüência de doenças e agravos. Medidas de freqüência em pequenas áreas. Indicadores de saúde. Análise de situação de saúde. Métodos epidemiológicos. Epidemiologia em serviços de saúde. Sistemas de informação epidemiológicas. Levantamentos epidemiológicos (surveys). Estudos ecológicos. Epidemiologia e planejamento de saúde na atenção básica.

Carga horária

Intraclasse: 40 horas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, ALSS, ZICKER, F (Org.). Métodos de investigação epidemiológica em doenças transmissíveis. Vol I e II. Brasília: OPAS-FNS, 1997.

BARROS, FC; VICTORA, CG. Epidemiologia da saúde infantil. UM manual para diagnósticos comunitários . São Paulo: HUCITEC-UNICEF, 1991.

DEVER, GEA. A epidemiologia na administração dos serviços de saúde. São Paulo: Pioneira, 1988.

HENNEKENS, CH; BURING, J E. Epidemiology in medicine. Boston-Toronto: Little, Brown and Company, 1987.

JEKEL, JF; ELMORE, JG; KATZ, D L. Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KLEINBAUM, DG; KUPPER, LL, MORGENSTERN, H. Epidemiologic research. Principle and quantitative methods. New York. Van Nostrand Reinhold Company, 1982.

PEREIRA, MG. Epidemiologia. Teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

SUSSER, M. The logic in ecological I: the logic of analysis. American Journal of Public Health, 84(5):825-829, 1994.

VAUGHAN, JP; MORROW, RH. Epidemiologia para os municípios. Manual para gerenciamento dos distritos sanitários. São Paulo: HUCITEC, 1992.

PEREIRA M G. Epidemiologia. Teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

SUSSER M, SUSSER. Choosing a future for epidemiology I: eras and paradigms. American Journal of Public Health, 86 (5): 668-673, 1996.

SUSSER M, SUSSER E. Choosing a future for epidemiology II: from black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. American Journal of Public Health, 86(5):674-677, 1996.

5. Gestão de Recursos Humanos.

Objetivos

- Conhecer o processo histórico do desenvolvimento de RH no sistema de saúde.
- Compreender as principais funções de uma gerência de Recurso Humanos nos serviços de saúde.
- Conhecer os principais entraves e os problemas gerenciais ligados a RH.
- Compreender os principais conflitos na organização de RH.
- Conhecer a estrutura da administração de RH.
- Compreender a relação de trabalho na administração pública e as principais propostas para o desenvolvimento de RH no SUS.

Ementa

Política de Recursos Humanos nos serviços Públicos. Administração de Recurso Humanos em Serviços de Saúde. Gestão de Recursos Humanos para o SUS. Relação de trabalho no setor Saúde.

Carga horária

Intraclasse: 40 horas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Geral. Secretaria de Recursos Humanos. Conferência Nacional de Recursos Humanos: Relatório final. Brasília, 1986.

CAMPOS, F E. A questão de recursos humanos no distrito sanitário. Opas: Brasília, 1988.

DUSSAULT, J. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Ver. Adm. Pub.26(2): Rio de Janeiro, 1992

FURTADO, A. Bases sociais, técnicas e econômicas do trabalho em saúde: implicações para a gestão de recursos humanos. OPAS / OMS: Brasília, 1992.

MALIK, A M. & NEUHAUSER, D. Comportamento Organizacional para Administração de Serviços de Saúde. Revista de Administração de Empresas, 23 (1), 1983.

MALIK, A M. Manual de Recursos Humanos en Salud. OPS, HSP – UNI Vol.1, No. 3, 1996.

MALIK, A M e cols. Gestão de Recursos Humanos. Saúde & Cidadania. E.F. Peirópolis: São Paulo, 1988.

NOGUEIRA, R P. Perspectivas de Qualidade em Saúde. Qualitymark: São Paulo, 1994.

NOGUEIRA, R P. O trabalho em serviços de Saúde. Projeto Gerus. Brasília, 1988.

SANTANA, J P. Formulação de Políticas de Recursos Humanos nos Serviços de Saúde. Saúde em Debate, no. 28, março de 1990.

SANTANA, J P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. Projeto Gerus. Brasília, 1988.

6. Mecanismo de Pactuação e Regulação.

Objetivos

- Propiciar aos profissionais conhecimentos de mecanismos e instrumentos de regulação.
- Apresentar formas e ações de controle que possam ser usadas na organização dos serviços de saúde.
- Identificar as principais formas de procedimentos apuratórios de responsabilidade.
- Problematizar as dificuldades surgidas, propondo alternativas para o cotidiano do trabalho dos profissionais de gestão.
- Conhecer o processo de negociação e pactuação como instrumento de gestão e gerência de serviços.

Ementa

Instrumentos de Regulação. Auditoria Operacional e Analítica. Processos Administrativos. Instrumentos de Negociação e Pactuação.

Carga horária

Intraclasse: 32 horas.

REFERÊNCIAS

BERKELEY, A. & COLOSI, T. Negociación Colectiva: El arte de conciliar intereses. Editora Limusa: México, 1989.

CALEMAN e cols. Auditoria, Controle e Programação de Serviços de Saúde. Saúde & Cidadania. E.F. Peirópolis: São Paulo, 1998.

COHEN, H. Todos es Negociable. Editorial Planeta: Caracas, 1983.

CROSBY, B. El analisis Politico y El Sector Salud. Incae/OPS: Costa Rica, 1990.

FISHER, R. & URY, W. Obtenga el SI. El arte de negociar sin Ceder. C. E. Continental: México, 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Exposição de Motivos. Sistema Nacional de Auditoria. Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle, Avaliação e Auditoria: Atos Normativos. Brasília 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instrumentos de Avaliação para Centros e Postos de Saúde. Brasília, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do Sistema de Informação Ambulatorial. Brasília, 1966.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Informações Hospitalar. Brasília, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Roteiro de Visita Ambulatorial e Hospitalar, (mimeografado).

TRUMP, D. El arte de la Negociación. E.Grijalbo: Caracas, 1989.

7. Metodologia de investigação de sistemas de saúde.

Objetivos

- Conhecer o modelo de vigilância da saúde e o escopo das atividades de vigilância da saúde e as atividades de vigilância da saúde no contexto do município e do estado.
- Conhecer e analisar as dificuldades de implantação e desenvolvimento das atividades de vigilância da saúde e sua integração com outras atividades.
- Conhecer e analisar os diversos projetos e práticas de assistência integral no modelo de vigilância da saúde municipais em experiências.
- Introduzir metodologias de utilização de base territorial definida para assistência à saúde.
- Desenvolver com os profissionais uma postura investigativa, através da problematização de temas de interesse dos componentes do grupo.
- Propiciar aos profissionais conhecimentos de técnicas para elaboração e divulgação de trabalhos científicos.
- Capacitar os profissionais à elaboração do projeto de conclusão de curso dentro das normas técnicas.
- Habilitar os profissionais a acessarem os bancos de dados bibliográficos e realizarem revisão de literatura científica.
- Trabalhar a importância da compreensão das correntes teóricas no campo da saúde coletiva.
- Analisar as principais correntes teóricas e suas implicações para a pesquisa na área da saúde.
- Conhecer as principais abordagens de pesquisa no campo da saúde.
- Conhecer e dominar o método da Estimativa Rápida.
- Identificar os conceitos básicos do paradigma da medicina baseada em evidências.
- Conhecer os princípios do método epidemiológico.
- Conhecer as abordagens de pesquisa social qualitativa.

Ementa

Correntes de pensamento no campo da saúde coletiva. Medicina baseada em evidências. Método epidemiológico. Pesquisa qualitativa. Investigação antropológica. Quantitativo

versus qualitativo. Subjetivo *versus* objetivo. Modelo de vigilância da saúde. Identificação de problemas e necessidades de saúde. Organização das práticas sanitárias. Controle de riscos. Controle de danos. Ações programáticas em saúde. Oferta organizada e demanda espontânea. Vigilância sanitária. Vigilância epidemiológica. Assistência médica, hospitalar e domiciliar. Promoção da saúde. Proteção da saúde. Rastreamento. Diagnóstico precoce. Limites do dano. Reabilitação. Territorialização. Responsabilização sanitária. Vigilância da saúde no município e no estado. Metodologia do trabalho científico. Novos paradigmas na ciência. Projeto de pesquisa. Tipos de pesquisa. Pesquisa empírica. Pesquisa não empírica. Estimativa Rápida como coleta de informação para diagnóstico do nível local. Etapas de uma pesquisa. Pesquisa bibliográfica. Acesso a bases de dados. Documentação. Programas de manuseio de referências bibliográficas. Leitura crítica da literatura científica.

Carga horária

Intraclasse: 38 horas.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A J; GEWANDSZNAJDER F. O método nas ciências naturais e sociais. Pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.

CAMARGO, JRKR. Paradigma ciência e saber médico. Estudos em Saúde Coletiva, 6:1-20. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 1992.

CONTANDRIOPOULOS, A; CHAMPAGNE F; POTVIM L; DENIS J; BOYLE P. Saber preparar uma pesquisa. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

DRUMOND J P; SILVA E. Medicina baseada em evidências. Novo paradigma assistencial e pedagógico. São Paulo: Atheneu, 1998.

HÜHNE, LM (Org.). Metodologia científica. Caderno de textos e técnicas. Rio de Janeiro: Agir, 1997.

MINAYO, MC. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro - São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

SANTOS, BS. Introdução a uma ciência pós-moderna. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

SANTOS, M A; GONÇALVES, S M F. Notas sobre a metodologia da Estimativa Rápida Participativa, NESCON / UFMG: Belo Horizonte, 1992.

SCHNITMAN, DF (Org.). Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artmed, 1996.

SEVERINO, AJ. Metodologia do trabalho científico. 17ª ed., São Paulo: Cortez - Autores Associados, 1991.

TEIXEIRA, CF, PAIM J S, VILASBÔAS A L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. IESUS, Ano VII, Número 2, Abril-Junho, 1998.

ÁREA TEMÁTICA III: Ferramentas Gerenciais.

1. Financiamento e Orçamento.

Objetivos

- Compreender o contexto social, político e econômico das mudanças financeiras em saúde no Brasil.
- Conhecer a história da descentralização financeira do setor saúde e a Legislação Básica referente à área financeira.
- Discutir as funções, objetivos e formas de organização da gestão financeira.
- Conhecer os critérios para criação, utilização e a organização dos Fundos de Saúde.
- Discutir os critério, utilização de recursos e as medidas corretivas.
- Conhecer as diversas formas de financiamento do SUS e os desafios que se impõe para conseguir e administrar.
- Conhecer os instrumentos mais utilizados na gestão financeira, seus princípios e aplicação.
- Problematizar as dificuldades de organização da gestão financeira.
- Discutir as mudanças e perspectivas do financiamento em saúde.

Ementa

Gestão Financeira, contexto, mudanças e organização. Fontes de Financiamento. Fundos de Saúde. Processo histórico do financiamento de saúde no Brasil.

Carga horária

Intraclasse: 26 horas.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: Uma Agenda para os Anos 90. Relatório No 12655, janeiro de 1995.

COUTTOLENC, F B. & ZUCCHI, P. Gestão de Recursos Financeiros. Saúde & Cidadania. E.F. Peirópolis. São Paulo, 1988.

DEVER, G E A. A epidemiologia na Administração dos serviços de Saúde. Pioneira: São Paulo, 1988.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE. Guia de Referência para a sua Criação e Organização.

GRILO, S C A. Administração Financeira. Fundação SESP, 1983.

LEITE, H P. Introdução à Administração financeira. Atlas: São Paulo, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.Sistema Único de Saúde. Conselho de Saúde Guia de Referências para a sua Criação e Organização.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Administração de Saldos e Excedentes de Gastos em Relação ao Teto Financeiro Mensal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Coletânea de Legislação Básica. Nova Política de Financiamento do SUS. Brasília, 1991.

2. Gerência de Materiais.

Objetivos

- Conhecer os princípios de organização e normalização dos materiais por setor, permitindo uma especificação, classificação, codificação e padronização de uso para as diversas áreas de trabalho.
- Compreender a gestão de estoques os indicadores de gestão e os princípios básicos como estoque de reserva, período de renovação, nível de ressuprimento e prazo de abastecimento.
- Conhecer a função, organização, instalação e critérios de armazenamento.
- Conhecer as rotinas para o sistema de administração de materiais.
- Conhecer as etapas de organização de inventário de materiais e equipamentos.
- Aprender a elaborar um plano de trabalho e rotinas para organização de uma gerência de manutenção.
- Conhecer os instrumentos básicos para a criação de uma gerência de manutenção.

Ementa

Manutenção de Serviços de Saúde. Controle de Estoque. Organização de Serviços de armazenamento. Organização e Planejamento de materiais.

Carga horária

Intraclasse: 20 horas.

REFERÊNCIAS

BROZINO, J D. Management of Medical Technology: A Primer for Clinical Engineers. Butterworth-Heinemann: Stoneham, 1992.

CENTRAL DE MEDICAMENTOS – CEME. Almoxarifados – Centrais de Medicamentos, Manual de Recomendações para projetos de Construção. Brasília, 1984.

DIAS, M A P. Administração de Materiais - Uma Abordagem Logística, 2ª.Ed. Atlas: São Paulo, 1986.

HEALTH EQUIPMENT INFORMATION-HEI. Management of Equipment. HEI, No. 98, Janeiro de 1982.

GONÇALVES, P S. Administração de Estoques: Teoria e Prática. Interciência: Rio de Janeiro, 1987.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Equipamentos para Estabelecimentos Assistenciais de Saúde: Planejamento e Dimensionamento, Brasília, 1994.

NETO VECINA, G & REINHARDT FILHO. W. Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos. Saúde & Cidadania – Vol 12. E. F.Peirópolis: São Paulo, 1988.

REISMAN, A Systems Analysis in Health-Care Delivery. Lexington Books: Massachustts, 1979.

3. Gerência de Compras.

Objetivos

•Conhecer os Princípios e legislações da licitação.

•Conhecer as fases do processo licitatório.

•Conhecer as modalidades de licitação.

•Conhecer a dispensa e inexigibilidade das licitações.

Ementa

Licitação em Serviço Público de Saúde. Fases do Processo licitatório.

Carga horária

Intraclasse: 16 horas.

REFERÊNCIAS

CORREA, J. Gerência Econômica de Estoques e Compras. E.F.Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1987.

MEIRELES, H L. Licitação e Contrato Administrativo. Revista dos Tribunais: São Paulo, 1991.

MOTTA, C P C. Eficácia nas Licitações e contratos. Del Rey: Belo Horizonte, 1994.

NETO VECINA, G & REINHARDT FILHO. W. Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos. Saúde & Cidadania – Vol 12. E. F.Peirópolis: São Paulo, 1988.

4. Gerência de Qualidade.

Objetivos

- Conhecer o processo histórico da implantação do controle de qualidade e as principais experiências de implantação.
- Compreender a importância da organização de gerência de qualidade para o desenvolvimento do SUS no estado de Goiás e no seu município.
- Conhecer os métodos de avaliação das ações de saúde.
- Conhecer experiências de Acreditação de Organizações de Saúde.
- Conhecer a proposta de Municípios Saudáveis.
- Organizar um modelo de aplicação para as idéias de avaliação e qualidade – serviços ou rede de acreditação.

Ementa

Qualidade nos serviços de saúde. Avaliação nos serviços de saúde. Serviço ou rede de acreditação.

Carga horária

Intraclasse: 12 horas.

REFERÊNCIAS

AGUAYO, R. Dr. Deming, o americano que ensinou qualidade total aos japoneses. Editora Campus: Rio de janeiro, 1993.

AZEVEDO, A C. Indicadores da Qualidade e Produtividade em Serviços de Saúde, in Revista Indicadores da Qualidade e Produtividade.

BARROS, M E D. Políticas de Saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência.... Ciências Sociais e Saúde, Canesqui A M (org.) .HUCITEC: São Paulo, 1997.

DEMING, W E. Qualidade: A Revolução da Administração. Marques – Saraiva: Rio de Janeiro, 1990.

GILMORE, C M & NOVAES, H M. Manual de Gerencia de la Calidad. OPS, OMS, Fundación W.K. Kellogg – Série HSP – UNI, volume III, No 9, 1996.

ISHIKAWA, K. Controle de qualidade total à maneira japonesa. Editora Campus: Rio de Janeiro, 1993.

NOGUEIRA, R P. A Gestão da Qualidade Total na Perspectiva dos Serviços de Saúde. Qualitymark: Rio de Janeiro, 1994.

5. Gerência de Custo.

Objetivos

- Compreender a importância do estudo de custo para administração pública na área da saúde.
- Entender os conceitos e tipos de custo.
- Apreender a organizar um sistema de contabilidade de custo elaborando através de metodologia simplificada.
- Compreender a importância da política e os métodos de controle e contenção de custos.
- Discutir a aplicação na área da saúde dos conceitos de custo-benefício e custo-efetividade.

Ementa

Contabilidade de Custo. Controle e contenção de custos. Custo-Benefício e Custo-Efetividade.

Carga horária

Intraclasse: 16 horas.

REFERÊNCIAS

HORNGREN, C T. Cost Accounting – A Manangerial Emphasis. Prentice-Hall: New Jersey, 1962.

MATINS, E. Contabilidade de Custos. Atlas: São Paulo, 1990.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Manual de apuração de Custos Hospitalares. Brasília, 1988.

REIS, H C. Contabilidade Municipal: Teoria e Prática. Rio de janeiro, IBAMA, 2ª. es., 1979.

WARNER, K E & LUCE, B R. Cost-Benefit and Cost-Efectiveness Analysis in Heath Care – Principle, Pratice, and Potential. Michigan, Heath Administration press, Ann Arbor, 1982.

ANEXO C – PLANO DA DISCIPLINA

Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Universidade Federal de Goiás

Área Temática I: Contexto e quadro conceitual da Saúde

Disciplina: Modelos de atenção à saúde.

Apresentação

Este é o Plano de Curso da disciplina **Modelos de Atenção à Saúde** a ser ministrada no curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

O curso está sendo realizado pela Universidade Federal de Goiás, com o apoio do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde, Colegiado de Secretários Municipais de Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde. Este é o primeiro curso nessa área no Brasil e destina-se aos profissionais que atuam no campo da gestão de sistemas municipais, regionais ou estaduais de saúde. O objetivo é capacitar profissionais de nível superior oriundos das secretarias municipal e estadual e fortalecer o processo de descentralização e implementação do Sistema Único de Saúde.

Ementa da disciplina

Modelo assistencial: histórico e evolução; modelos de organização de sistemas e serviços de saúde: sistemas locais de saúde, distrito sanitários, atenção primária, saúde comunitária e saúde da família; descentralização, regionalização e cooperação intergestores; formulação de políticas e objetivos sanitários.

Data, horário e local das aulas

Carga horária: 28 h

Primeira parte

Dia 19 de setembro de 2002 tarde, turmas A e B e noite, turma C

Dia 20 de setembro de 2002 manhã e tarde, turmas A, B e C

Segunda parte

Dia 18 de outubro de 2002 manhã e tarde, turmas A, B e C

Terceira parte

Dia 22 de novembro de 2002 manhã e tarde, turmas A, B e C

Local

Centro de Formação de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (Cenfhor/SES/GO)

Objetivos da disciplina

Compartilhar conceitos e informações, baseadas em experiências nacionais e internacionais sobre modelos de organização da atenção à saúde, expressos em políticas de saúde, estabelecendo correspondência com processos de reformas de Estado e reforma setorial. Apresentar estudos de sistemas de saúde com vistas à discussão de implicações com a integralidade e a eqüidade. Estudar e discutir a questão da formulação de políticas e de objetivos sanitários pelos governos.

Objetivos específicos

Fortalecer as competências críticas e analíticas dos alunos, com referência às funções de gestão de sistemas e serviços de saúde e suas implicações em processos de formulação de políticas e de objetivos sanitários. Estimular a comunicação e a atitude cooperativa.

- Conhecer modelos de atenção, identificando momentos e características.
- Compreender processos de construção de sistemas locais de saúde de acordo com modelos integrais no SUS.
- Refletir sobre o processo de descentralização da saúde.
- Identificar vantagens e entraves na descentralização e em desafios futuros.

Estratégias metodológicas

Aulas expositivas, debates, leituras dirigidas e comentadas, vídeo, exercícios em campo e apresentação em sala. Consultas às páginas eletrônicas e estudo de documentos elaborados por governos e outros.

Professores

Luisa Guimarães e Eduardo Guerrero.

Bibliografia

Nota sobre as leituras: os alunos receberão a seleção bibliográfica básica, e a complementar ficará disponível junto à coordenação do curso para cópia por interessados. Leituras complementares ampliam a abordagem dos temas e servem de referência para o aluno em suas atividades.

a) Básica

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Saúde, 2002. **Carta Compromisso: pela consolidação do SUS. Por uma política da cidadania** conselho.saude.gov

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Conselho Nacional de Saúde, 2002. **Desenvolvimento do SUS no Brasil: avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes.**

GOULART, F. **Política de Saúde Contemporânea no Brasil: o SUS** www.universidadevirtual.br

HORTALE.V., CONILL, E. M., PEDROZA, M. ***Desafios na construção de um método para análise comparada da organização de serviços de saúde****.* Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro: Fiocruz, v.15 n. 01, jan/ março, 1999, p.79-88.*

LIMA, A.P.G. de e PASTRANA, R.M.S. ***A regionalização da rede de ações e serviços como condição para garantir a equidade no acesso*** Caderno da XI CNS, 2000.

*MENDES, E.V****. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde.*** In: Uma agenda para a saúde*, Cap IV, São Paulo: Hucitec, 1996.*

SOUZA, R.R. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro** www.saude.gov.br

TEIXEIRA, C.F. ***Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, eqüidade e necessidades prioritárias de saúde,*** Caderno da XI CNS, 2000.

b) Complementar

ALMEIDA C. **Novos modelos de atenção à saúde, bases conceituais e experiências de mudança**. in: Costa Ribeiro J. M. – política de saúde e Inovação Institucional, uma agenda para os anos 90, Rio de Janeiro: ENSP, 1996, pp. 69-98.

FIGUERAS, J.; MUSGROVE, P.; CARRIN,G.; e DURAN, A. ***Retos para los sistemas sanitários de Latinoamérica: que puede aprenderse de la experiencia europea?*** Revista Gaceta Sanitaria, *Madrid, 2002; 16(1):5-17.*

FLEURY, S. **Universales, Pluarales y Duales**. www.opas.org.br

GIOVANELLA, L. **Solidariedade ou Competição?** Políticas e sistema de atenção à saúde na Alemanha. Capítulo 4. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

GUIMARÃES, L. **Modalidades de descentralización del sector salud y sus contribuciones a la equidad:** elementos fundamentales para la formación de un marco normativo. Washington, DC: Oganización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud, 2001.

GUIMARÃES, L. **Arquitetura da Cooperação Intergovernamental: os consórcios em saúde em Mato Grosso.** Tese de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: 2001.

MENDES, E.V. (org) **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MENDES, E.V. (org) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

ANEXO D – EXERCÍCIO 3

Construção de Mapa de Relações entre Atores para a Formulação de Políticas orientadas à mudança do modelo de atenção de saúde.

Objetivo

Esse trabalho será a síntese final da nossa disciplina e busca integrar os conteúdos dos textos, as atividades realizadas, as apresentações e as aulas. O exercício objetiva, a partir da integração desse material constriur lista de temas, agenda, atores, fontes de informação, consensos e negociação para a formulação de políticas de saúde e mudança do modelo de atenção. Para essa atividade os alunos devem ter as anotações completas das entrevistas e outros materiais para a discussão com os colegas.

Orientações para a Entrevista e Relatório:

Preparamos o formato abaixo para auxiliar os alunos no envio dos resultados das entrevistas, para que possamos preparar a síntese a ser apresentada em sala pelos professores. Essa forma é uma sugestão com a recomendação de que o tópico a) seja mantido. E, no caso do b), fica a possibilidade de os alunos enviarem com o formato que julgarem mais adequado.

Entrevista: informações sobre o entrevistado

Atenção: resguardar a identidade da pessoa entrevistada; informar ao entrevistado os objetivos da entrevista e como serão utilizadas as informações colhidas.

Informações: sexo e idade; escolaridade e formação; cargo e função.

Entrevista: perguntas básicas

Esse é um roteiro de temas a serem abordados durante a entrevista; entretanto, outros aspectos podem surgir da criatividade do entrevistador ou indicados pelo entrevistado. Todas as entrevistas devem perpassar estes 10 temas e os relatos devem ser anotados, inclusive se o entrevistado não souber ou puder responder.

1. De qual(is) principal(is) Políticas Públicas de Saúde o entrevistado participou e participa?

2. Qual a posição e/ou contribuição do entrevistado na formulação das políticas de que participou?

3. Quais os resultados finais destas políticas?

4. Quais fontes de informação o entrevistado utiliza para participar e apoiar os processos de Formulação de Políticas Públicas de Saúde nos quais está envolvido?

5. Na opinião e vivência do entrevistado, quais pessoas, instituições ou grupos influem na Formulação de Políticas Públicas de Saúde?

6. Na opinião do entrevistado, quais pessoas, instituições ou grupos vetam ou se opõem aos temas na Formulação de Políticas Públicas de saúde?

7. Na opinião do entrevistado, como são formuladas as políticas em geral, nos níveis municipal, estadual, nacional e internacional?

8. E como são tomadas decisões políticas que influenciam a vida das pessoas nos níveis municipal, estadual, nacional e internacional?

9. Que diretrizes devem orientar, na opinião do entrevistado, as Políticas Públicas de Saúde para que promovam o desenvolvimento integral das pessoas e sociedade?

10. Deve ser a última pergunta para não influenciar as anteriores: Na opinião do entrevistado, como influem na formulação de políticas de saúde os meios de comunicação, a academia, o legislativo, as organizações comunitárias, as associações de usuários, os profissionais de saúde, os prestadores de serviços, os gestores do SUS nas três esferas de governo, as agências de cooperação?

Relatório

O relatório das entrevistas a ser enviado aos professores deve constar de três partes no mínimo: **introdução, dados e comentários**. Iniciar com pequeno texto introdutório com informações sobre a realização das entrevistas, indicando condições, facilidades, dificuldades e outros aspectos relevantes. Em seguida, informe os dados obtidos nas entrevistas, conforme sistemática abaixo. E, finalmente, teça comentários sobre aspectos importantes relatados pelo entrevistado que extrapolam as informações básicas e sobre as impressões durante e depois da entrevista.

O modelo abaixo se refere à segunda parte do relatório — dados —, e objetiva que as informações sejam consolidadas. Entretanto, em sala de aula trabalharemos todo o conteúdo das entrevistas.

Informações sobre os entrevistados (formato recomendado):

Dados dos entrevistados	Inserir o ( ) o número de entrevistados
Sexo	( ) Feminino ( ) Masculino
Faixa etária	( ) Menos de 20 anos ( ) 20 a 30 anos ( ) 31 a 40 anos ( ) 41 a 50 anos ( ) 51 a 60 anos ( ) Mais de 60 anos
Escolaridade	( ) Nível primário ( ) Nível secundário ( ) Nível superior
Formação Escrever a formação de cada entrevistado Por ex.: (2) Médicos; (1) Enfermeiro	( ) _____ ( ) _____ ( ) _____
Cargo Escrever o cargo de cada entrevistado Por ex.: (1) SMS; (1) Presidente de Associação; (1) Jornalista	( ) _____ ( ) _____ ( ) _____
Função Escrevera a função de cada entrevistado Por ex.: (3) Profissionais de saúde	( ) _____ ( ) _____ ( ) _____

b) Participação e opinião do entrevistado sobre o processo de Formulação de Políticas Públicas de Saúde –FPPS- (formato sugerido)

Eixo temático	Relato do entrevistado (enumerar)
Políticas Públicas de Saúde que participou e/ou participa.	...
Posição e/ou contribuição na FPPS.	...
Resultados finais destas políticas.	...
Fontes de informação para participar e apoiar os processos de FPPS.	...
Pessoas, instituições ou grupos que influem na FPPS.	...
Pessoas, instituições ou grupos que se opõem ou vetam a FPPS.	...
Como são formuladas as políticas nos níveis municipal, estadual, nacional e internacionalmente	...
Como é a tomada de decisão política nos níveis municipal, estadual, nacional e internacionalmente.	...
Diretrizes que devem orientar a FPPS para promover o desenvolvimento integral das pessoas e sociedade.	...
Como influem na FPPS os meios de comunicação, a academia, o legislativo, as organizações comunitárias, as associações de usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços, gestores do SUS nas três esferas de governo, agências de cooperação.	

ANEXO E - QUESTIONÁRIO DO PERFIL DO ALUNO

Nome:

Idade:

Tempo de Formação:

Tempo de experiência na área de Saúde:

Exerce ou já exerceu cargo de:

( ) coordenação.

( ) gestão.

( ) técnico .

( ) Outros. Qual?_____

Possui outro cargo além da Saúde?

( ) Sim. Qual?_____

( ) Não.

Reside no município onde trabalha?

( ) Sim.

( ) Não.

Costuma participar de eventos na área da saúde? Qual foi o último?

Qual sua jornada de trabalho?

Como ficou sabendo do curso?

( ) indicação

( ) convocação

( ) convite

10. Passou por entrevista na seleção? ( ) Sim ( ) Não

Informações e instruções aos autores para apresentação de manuscritos a serem publicados na Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas

Objetivo da Serie Técnica:

Trata-se de uma publicação científica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas, que tem por objetivo a divulgação de trabalhos de interesse para a saúde, vinculados essencialmente ao processo de cooperação da Organização no Brasil.

Critérios para publicação:

A seleção dos trabalhos a serem publicados está baseada nos seguintes critérios gerais: trabalhos originais inéditos, relevância do tema; qualidade formal do texto e solidez científica; conclusividade; atualidade da contribuição; contribuições teóricas e de aplicabilidade na prática e vinculação com atividades de cooperação da Opas na área de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Excepcionalmente serão analisados trabalhos alheios à cooperação, sempre que tenham relação com áreas temáticas do Projeto.

No caso de publicações com autoria externa, as opiniões dos autores são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem necessariamente critérios nem políticas da Opas.

Tipologia de publicações:

A Série publicará, entre outros, textos integrais, como artigos, ensaios, pesquisas, relatórios; textos preparados através de meta-análise; e destaques em seções curtas, demandados pelo Projeto.

Conselho Consultivo Editorial:

O Conselho Consultivo, convidado pela Opas, avalia se os trabalhos cumprem com os critérios estabelecidos para publicação e emite seu parecer ao Projeto, que decide se será publicado. Em alguns casos o Projeto, por recomendação do Conselho, poderá solicitar o parecer de expertos externos para decisão.

Os manuscritos aceitos passam por um processo editorial que, de acordo com o formato da publicação, pode requerer, se necessário, sua condensação, e/ou supressão de quadros ou anexos. A versão editada será remetida ao autor para aprovação, no caso de autores externos à Organização.

Direitos de reprodução:

No caso de manuscritos de autores externos, estes devem ser acompanhados de uma declaração assinada pelo autor indicando que, se o trabalho for publicado, os direitos de reprodução são propriedade exclusiva da Opas.

Apresentação:

O texto deve ser apresentado em folhas tamanho A4 (212 x297mm), em fonte tamanho 12, e escritas a espaço duplo. Os gráficos, tabelas e/ou figuras deverão ser mantidos ao mínimo e enviados em impressão separada de alta qualidade, em preto e branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. A totalidade do trabalho deve acompanhar-se de cópia em disquete.

Todos os artigos deverão ter um RESUMO com um máximo de 14 linhas, incluindo um máximo de cinco palavras-chave. O resumo deve indicar o objetivo do trabalho, a metodologia básica utilizada e os resultados e conclusões principais.

Referências Bibliográficas

São essenciais para identificação das fontes originais de conceitos, métodos e técnicas referidas no texto. Artigos de pesquisa devem conter um mínimo de 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas.

A lista de referências deverá ser apresentada no final do manuscrito em ordem alfabética ascendente. O estilo deverá seguir os padrões da ABNT, sendo recomendadas as seguintes normas relativas à normalização de documentos:

- NBR 6.023 – Referências bibliográficas – Elaboração.
- NBR 6.028 – Resumos.
- NBR 10.520 – Citações em documentos – Apresentação.
- NBR 12.256 – Apresentação de originais.
- NBR 14.724 – Apresentação de trabalhos acadêmicos.

1.Exemplos de Referências Bibliográficas:

a) Série Monográfica:

BOURDIEU, P. **O campo científico**. São Paulo: Ed. Ática, 1976. (Coleção Grandes cientistas sociais).

GOULART, Flávio A. de Andrade; MACHADO, Lucinéia Moreli. **Processos de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico.** Brasília: Opas, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.1).

LEVCOVITZ, Eduardo et. al. **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000).** Brasília: Opas, 2003. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.2).

b) Capítulo de Monografia:

DAVIES, A. M. The evolving science of health systems research. In: World Health Organization. **From research to decision making**: case studies on the use of health systems research. Geneva, 1991. 139p.

c) Artigo de Revista:

NOVAES, H. M. D. e NOVAES, R. L. Políticas científicas e tecnológicas para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.

d) Artigo de Revista com mais de três autores, sem local de publicação.

FARFAN, G. et. al. Digestive disease in the elderly. **Rev. Gastroenterol**. Lima, v.11, n.3, p.164-170, 1991.

ROSENTHAL, G. et. al. Does good health services research produce good health policy? **Health Policy Quarterly**, [S.l.], v. 1, n.1, 1981.

e) Documento técnico

SECLEN, Juan et. al. **Estudio comparativo de la calidad de atención y uso de servicios de salud materno perinatales (1997-2000).** Lima: Ministerio de Salud del Peru, 2002.

2.Exemplos de Citações

a) Citação Direta

"Apesar das aparências, a desconstrução do logocentrismo não é uma psicanálise da filosofia [...]" (DERRIDA, 1967, p.293)

b) Citação de Citação

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...]

Para maiores informações sobre o estilo da ABNT, consultar o site da Internet: http://bu.ufsc.br/framerefer.html

SÉRIE DE DOCUMENTOS

Volume 1

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil — Documento Analítico
2. Seminário: o Sistema Único de Saúde e a Regionalização
3. Seminário: Perspectiva para a descentralização e a Regionalização no Sistema Único de Saúde

Volume 2

Produção de conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)

Volume 3

Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada

Volume 4

1. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto
2. O Papel e as conseqüencias dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde

Volume 5

Modernização das Secretarias de Estado da Saúde: Cooperação Técnica Descentralizada para o Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde no Brasil, Ano 2002

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

Setor de Embaixadas Norte - Lote 19
Brasília-DF - 70800-400
www.opas.org.br

ISBN 85-87943-22-7

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (Opas/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE – SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

7

APRESENTAÇÃO

A Organização Pan-Americana da Saúde — Opas, exercendo sua atribuição de apoiar um sistema de saúde democrático, integral e equânime, entende que a concretização desta ação, no Brasil, é direcionada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a missão da Opas no Brasil, um país de extensão continental e com um sistema de saúde em processo de permanente construção, requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Opas apresenta a Série Técnica como uma das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção e à consolidação deste sistema de saúde. Esta Série Técnica se propõe divulgar documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos originais que fortaleçam o debate de questões relevantes, buscando destacar processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a redução de desigualdades e o alcance da eqüidade.

Brindamos a comunidade de saúde pública do país e da Região das Américas com esta publicação. Esperamos que possa se tornar um espaço vivo de apoio à construção do SUS no Brasil e que proporcione visibilidade e acesso aos produtos concretos advindos da Cooperação Técnica da Opas.

Sigamos avançando na conquista pela qualidade de vida e saúde da população.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

METODOLOGIA PARA ANÁLISES FUNCIONAIS DA GESTÃO DE SISTEMAS E REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

7

BRASÍLIA — DF
2003

Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS

Organização Mundial de Saúde — OMS

Ministério da Saúde do Brasil

Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva — NESCON/FM/UFMG

METODOLOGIA PARA ANÁLISES FUNCIONAIS DA GESTÃO DE SISTEMAS E REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

Conceição Aparecida Pereira Rezende

Especialista em Saúde Pública e em Direito Sanitário

Maria Passos Barcala Peixoto

Especialista em Saúde Pública

Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 7

Brasília — DF

2003

Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 — Brasília — DF
http://www.Opas.org.br
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
http://www.Opas.org.br/servico/paginas/index.cfm
1. Coordenador do Projeto
Júlio Manuel Suárez
2. Conselho editorial
Juan Seclen
Luciana Chagas
Luisa Guimarães
Rosa Maria Silvestre
3. Apoio técnico e administrativo:
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
4. Normalização
Fernanda Nahuz
Leila Barros
Luciana dos Santos
Revisão
Manoel Rodrigues Pereira Neto
Capa, Projeto Gráfico e DTP
Wagner Soares da Silva
Tiragem:
1.500 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil

Metodologia para análises funcionais da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil / Conceição Aparecida Pereira Rezende , Maria Passos Barcala Peixoto– Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

Xxp.: il.; 26 cm.– (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 7)

Inclui bibliografias
ISBN

1. Sistemas de saúde – Brasil. 2. Serviços de saúde – Brasil. 3. Gestão de recursos. I. Rezende, Conceição Aparecida Pereira. I I. Peixoto, Maria Passos Barcala. III. Organização Pan-Americana da Saúde. IV. Série.

NLM W84

2003 © Organização Pan-Americana da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Análise funcional da gestão do sistema de saúde 27
Figura 2 – Sistemas de referência e contra-referência da
rede de atenção à saúde 87

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Exemplo de índice de dependência por procedência de pacientes atendidos por tipo de serviço 33

Quadro 2 - Exemplo de índice de dependência por procedência e quantitativo de pacientes atendidos por município de atendimento 34

Quadro 3 - Exemplo de projeção de população/área de abrangência 37

Quadro 4 – Alguns sistemas de informações nacionais 38

Quadro 5 – Fatores condicionantes de saúde 39

Quadro 6 – Medidas do agravo em saúde 40

Quadro 7 – Análise do Sistema de Saúde em Goiás, 1999: resumo de indicadores demográficos 43

Quadro 8 – Anos potenciais de vida perdidos por 1000 há de 1 a 69 anos, 1996-Goiás, por grupos de causas 44

Quadro 9 – Despesas realizadas por origem dos recursos 64

Quadro 10 – Sistemas de informações nacionais 73

Quadro 11 – Unidades ambulatoriais e hospitalares cadastradas no SUS/Goiás por tipo de gestão – 1998 76

Quadro 12 – Serviços de saúde cadastrados no SUS/Goiás por macroregião de saúde – 1998 77

Quadro 13 – Recursos ambulatoriais e leitos hospitalares por macroregião de saúde no SUS/Goiás – 1998 77

Quadro 14 – Serviços ambulatoriais cadastrados no SUS/Goiás por nível de atenção – 1998 79

Quadro 15 – Composição de recursos humanos e disponibilidade de horas semanais por região de saúde 80

Quadro 16 – Composição de recursos humanos e disponibilidade de horas semanaisna região A por tipo de serviço 80

Quadro 17 – Quadro-resumo da produção de ações finais e intermediárias – ambulatoriais – série histórica – SUS/Goiás, 1996 a 1999 82

Quadro 18 - Quadro-resumo da produção anual de ações finais – internações – série histórica por macroregião - SUS/Goiás, 1996 a 1999 82

Quadro 19 – Série histórica – produção anual de internações no SUS/Goiás por especialidade, 1996-1998 83

Quadro 20 – Comparativo entres as referências programadas e os pacientes atendidos por tipo de serviço 87

Quadro 21 – Coeficiente de atendimento por tipo de serviço na região A 91

Quadro 22 – Coeficientes técnicos na unidade de apoio clínico terapêutico – pavilhões cirúrgicos – Chile, 1992 92

Quadro 23 – Coeficientes de utilização de consultórios no SUS/Goiás período: 1998 93

Quadro 24 – Coeficientes técnicos da unidade de apoio clínico terapêutico: pavilhões cirúrgicos – Chile 1992 93

Quadro 25 – Taxa de exames por cada 100 pacientes atendidos no SUS/Goiás, por macroregião – 1998 94

Quadro 26 – Coeficientes de consultas médicas, atenção à urgência e a grupos específicos no SUS/Goiás, por macroregião – 1998 95

Quadro 27 – Taxa de internação/1.000 habitantes por especialidade e macroregião no SUS/Goiás – 1998 95

Quadro 28 – Tipos básicos de indicadores 97

Quadro 29 – Taxas de utilização de serviços ambulatoriais e hospitalares 101

Quadro 30 – Exemplo de tipos de ações a serem consideradas na caracterização da oferta de ações básicas de saúde 103

Quadro 31 – Resumo da oferta de ações básicas por região de saúde 104

Quadro 32 – Resumo da oferta de internações por especialidades e por região de saúde. 104

Quadro 33 – Exemplo de análise da oferta – taxas de atendimento/habitantes segundo tipo de atenção por região de saúde 105

Quadro 34 – Taxas de internações/1.000 habitantes por clínica e região de saúde .. 105

Quadro 35 – Análise da oferta de ações básicas por região de saúde 107

Quadro 36 – Parâmetros de atenção do Programa Materno-Infantil 110
Quadro 37 – Exemplo de cálculo da demanda de controles de pré-natal 111
Quadro 38 – Taxa de atendimento de urgência, pré-natal, atenção à criança e à mulher por região de saúde 112
Quadro 39 – Cálculo da demanda de consultas de pré-natal por região de saúde 114
Quadro 40 – Resumo de demanda de ações básicas de saúde por região de saúde 115
Quadro 41 – Resumo de demanda de internações hospitalares por especialidade e região de saúde 116
Quadro 42 – Relação oferta X demanda de consultas ambulatoriais de ações básicas de saúde por região de saúde 116
Quadro 43 – Otimização da oferta na atenção ambulatorial básica 117
Quadro 44 – Exemplo de balanço oferta X demanda hospitalização clínica médica por região de saúde 118
Quadro 45 – Demanda de exames de patologia clínica e exames radiológicos por região de saúde 119
Quadro 46 – Relação oferta X demanda de exames de patologia clínica por região de saúde 119
Quadro 47- Relação oferta X demanda de exames radiológicos por região de saúde 119
Quadro 48 – Exemplo de seleção de alternativas 124
Quadro 49 – Ficha básica de um projeto 146

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estrutura demográfica de uma população 35

Tabela 2 – Unidades ambulatoriais de leitos hospitalares cadastrados no SUS/Goiás segundo a natureza jurídica dos prestadores – 1998 78

Tabela 3 – Produção ambulatorial no SUS/Goiás por natureza jurídica dos prestadores de serviços, 1996 –1999 84

Tabela 4 – Produção hospitalar do SUS/Goiás por natureza jurídica dos prestadores de serviços, 1996-1998 84

Tabela 5 – Recursos financeiros gastos na assistência ambulatorial no SUS/Goiás, por natureza jurídica dos prestadores de serviços – em R$1,00 – de 1996 a 1999 84

Tabela 6 - Recursos financeiros gastos na assistência hospitalar no SUS/Goiás, por natureza jurídica dos prestadores de serviços – em R$1,00 – de 1996 a 1999 85

Tabela 7 – Indicadores de utilização do recurso leito por especialidades no SUS/Goiás, 1998 92

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS 05
LISTA DE QUADROS 06
LISTA DE TABELAS 09
PREFÁCIO 14
INTRODUÇÃO 15
1 METODOLOGIA 23
1.1Aspectos Gerais 23
1.2 Objetivos 24
1.3 Atividades a serem desenvolvidas 25
1.4 Plano de trabalho 26
1.5 Usuários desta Metologia 30
1.6 Composição da equipe de trabalho 30
2 ESTUDO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO 31
2.1 Características demográficas e projeção da população 31
2.2 Perfil Epidemiológico 37
3 GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE 44
3.1 Aspectos Conceituais 44
3.2 Características da gestão do sistema de saúde 45
3.3 Condições básicas para o gestor do sistema de saúde 46
3.4 O Papel da gestão federal no sistema de saúde 56
3.5 O Papel estratégico da gestão estadual na regulação do Sistema e na construção das relações intergestores 57
3.6 A Responsabilidade sanitária do Gestor Municipal 57
3.7 A Gestão do modelo assistencial 58
3.8 Diretrizes para a construção de um modelo assistencial em defesa da vida, da cidadania e do SUS 59
3.9 Metodologia de análise da gestão 62

4 DESCRIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS 72
4.1 Descrição do modelo assistencial 73
4.2 Descrição e organização da rede de serviços de saúde 74
4.3 Recursos Humanos 79
4.4 Produção da rede de serviços 81
4.5 Sistemas de referência e contra referência 85
4.6 Coeficientes técnicos 89
5 AVALIAÇÃO DA REDE 91
5.1 Avaliação de cobertura 93
5.2 Efetividade 96
6 ESTUDO DA OFERTA 97
6.1 Análise da oferta 98
6.2 Oferta otimizada 101
7 ESTIMATIVA DA DEMANDA 104
7.1 Métodos de estimativa da demanda 104
7.2 Seleção do método 108
7.3 Aplicação do Método 108
8 NECESSIDADE DE AÇÕES 111
8.1 Necessidade de ações finais 111
8.2 Necessidade de ações intermediárias 113
9 IDENTIFICAÇÃO DE ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO 115
9.1 Propostas de soluções 115
9.2 Tipos de alternativas de solução 117
9.3 Seleção da melhor alternativa 118
9.4 Construção de lista priorizada de projetos 140
10 REFERÊNCIAS 145

Autoras

Esta metodologia foi desenvolvida sob os auspícios da Organização Pan-Americana da Saúde — Opas, do Ministério da Saúde do Brasil e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil — Nescon/FM/UFMG. Sua elaboração esteve a cargo de Conceição Aparecida Pereira Rezende, especialista em Saúde Pública e em Direito Sanitário e da Dra. Maria Passos Barcala Peixoto, especialista em Saúde Pública.

Créditos

Este trabalho foi possível graças ao esforço inicial das Doutoras Marisol Concha e Ximena Aguilera que, com a colaboração de outros profissionais, especialmente o Doutor Alberto Infante, desenvolveram os primeiros estudos sobre esta metodologia de análise funcional de redes de serviços de saúde.

Reconhecimento

Nosso reconhecimento ao pessoal da Opas, do Ministério da Saúde e do Nescon/FM/UFMG, que contribuiu na revisão das versões preliminares desta publicação, especialmente, à Dra. Maria Angélica Gomes, Diretora de Programa — Gestão Descentralizada do SUS — da Secretaria de Políticas de Saúde do MS e ao Dr. Francisco Eduardo Campos, Coordenador do Nescon, cujo apoio e solidariedade foram fundamentais durante o desenvolvimento deste trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos, particularmente, ao pessoal da Opas, Dr. Juan Eduardo Guerrero Espinel, Dr. Juan A. Seclen, e do Ministério de Saúde, Psicóloga Luisa Guimarães Queiroz, que, com grande dedicação e entusiasmo, revisaram, corrigiram e apontaram idéias que contribuíram para dar uma maior riqueza e clareza ao texto.

PREFÁCIO

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), no cumprimento de sua missão de contribuir com a difusão do conhecimento científico e de experiências para o fortalecimento de políticas em saúde pública e dos sistemas de saúde na Região das Américas, trata com grande interesse da geração de documentos técnicos que contribuam com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, na área de serviços de saúde. No marco da Cooperação Técnica Descentralizada que a OPAS desenvolve com alguns estados, tem-se especial interesse no desenvolvimento de estratégias e metodologias que tenham um valor agregado às equipes de gestores das diversas esferas de governo.

Nesta linha, foi trabalhada uma experiência-modelo sobre a análise de redes funcionais de serviços de saúde no estado de Goiás, tendo como referência a metodologia de análise previamente desenvolvida pela Organização. Desta forma, gestores da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, do Ministério da Saúde, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nescom), da Universidade Federal de Minas Gerais e o próprio quadro técnico da OPAS se esforçaram conjuntamente e alcançaram a adaptação e o fortalecimento da metodologia inicial, aplicando-a ao sistema de saúde local de Goiás.

A participação plena e o envolvimento do pessoal na aplicação da experiência, as muitas sessões de debate sobre o nível de utilização na gestão e organização dos serviços de saúde das esferas estadual e municipal evidenciam o impacto que a gestão desta metodologia tem logrado.

Este documento tem como propósito sistematizar a experiência, apresentar sua essência metodológica e seu nível de aplicação na gestão e avaliação do sistema de saúde. A OPAS a considera de valor, na medida em que possa servir como referência para ações de mudança e modernização da gestão sanitária em outros cenários do país.

Finalmente, resta-nos disponibilizar à comunidade sanitarista do Brasil esta obra, a qual consta de nove capítulos e que, certamente, poderá ser um grande estímulo à reflexão e aplicação dentro da perspectiva da consolidação do SUS.

Dr. Jacobo Finkelman

Representante da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil

INTRODUÇÃO

Processo de elaboração da pesquisa e o relatório

Este documento é um dos produtos originários de um Convênio de Cooperação Técnica entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS), o Ministério da Saúde (MS), a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) e o Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon/UFMG).

O primeiro objetivo do referido convênio foi atender a uma demanda formulada à direção da Opas, pelo Secretário de Estado da Saúde de Goiás, em agosto de 1988, de se realizar um estudo da situação da saúde da população do estado, que incluísse uma avaliação da oferta, da demanda e da necessidade de ações e serviços de saúde, por regiões e macrorregiões do estado, com vistas à elaboração de uma proposta de regionalização do Sistema Estadual de Saúde que assegurasse uma distribuição mais equânime dos recursos públicos destinados à saúde, além de analisar as condições de Gestão do Sistema Estadual de Saúde, para subsidiar o trabalho de Gestão do Sistema, a partir de 1999. O segundo objetivo foi utilizar o texto da Opas/OMS, "Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde", com o intuito de adequar a sua metodologia para realizar análises de sistemas de saúde no Brasil.

O processo de trabalho para a produção do estudo foi organizado da seguinte forma:

a) elaboração, pela coordenação, de Plano de Trabalho que foi acordado entre a Opas/OMS, o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e o Nescon/FM/UFMG, que previu, para um primeiro momento, o estudo e a análise do texto da Opas/OMS[1] pela equipe do Nescon;

b) realização de oficina de trabalho em Goiânia, com a participação da equipe dirigente dos diversos órgãos da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, de representantes do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Goiás, do Ministério da Saúde, da Opas/OMS

1 CONCHA, M., AGUILERA, X. Delineamentos metodológicos para a realização de análises funcionais das redes de serviços de saúde, In: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, **Organização e Gestão de Sistemas de Saúde,** Washington D.C., Série 3, 1998, Tradução, Brasil,1999.

e dos técnicos do Nescon/FM/UFMG, com o objetivo de apresentar a metodologia e as atribuições do gestor do SUS no âmbito do Estado;

c) realização de oficina de trabalho em Goiânia, para definir e levantar as informações necessárias à elaboração da análise, com referência na Constituição Federal e na legislação do Sistema Único de Saúde — SUS.

Definidos os grandes blocos de informações a serem levantadas e analisadas, foram constituídos grupos de trabalho e elaborada a "Seleção dos Tipos de Informações Existentes no Sistema de Saúde do Estado" e em outros Setores de Governo, necessárias à execução desta tarefa, bem como o detalhamento delas e a fonte, nomeando-se as pessoas responsáveis pelo levantamento de cada conjunto de informações. Ao mesmo tempo, foi sendo realizado o trabalho de conferência das informações levantadas no estado de Goiás, por meio de outras fontes não utilizadas na primeira etapa, especialmente o Datasus e o IBGE; e ainda, a consolidação e análise das informações pelas profissionais do Nescon/FM/UFMG. Este trabalho de checagem de informações, consolidação e análise foi realizado ao longo de cinco meses, sob a supervisão da Opas e o acompanhamento do Ministério da Saúde, sendo acrescido de novas informações, surgidas no período, constituindo-se numa primeira versão do estudo. Esta consolidação foi apresentada em uma oficina de trabalho com a equipe da SES/GO, sendo avaliada e modificada a partir de novas informações e sugestões apresentadas pelos participantes. Foi ainda acrescida de entrevistas com outros técnicos da SES/GO, com representantes do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Goiás — Cosems/GO e do Conselho Estadual de Saúde – CES, constituindo-se na segunda versão preliminar do estudo.

Em dezembro/1998, realizou-se em Goiânia, capital do estado, o "Seminário mais saúde é mais vida" — uma avaliação das ações e serviços de saúde desenvolvidos pela SES/GO em 1998 — com a participação da Opas, do Ministério da Saúde e dos técnicos do Nescon, onde foi possível obter uma série de novas informações, principalmente a respeito dos órgãos prestadores de serviços de saúde da própria Secretaria de Estado e sobre o funcionamento do Sistema, que foram importantes para a elaboração do estudo.

Estrutura do volume e resumo do conteúdo dos capítulos

O estudo foi organizado conforme a metodologia proposta, atendendo ao previsto nos termos do Convênio SES/Opas/MS/Nescon, atividades estas, previstas no capítulo I: "Descentralização", que incluiu os seguintes pontos:

a) análise da oferta, da demanda e das necessidades de ações e serviços de saúde, sua distribuição por Diretorias Regionais de Saúde e Macrorregiões do estado, bem como os mecanismos de garantia de acesso pela população do estado, de maneira universal, equânime e integral, considerando-se as diferentes realidades epidemiológicas, assegurados pelos municípios e pela Secretaria de Estado da Saúde, de forma descentralizada, conforme suas atribuições legais, em programações pactuadas entre os gestores, sob a coordenação geral da SES, com o objetivo de reordenar a oferta de serviços em pólos de atenção;

b) reorientação de critérios e métodos para a tomada de decisões estratégicas pela Gestão do Sistema Estadual de Saúde, incluindo uma possível reforma do funcionamento da rede;

c) justificar o estabelecimento de prioridades para a destinação de recursos.

As informações sobre faixas etárias da população correspondeu àquelas utilizadas pelo IBGE. Para a projeção da população foram consultados os dados da Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional de Goiás (Cadernos de Demografia n.º 5 – Projeção da População de Goiás 1997-2020 — Novembro de 97).

As informações sobre os Recursos Hídricos do Estado e Saneamento foram obtidas por meio de entrevista com a Assessoria da Diretoria de Produção da SANEAGO e da Superintendência de Manutenção e Desenvolvimento Operacional e Controle Ambiental da SANEAGO e outros documentos da SANEAGO.

As informações sobre a produção, acondicionamento, transporte e destino do lixo urbano no estado e regiões, incluindo o lixo séptico (dos estabelecimentos de saúde) e radioativo, foram obtidas junto à Companhia de Urbanização de Goiânia — COMURG.

A realização do estudo contou com algumas dificuldades que foram consideradas durante a avaliação do resultado final: a grande quantidade de informações a serem coletadas, selecionadas e analisadas; a fragmentação das informações em vários bancos de dados; a dispersão das fontes de informações; as dificuldades operacionais para coletá-las; o tempo definido para o estudo e a pequena quantidade de pessoas da equipe responsável (Nescon).

O estudo do sistema de saúde do estado de Goiás foi o primeiro realizado no Brasil com base na metodologia "Delineamentos metodológicos para a realização de análises funcionais das redes de serviços de saúde – Opas/OMS – 1998". Por isto, e de acordo com a proposta da Opas/OMS de adequar a referida metodologia para a análise do Sistema

Nacional de Saúde, foram acrescentados os capítulos sobre as "Características do Modelo de Gestão" e "Identificação de Alternativas de Solução".

O texto final foi composto por nove capítulos.[2] O primeiro tratou da metodologia utilizada e relatou o processo de elaboração do mesmo.

O segundo capítulo, "Estudo Demográfico e Epidemiológico", analisou as características demográficas com a projeção da população para cinco anos, incluindo o estudo da área de influência do sistema de saúde, as características da população (faixa etária, sexo, taxa de crescimento, entre outros), apontando os fatores condicionantes de saúde, como a demografia, condições ambientais, a cultura e a etnia, as características sócio-econômicas, a educação, as condutas que interferem na saúde e, especialmente, os seguintes indicadores: taxas de mortalidade, expectativa de vida ao nascer, anos potenciais de vida perdidos por causas e morbidade. Nestes aspectos analisados esse capítulo contém, ainda, o levantamento dos principais problemas de saúde identificados no estado.

No terceiro capítulo, "Características do Modelo de Gestão", por questão metodológica e didática estabeleceu-se o conceito de Modelo de Gestão do Sistema de Saúde e de Gestão do Modelo Assistencial em seções distintas. O objetivo foi demonstrar como e onde o gestor não pode prescindir de sua competência com relação a estas duas atribuições e, mais que isto, demonstrar que os instrumentos de gestão do Sistema de Saúde têm sentido, se colocados a serviço da implementação do Modelo Assistencial (da oferta e da forma de ofertar as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, propriamente ditos). Esse capítulo incluiu as seguintes seções: papel do gestor estadual; instrumentos de gestão do Sistema Estadual de Saúde (estrutura organizacional, recursos humanos, plano estadual de saúde, fundo estadual de saúde, sistema de informação e comunicação, sistema estadual de controle, avaliação e auditoria, ciência e tecnologia, comissões intergestores, relatório de gestão e conselho estadual de saúde); gestão do modelo assistencial (gestão das ações de saúde no estado, vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, apoio ao diagnóstico, assistência farmacêutica, sangue e hemoderivados); problemas prioritários da gestão do sistema, relacionados com os instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde — SUS e problemas prioritários da gestão do modelo assistencial, com relação à gestão das políticas de saúde de responsabilidade do gestor estadual. Foram apresentadas propostas para solução de alguns problemas específicos ou para conjuntos de problemas.

2 REZENDE, C. A. P., PEIXOTO, M. P. B. **Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás.** OPAS, SES/GO, Ministério da Saúde, UFMG/NESCON, mar. 1999.

No quarto capítulo, "Descrição da Rede de Serviços", considerando o grande número de informações coletadas e de acordo com a metodologia proposta, foram apresentados quadros e gráficos com resumos das respectivas análises. Contém uma descrição geral do modelo de atenção verificado no Estado, tal como foi observado, cotejando-o com os estudos demográficos e epidemiológicos e com as características do modelo de gestão. Na seção de organização da rede assistencial, foram incluídos os recursos físicos (ambulatoriais e hospitalares) e as responsabilidades, a localização geográfica dos serviços de saúde, os prestadores de serviços e a natureza jurídica (ambulatoriais e hospitalares) e a complexidade da rede de serviços (atenção básica, média e alta complexidades e hospitalar).

Na seção de Recursos Humanos, foram identificados os profissionais de nível médio e superior cadastrados no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS, no ano de 1997, em quantidade e número de horas semanais contratadas. Na seção de produção da rede de serviços foi feito o levantamento de informações sobre a produção dos serviços ambulatoriais e hospitalares, de janeiro a dezembro de 1998, e a análise da distribuição espacial e quantitativa dos mesmos, inclusive por grupos populacionais especiais. Na seção de sistemas de referência e contra-referência realizou-se a conceituação destes serviços e a análise do seu funcionamento. Na seção de coeficientes técnicos, estes foram apresentados e analisados em relação à produção dos recursos humanos existentes, dos recursos físicos, os que relacionam as ações intermediárias e finais e os indicadores de produção por população.

No quinto capítulo, "Avaliação da Rede de Serviços" no estado de Goiás, foi abordado o cumprimento dos requisitos básicos para uma rede de serviços. Estes foram baseados nos princípios e diretrizes do SUS: a descentralização, a hierarquização, a universalidade, a integralidade e a eqüidade. O texto possui duas seções: a seção que trata da avaliação da cobertura, do ponto de vista da acessibilidade dos usuários à rede de serviços, considerando-se os aspectos geográficos e organizacionais e da utilização dos serviços em todos os níveis de complexidade; e, ainda, a seção que apresenta a análise de efetividade das ações e serviços de saúde do Sistema Estadual de Saúde.

No sexto capítulo, "Estudo da Oferta de Ações e Serviços de Saúde", realizou-se a análise da oferta de forma resumida, em termos quantitativos. Foram considerados todos os níveis de complexidade da atenção, incluindo a seção da oferta otimizada por especialidades: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica obstétrica e psiquiátrica.

No sétimo capítulo, "Estimativa da Demanda", foram apresentadas três seções: métodos de estimativa da demanda, pelos quais se calculou a necessidade de saúde por

meio de parâmetros de atenção, a utilização de serviços e a razão recursos/população. Apresentou-se ainda a seção de seleção e aplicação do método.

A necessidade de prestação de serviços foi avaliada no oitavo capítulo "Necessidades de Ações e Serviços de Saúde" no estado de Goiás a partir da oferta de ações praticadas e da demanda calculada, com base em parâmetros utilizados pela SES/GO. Foi calculada para todos os níveis de atenção à saúde e agrupada em duas seções: necessidades de ações finais e necessidades de ações intermediárias.

No nono capítulo, "Identificação de Alternativas de Solução", foram selecionados os principais problemas identificados no estudo e apresentadas algumas alternativas de solução para situações específicas ou para grupo de situações. Foram apresentados na forma de quadro. Considerando-se a extensão do estudo, não foram apresentadas várias alternativas para a solução de cada um dos problemas e não foi calculado o custo das alternativas apresentadas. Esta tarefa deve ser desenvolvida por ocasião da elaboração dos projetos específicos do respectivo Plano de Saúde.

Em que este livro pretende contribuir para a saúde pública do Brasil

Há tempos a Organização Pan-Americana da Saúde vem estimulando a realização de análises de políticas setoriais e fortalecendo as capacidades nacionais nestas matérias, mediante a cooperação técnica. A publicação desta metodologia, definindo os conteúdos a desenvolver, sua seqüência e a forma de como trabalhá-los, pretende instrumentalizar e facilitar o trabalho de gestores, de equipes técnicas, pesquisadores, membros dos órgãos de fiscalização, regulação e controle do SUS, tais como os conselhos de saúde, câmaras de vereadores, assembléias legislativas, Congresso Nacional, tribunais de contas, Ministério Público e Magistratura, que devem realizar o estudo da gestão de sistemas e das redes de serviços de saúde, regularmente, conforme suas competências e atribuições.

Esta metodologia de análise funcional da gestão de sistemas e redes de serviços de saúde no Brasil constitui um elemento básico para propor e adequar a oferta de ações e serviços às necessidades de saúde das comunidades. É uma referência fundamental na elaboração de projetos de investimentos, assim como na definição de ações e serviços a serem previstos nos planos de saúde, com vistas à melhoria do funcionamento de sistemas que têm como objetivo assegurar acesso universal, integralidade, qualidade e eficácia nas ações.

O processo de revisão sistemática do modo de gerir um sistema de saúde, a avaliação dos distintos componentes da rede de ações e serviços, a análise da interação que entre

eles se estabelece e os resultados que em conjunto alcançam permitirão assentar as bases para a formulação de um plano de saúde compatível com as necessidades da população, estabelecendo coerência entre os objetivos específicos de cada nível de complexidade das ações e serviços de saúde e os objetivos globais do sistema, apontando para os gestores as linhas estratégicas de ação.

O propósito dos sistemas de saúde é contribuir para melhorar as condições de saúde e de vida da população, e este aspecto deve ser considerado no estudo da oferta de serviços. É inegável que as ações e serviços realizados pelos sistemas de saúde têm impactado o nível de vida e de saúde das populações. Porém, para melhorar, devem adequar constantemente sua organização e produção de serviços às necessidades da população. Esta metodologia facilita a análise comparativa entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção.

Como no estudo de Goiás, este texto foi composto por nove capítulos, dos quais, sete sofreram modificações, em relação à metodologia proposta inicialmente no texto da Opas/OMS, além do acréscimo de dois novos para se adequar à metodologia ao Sistema Nacional de Saúde, que possui especificidades em relação aos outros países da Região. O capítulo três, da "Gestão do Sistema de Saúde", que trata das competências e atribuições das três esferas de governo em relação à gestão do sistema nacional de saúde, propõe uma metodologia de análise do exercício e cumprimento efetivo das mesmas, especialmente pela esfera estadual, motivada pelo estudo solicitado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, o qual foi orientado pela legislação do setor no Brasil. O capítulo nove, também novo, define a metodologia para a "Identificação de Alternativas de Solução", a partir do levantamento dos principais problemas identificados em todos os aspectos abordados pela metodologia, o levantamento de linhas estratégicas de atuação e as propostas de ação para o Gestor do Sistema que, neste caso, contém na íntegra, o exemplo do estudo do Sistema de Saúde do estado de Goiás.

De especial importância é a conceituação de sistema de saúde e do estudo de rede de serviços de saúde, os quais se apresentam em um esquema que serve de guia para o desenvolvimento dos nove capítulos desta publicação. No primeiro, sobre a Metodologia, definem-se os objetivos, conteúdos e plano de análise do estudo. Nos capítulos seguintes, desenvolvem-se, em detalhes, os distintos componentes da metodologia.

Esta metodologia não se propõe a identificar e analisar a implementação de todos os instrumentos de gestão e de organização do sistema de saúde previstos nas normas operacionais do Sistema Único de Saúde, limitando-se, neste caso, aos principais dispositivos, por considerar que a sua centralidade é a superação das análises pontuais e

conjunturais de programas e ações de governos, para contemplar o que há de fundamental enquanto estrutura que sustente a anunciação de fim, a implementação de programa e a definição de meta de Estado, conforme prevê a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde, na busca da atenção à saúde como proteção de direito fundamental da pessoa humana.

Registre-se que o texto sobre a "Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás – Brasil" foi concluído em março de 1999 e o texto desta "Metodologia para a Realização de Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil", em janeiro de 2000. Ambos não foram publicados naquelas oportunidades. Neste momento, com a perspectiva de retomada do processo de implementação do Sistema de Único de Saúde pelo governo federal, esta metodologia apresenta-se como um roteiro nobre para análise, avaliação, reavaliação e redirecionamento das políticas de saúde no Brasil e do processo de Cooperação Técnica para o setor, proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde.

1. METODOLOGIA

1.1. ASPECTOS GERAIS

Um delineamento metodológico é um plano de trabalho de ordem geral que assinala os aspectos fundamentais para a realização de um determinado tipo de estudo, organizam-se as etapas e entregam-se pautas para o seu desenvolvimento. Estes delineamentos pretendem facilitar a execução dos estudos de sistemas de saúde, de redes assistenciais e unidades de saúde, sejam de nível federal, estadual, regional ou municipal. O objetivo é disponibilizar um guia metodológico que possa ser aplicado por pessoal técnico das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como para os responsáveis por órgãos de fiscalização, regulação, controle e avaliação, como instrumento de conhecimento, análise, acompanhamento, avaliação e construção de estratégias de solução.

Esta metodologia instrumentaliza especialmente, os profissionais de saúde para realizarem o estudo e a análise do modelo de gestão implementado, da organização da rede de serviços de saúde e das unidades de saúde (organização da atenção) que assistem de forma conjunta a uma comunidade. Seu objetivo é avaliar as condições de gestão do sistema, determinar a adequada oferta de ações e serviços às necessidades de saúde da população, e o resultado é a identificação das deficiências de atenção ou necessidades não cobertas e dos fatores que contribuem para a sua existência, inclusive a gestão. Identificam-se, ainda, as soluções para os problemas detectados e aquelas que podem ser convertidas em um plano de ação e investimentos.

A organização da atenção à saúde proposta pelo SUS baseia-se na concepção de saúde-doença como processo e em um novo modelo de prática sanitária. Introduz dois conceitos importantes como o de *sistema* e o de *unicidade*.

O termo sistema traz de imediato a idéia de um todo orgânico, com leis próprias que definem sua estrutura e o seu funcionamento e o dirigem a um fim determinado.

Um Sistema de Saúde tem vários componentes — unidades de saúde (unidades de atenção básica, especializadas, serviços de urgência, hospitais, farmácias, laboratórios, etc.), que produzem vários tipos de ações (consultas, atendimentos

Sistema de Saúde

É uma organização criada para prover serviços destinados a promover, prevenir, recuperar ou reabilitar o dano à saúde, com o objetivo de assegurar o acesso a uma atenção de qualidade adequada e a um custo razoável. O sistema está composto, entre outros, por unidades de saúde que se organizam em níveis de complexidade, de acordo com um modelo de atenção definido. Estes estabelecimentos se relacionam entre si através de mecanismos e instrumentos de referência e contra-referência de usuários, conformando o que se denomina uma rede de atenção ou de serviços de saúde, com vistas a assegurar a universalidade, a integralidade e a eqüidade da atenção à saúde.

multiprofissionais diversos, vacinações, ações de vigilância sanitária, epidemiológica, dispensação de medicamentos, internações hospitalares, entre outras).

Será considerado sistema se houver uma interligação e uma interação entre seus componentes, capaz de resultar numa atenção organizada, que produza respostas às necessidades de saúde de uma determinada população, com *gestão única* em cada esfera de governo.

A organização do sistema e dos serviços de saúde no Brasil deve basear-se nos princípios da *descentralização*, através da gestão municipal; da regionalização, com a rede de serviços planejada a partir de critérios epidemiológicos e com adscrição da população a ser atendida; e de *hierarquização*, com níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área de abrangência. Não se trata de simples divisão de níveis de atenção. A hierarquização implica, sobretudo, a implementação de mecanismos que garantam o acesso a ações e serviços que contemplem toda a complexidade requerida, numa determinada área de abrangência. Deve incorporar a organização de fluxos de encaminhamentos — referência — e de retorno dos usuários e das informações ao nível da atenção básica do sistema — contra-referência.

Habitualmente este tipo de análise se orienta para uma ou várias das seguintes finalidades:

- comparar a funcionalidade de distintas redes de atenção dentro de uma área geográfica definida ou dentro de distintos subsistemas de atenção;
- orientar a tomada de decisões estratégicas, incluindo a eventual reorganização dos modelos de gestão e assistencial;
- subsidiar a definição de prioridades para a destinação de recursos.

1.2. OBJETIVOS

A análise da gestão do sistema de saúde, das redes de serviços e unidades de saúde tem os seguintes objetivos:

1.2.1. Analisar as características da gestão dos sistemas de saúde;

1.2.2. Realizar um diagnóstico dos recursos da rede e de sua produção de serviços (oferta de ações e serviços);

1.2.3. Identificar os principais fatores que afetam a produção de serviços;

1.2.4. Avaliar a demanda de atenção à saúde da população;

1.2.5. Determinar as necessidades de atenção (estudo de oferta e demanda);

1.2.6. Identificar e propor alternativas de solução que permitam dar conta das necessidades de ações e serviços e definir linhas estratégicas para gestão do sistema.

1.3. ATIVIDADES A SEREM DESENVOLVIDAS

Para o cumprimento dos objetivos definidos, devem ser realizadas as seguintes tarefas:

1.3.1. Compor e capacitar equipes de execução e acompanhamento da aplicação da metodologia.;

1.3.2. Realizar o levantamento de informações sobre o sistema de saúde em estudo (demográficas, epidemiológicas, de gestão do sistema e da rede ações e serviços);

1.3.3. Compatibilizar as informações coletadas nos municípios e estados com os Bancos de Dados Nacionais;

1.3.4. Analisar as informações coletadas, conforme a metodologia;

1.3.5. Elaborar o perfil demográfico atual e projetado e o perfil epidemiológico atual;

1.3.6. Descrever o modelo de gestão do sistema de saúde em estudo;

1.3.7. Descrever a rede de serviços:

• Identificar o modelo assistencial adotado;

• Avaliar os recursos físicos das unidades de saúde, considerando a situação da infraestrutura e dos equipamentos, a sua distribuição geográfica e organização, bem como o seu funcionamento;

• Avaliar os recursos humanos existentes;

• Analisar a produção da rede de serviços e das unidades de saúde;

• Elaborar o diagnóstico integral da rede.

1.3.8. Analisar a oferta de serviços de saúde;

1.3.9. Avaliar a demanda atual e projetada;

1.3.10. Identificar as necessidades de atenção;

1.3.11. Propor as linhas estratégicas de atuação, considerando-se as políticas sanitárias, os principais problemas detectados; as preferências sociais da população e a sustentabilidade econômica, com vistas à elaboração dos respectivos planos de saúde;

1.3.12. Criar espaços de discussão e divulgação, visando os consensos de aplicação das soluções apontadas.

1.4. PLANO DE TRABALHO

Para o desenvolvimento do estudo sugere-se seguir uma estratégia que se inicia com a revisão sistemática dos recursos da rede de serviços e do sistema de saúde e das condições em que são prestados os serviços. Paralelamente avaliam-se as necessidades de saúde da população, traduzidas nas necessidades de serviços. Estas se comparam com a oferta atual e, desta comparação, surgem as deficiências ou excedentes, que representam as necessidades não cobertas ou a super-utilização.

Com o objetivo de facilitar o desenvolvimento do estudo, apresenta-se um esquema que representa os componentes do mesmo e a seqüência do seu desenvolvimento.

Como se verifica no esquema, o trabalho inicia-se com três grandes tarefas, que podem ser realizadas de forma paralela:

- o estudo demográfico e epidemiológico;
- a descrição do modelo de gestão do respectivo sistema de saúde;
- a descrição da rede de ações e serviços.

Figura 1

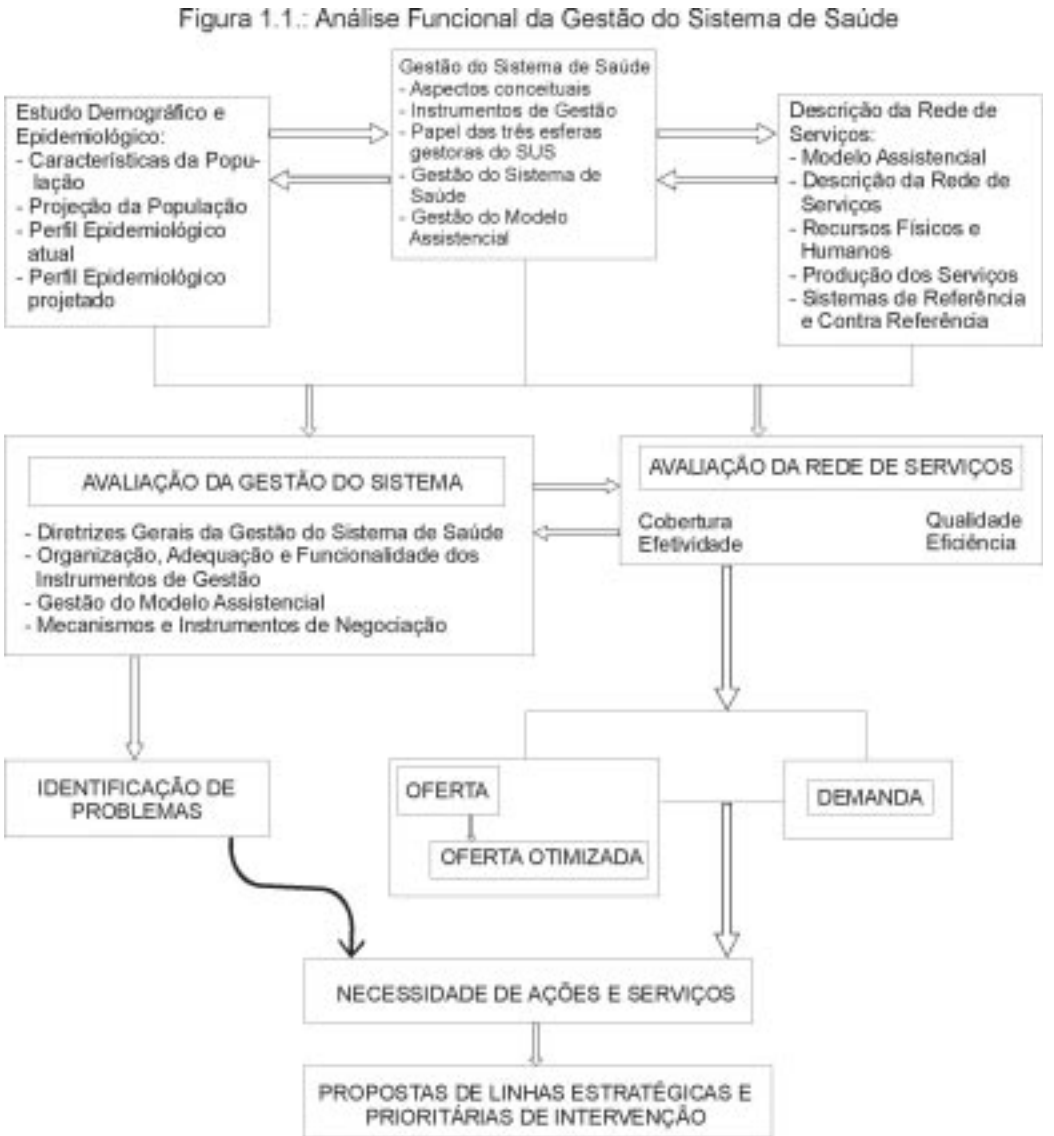


Figura 1.1.: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde
Gestão do Sistema de Saúde
- Aspectos conceituais
- Instrumentos de Gestão
- Papel das três esferas gestoras do SUS
- Gestão do Sistema de Saúde
- Gestão do Modelo Assistencial
Estudo Demográfico e Epidemiológico:
- Características da População
- Projeção da População
- Perfil Epidemiológico atual
- Perfil Epidemiológico projetado
Descrição da Rede de Serviços:
- Modelo Assistencial
- Descrição da Rede de Serviços
- Recursos Físicos e Humanos
- Produção dos Serviços
- Sistemas de Referência e Contra Referência
AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SISTEMA
- Diretrizes Gerais da Gestão do Sistema de Saúde
- Organização, Adequação e Funcionalidade dos Instrumentos de Gestão
- Gestão do Modelo Assistencial
- Mecanismos e Instrumentos de Negociação
AVALIAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS
Cobertura
Efetividade
Qualidade
Eficiência
IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS
OFERTA
OFERTA OTIMIZADA
DEMANDA
NECESSIDADE DE AÇÕES E SERVIÇOS
PROPOSTAS DE LINHAS ESTRATÉGICAS E PRIORITÁRIAS DE INTERVENÇÃO

• **Estudo demográfico e epidemiológico** — o estudo demográfico tem por objetivo identificar e caracterizar a população da área de influência da rede e do sistema e projetar seu crescimento a médio e longo prazos. Com o estudo epidemiológico, pretende-se estabelecer o perfil de morbidade e mortalidade geral e por grupos específicos da população. Com base nas análises de tendência e de outras informações disponíveis, projeta-se no tempo. Ambos os conteúdos são essenciais para se estabelecer a demanda de serviços.

• **Análise do modelo de gestão** — Considerando a Constituição Federal, as Leis Orgânicas da Saúde, as normas e resoluções do SUS, avaliam-se os principais aspectos da gestão do respectivo sistema de saúde, incluindo o papel do gestor, os instrumentos de gestão do sistema e do modelo assistencial e realiza-se a identificação de problemas prioritários na gestão do sistema e do modelo assistencial.

• **Descrição da rede de ações e serviços** — Consiste numa revisão sistemática de seus componentes, unidades e serviços de saúde, na qual avaliam-se os aspectos físicos e funcionais, bem como a organização e o funcionamento do sistema. Ao mesmo tempo se conhece o nível de produção de serviços de cada estabelecimento e do conjunto de estabelecimentos. A informação obtida serve para identificar os recursos disponíveis na rede, sua distribuição, natureza e organização e os principais problemas que obstaculizam a produção de serviços. Este estudo constitui a base para a análise da oferta de serviços e fornece informações para a avaliação do funcionamento da rede.

Uma vez desenvolvidos os estudos básicos descritos, segue-se a avaliação da rede e a análise da oferta e da demanda.

• **Avaliação da rede** — Nesta fase do estudo, avalia-se o cumprimento dos requisitos básicos de uma rede e de um sistema para que possa promover a melhoria na situação de saúde da população. Este conteúdo nasce da conceituação de que as análises da funcionalidade devem concentrar-se na produção da rede de serviços, mas também devem abordar a eficácia do conjunto de ações que oferecem. Para tanto, foram definidos quatro aspectos básicos: cobertura, efetividade, eficiência e qualidade. Todavia, no estudo de rede são abordados os dois primeiros, devido a sua maior vinculação com um dos objetivos do estudo — a identificação das necessidades de atenção não cobertas ou do excedente na produção. Nesta avaliação utilizam-se as informações levantadas no estudo demográfico e epidemiológico e na descrição da rede, cujos resultados podem servir para o desenho das linhas prioritárias de intervenção.

• **Estudo da oferta** — Consiste em quantificar o número de atividades realizadas em cada estabelecimento e no conjunto da rede, desagregados por nível de atenção, complexidade e região. A oferta, normalmente se expressa pelo número de procedimentos realizados por habitante, relação que também é utilizada para determinar a necessidade de atenção. Esta etapa do estudo inclui uma fase de otimização, na qual a produção de ações e serviços verificada se ajusta de acordo com a capacidade de produção dos recursos disponíveis.

• **Determinação da demanda** — Consiste na transformação das necessidades em saúde, derivadas do estudo demográfico e epidemiológico, e na solicitação de atendimentos aos serviços de saúde, expressos no número de atendimentos realizados por habitante, baseados em parâmetros.

• **Determinação da necessidade de ações e serviços** — Da diferença entre a relação da oferta de serviços por habitante e a demanda, identificam-se as necessidades de serviços. As necessidades podem ser estabelecidas para o momento 0, ou seja, no ano do estudo e ser projetada no tempo, que pode ser a médio e longo prazos.

Finalmente, com base nas informações obtidas nas etapas mencionadas, procede-se à elaboração das propostas de solução para as necessidades identificadas.

• **Definição de linhas estratégicas de ação —** A análise dos problemas identificados nos capítulos permite a definição de linhas estratégicas de ação e a elaboração de alternativas de solução, baseadas nos documentos legais e infralegais, além do contexto e estágio de implementação do SUS.

• **Definição de linhas prioritárias de intervenção** — Normalmente, as propostas consistem em intervenções tendentes à otimização dos recursos físicos, humanos e tecnológicos ou em intervenções que aumentam a capacidade de produção das unidades e serviços de saúde. No desenho das intervenções, também deve-se considerar o marco das políticas setoriais, o modelo de atenção à saúde, a sustentabilidade econômica e as preferências sociais da população, assim como o contexto demográfico e epidemiológico, que foi operacionalizado na avaliação da demanda. Na prática, as linhas prioritárias de intervenção transformam-se em uma carteira de projetos, que deve ser priorizada ao longo do tempo (Plano de Saúde).

1.5. USUÁRIOS DESTA METODOLOGIA

Esta metodologia está dirigida aos gestores e pessoal técnico de sistemas de saúde, para utilização na execução dos estudos de sistemas de saúde e redes assistenciais e para a análise da organização e provisão de serviços específicos, como por exemplo, os estudos sobre serviços de urgência, ambulatoriais, hospitalares e outros.

A aplicação da metodologia e a reflexão sobre os seus resultados permitem fortalecer a capacidade dos gestores e orientá-los sobre as linhas prioritárias para a gestão do sistema e para a organização da rede de ações e serviços (modelo assistencial). Constitui-se em instrumento para a articulação intergestores e para a provisão de informações básicas às equipes técnicas, com vistas à definição de projetos prioritários para a elaboração de planos municipais, regionais e estaduais de saúde. Fornece informações importantes aos conselhos de saúde, facilitando o controle social do respectivo sistema: às câmaras de vereadores, assembléias legislativas e Congresso Nacional, para o cumprimento de seu papel legiferante e fiscalizador; aos tribunais de contas, ministério público e magistratura, que devem realizar o estudo da gestão de sistemas e das redes de serviços de saúde, regularmente, conforme suas competências e atribuições.

1.6. COMPOSIÇÃO DA EQUIPE DE TRABALHO

As características do estudo e o prazo necessário para a obtenção de resultados determinarão o tamanho e a composição da equipe de trabalho. Porém, em quaisquer circunstâncias, a equipe de coordenação deve estar constituída, no mínimo, por profissionais com experiência nos seguintes campos:

- demografia, epidemiologia e saúde pública;
- gestão, análise organizacional e de recursos humanos;
- arquitetura e engenharia especializada em saúde;
- equipamentos.

Os dois últimos campos, a arquitetura e engenharia e os equipamentos, podem ser optativos, dependendo da finalidade do estudo, sendo sua participação obrigatória no caso daqueles que podem derivar em projetos de investimentos em infra-estrutura.

Para o desenvolvimento do estudo, é necessária a participação efetiva dos dirigentes e técnicos dos sistemas e estabelecimentos em análise, que deverão fazer parte do trabalho de revisão. Esta equipe deverá estar composta, minimamente, com os responsáveis pelas seguintes atividades:

• Planejamento;

• Controle, Avaliação e Auditoria;

• Recursos Humanos;

• Informação e Comunicação;

• Produção de serviços, tais como vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, apoio ao diagnóstico e terapia, política de sangue e hemoderivados, de alimentação e nutrição, de medicamentos e assistência.

2. ESTUDO DEMOGRÁFICO E EPIDEMIOLÓGICO

Este capítulo oferece uma pauta para a elaboração da análise demográfica e epidemiológica da população atendida pela rede de serviços. Organiza-se em duas seções: a) características demográficas e projeções da população e, b) perfil epidemiológico.

2.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO

O objetivo desta seção é caracterizar a população da área de influência da rede e projetar seu crescimento a médio e longo prazos. Estes conteúdos são importantes para estimar as necessidades de saúde da população, já que o perfil de morbi-mortalidade depende, também, do tamanho e da estrutura, por idade, da população.

A transição demográfica[3] que afeta a maior parte dos países da América Latina e Caribe, inclusive o Brasil, faz com que as redes de serviços devam adequar-se principalmente, às necessidades de populações jovens (serviços para a infância e saúde da mulher), junto a uma demanda crescente de serviços destinados a patologias crônicas e degenerativas que afetam a população de maior idade.

Por outro lado, a quantidade de serviços solicitados está diretamente relacionada com a dimensão da população, da qual uma estimativa precisa é fundamental para o êxito

3 É um processo de sucessão de etapas caracterizadas por reduções na mortalidade e na fecundidade. L. Tabah descreve 5 estágios segundo a magnitude destes indicadores, caracterizando-se o primeiro por uma alta mortalidade, com esperança de vida ao nascer menor de 54 anos e uma taxa global de fecundidade maior de 6,5; e o quinto por uma esperança de vida ao nascer de 75 ou mais anos e uma taxa global de fecundidade menor que 2.

do estudo. Existem numerosos enfoques para realizar a análise populacional, podendo ser dimensionada em função de um setor geográfico ou da área de influência do sistema e das unidades que oferecem as ações e serviços de saúde. Ambas as aproximações podem ser utilizadas nas análises de rede e sua escolha depende das características próprias do sistema em análise.

Um exemplo de população definida em função de um setor geográfico podem ser os estudos das redes de atenção de um município, região ou estado. Nestes, a população de referência corresponde à totalidade da população da localidade, que deve ser segmentada dependendo do sistema de atenção, (ou serviço) onde é atendida. Do contrário, nos estudos de rede de um determinado sistema de atenção, o estudo da população inicia-se com a definição da área de influência, que não corresponde necessariamente às áreas geográficas definidas, mas a um segmento dela.

A maior dificuldade nesta etapa é identificar a população que é atendida nos diferentes sistemas de atenção, dentro de uma determinada área geográfica. No Brasil é comum a população acessar sistemas de atenção à saúde de diferentes municípios e, ainda, de serviços de assistência suplementar.

2.1.1. Estudo da Área de Influência

A população de uma área de influência corresponde àquela atendida pelas unidades de saúde e não representa necessariamente a população de um determinado território geográfico como normalmente é descrito.

A estimativa da população da área de influência proporciona o denominador para os diferentes indicadores que se usam no estudo. Além disso, o conhecimento das características demográficas da população permite construir indicadores específicos para subgrupos de usuários.

Para calcular a população da área de influência de um sistema de saúde ou conjunto de unidades de saúde, utiliza-se o índice de dependência da população. Este índice mede a proporção da população que abrange cada unidade de saúde em uma área geográfica determinada. Uma forma de estimá-lo é identificar a

Fontes de Informação Demográfica
A informação demográfica é de base territorial e é para este tipo de unidades que se dispõe da estrutura por idade, sexo e outras variáveis relevantes da população, assim como das projeções demográficas para diferentes horizontes de tempo.
Normalmente a informação é proveniente de censos populacionais, de pesquisas ou estudos específicos. Mesmo assim, pode-se utilizar a informação de outros setores que também contam com dados populacionais, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, as Secretarias de Habitação e as companhias de saneamento e eletricidade. Uma fonte indireta das informações demográficas é a utilização do Sistema de Informações Hospitalares — SIH do SUS ou sistemas locais próprios. Outras fontes de informações demográficas próprias do SUS são os cadastros de adscrição da população aos serviços, entre outros.

procedência e o domicílio dos pacientes atendidos na rede de serviços em estudo, sem o qual não é possível a sua determinação.

Exemplo de estimativa do índice de dependência:

Realiza-se um estudo para identificar a procedência dos usuários atendidos no âmbito do sistema de saúde em estudo, por tipo de serviço, conforme pode ser observado em seguida:

Quadro 1
Exemplo de índice de dependência por procedência de pacientes atendidos por tipo de serviço

Procedência	Seviço de Urgência	Ambulatório de Especialidades	Hospitalar	Total
Município 1	1.000	2.000	400	3.400
Município 2	30	110	-	140
Município 3	50	-	20	70
TOTAL	180	310	60	550

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde, MS/Opas/OMS, Março 1998.

O índice de dependência da população de um município, região ou estado é a porcentagem de atendimentos em cada sistema ou unidade de saúde, em relação ao total de atendimentos deste mesmo sistema e devem estar contempladas 100% da demanda da população.

No exemplo, o índice de dependência foi calculado com relação ao tipo de serviços demandados — o índice de dependência do Município 1, com relação ao Serviço de Urgência, é de 1.000 atendimentos, em relação ao total de 3.400 atendimentos do município, o que corresponde a 0,29 ou 29,41% (1.000/3.400).

Índice de dependência do Município 1, com relação ao serviço de urgências:

$$\frac{1000}{3400} = 0,29$$

O índice de dependência do Município 1 com relação à internação hospitalar é de 0,11 ou 11,7% (400/3.400).

Quadro 2
Exemplo de índice de dependência por procedência e quantitativo de pacientes atendidos por Município de atendimento

Procedência	Município 1	Município 2	Município 3	Total
Região A	1.000	2.000	400	3.400
Região B	30	110	-	140
Região C	50	-	20	70
TOTAL	180	310	60	550

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1998.

Neste exemplo, o índice de dependência da Região A com relação ao Município 1 é de 1.000 atendimentos, em relação ao total de 3.400 atendimentos da região, o que corresponde a 0,29 ou 29,41% (1.000/3.400).

O índice de dependência da Região A com relação ao Município 3 é de 0,11 ou 11,7% (400/3.400).

Em síntese, o índice pondera a participação dos distintos subgrupos da população dentro da área de influência de um sistema, informação fundamental nas etapas de análise da oferta, demanda e necessidades de ações de saúde, atual e projetada, especialmente durante o processo de elaboração das programações pactuadas integradas e dos planos de desenvolvimento regionais.

Por exemplo, se for estimado que as necessidades de atendimento das três regiões crescerão em 10% no período de 5 anos, este crescimento poderá ser distribuído entre os serviços e os três municípios, utilizando-se os índices de dependência calculados. Também podem ser estabelecidos diferentes cálculos de índices de dependência, de acordo com as possíveis variações na capacidade de absorção de demanda de cada sistema de saúde municipal ou de unidades de saúde. Isto poderia ocorrer sem incrementar ou reduzir os recursos instalados.

2.1.2.Características da População

Uma vez definida a área de influência, a população pode ser caracterizada sob o ponto de vista demográfico, epidemiológico e sócio-econômico, com informações que ajudarão a estabelecer até que ponto os sistemas e unidades de saúde respondem às suas necessidades.

A caracterização da população da área de influência deve incluir pelo menos as seguintes variáveis:

- população com distribuição por faixa etária e sexo (menores de 1 ano; de 1 a 4 anos; de 5 a 9; de 10 a 14; de 15 a 19; de 20 a 29; de 30 a 39; de 40 a 49; de 50 a 59; de 60 a 69; de 70 a 79; de 80 e mais) do ano do estudo;
- população urbana e rural, por sexo e faixa etária;
- crescimento observado na população nos dois últimos censos (evolução demográfica do IBGE);
- distribuição espacial da população no local do estudo (município, distritos, regiões, estado);
- taxa de fecundidade (pelas últimas informações de nascidos vivos disponíveis);
- taxa específica de fecundidade (10 a 49 anos);
- outras variáveis que condicionem o acesso aos diversos níveis de atenção, como nível sócio-econômico, cultura e etnia, variações sazonais por migrações internas ou turismo se for o caso, entre outras;
- construção de cenários hipotéticos de mudanças das variáveis antes descritas.

O quadro seguinte apresenta um exemplo da estrutura demográfica de uma área de abrangência de um sistema de saúde.

Tabela 1
Estrutura demográfica de uma população

Faixa Etária	População	Distribuição (%)
Menor 1 ano	96.314	2,03
De 1 a 4 anos	383.922	8,09
De 5 a 9 anos	487.911	10,28
De 10 a 14 anos	516.776	10,89
De 15 a 19 anos	515.602	10,86
De 20 a 29 anos	911.799	19,21
De 30 a 39 anos	732.045	15,43
De 40 a 49 anos	488.529	10,29
De 50 a 59 anos	303.168	6,39
De 60 a 69 anos	186.525	3,93
De 70 a 79 anos	84.081	1,77
De 80 anos e mais	30.077	0,63
Idade ignorada	3.764	0,15
TOTAL	4.744.174	100

Fonte: IBGE

A caracterização demográfica é uma referência para a projeção da população usuária do sistema ou unidade de saúde. Pode-se recorrer às projeções demográficas baseadas nos censos populacionais que podem ser modificadas de acordo com a construção de cenários. Por exemplo, se existem planos de construção de uma grande indústria no município é possível que este fato desencadeie uma importante imigração de população. Como não se conhece o impacto demográfico final da imigração, devem-se construir diferentes cenários de crescimento populacional (10%, 15% ou 20%).

A definição destes cenários futuros poderá requerer o desenvolvimento de estudos específicos que possam dar suporte adequado às hipóteses levantadas.

2.1.3. Projeção da População

As projeções utilizadas nas análises de sistemas e redes de serviços de saúde geralmente são de cinco a dez anos, não se recomendam horizontes maiores, uma vez que, na medida em que aumenta o tempo, diminui a precisão da estimativa.

O resultado final da projeção é o número de habitantes esperados para o ano projetado e sua composição por sexo e faixa etária, objetivando a discriminação dos grupos populacionais objetos de priorização das intervenções de saúde, ou seja, os menores de 15 anos, as mulheres em idade fértil, os adultos, os idosos e outros.

Freqüentemente, calcula-se o crescimento populacional com base nas projeções oficiais que os governos realizam para as divisões político-administrativas. Portanto, normalmente existirão projeções de população para áreas geográficas às quais devem aplicar-se os cálculos de índices de dependência. O resultado do cálculo corresponde à população projetada para a área de influência do sistema em estudo, como se mostra a seguir.

Em uma área geográfica determinada, de acordo com os dados do IBGE, 100% da população tem direito ao Sistema Único de Saúde — SUS. Existe a população subscrita ao Sistema de Saúde Suplementar, que deve ser estimada e conhecida, para efeito de regulação.

Quadro 3
Exemplo de projeção de população/área de abrangência

Situação atual:
• População da área geográfica: 4.744.174 habitantes
• Estrutura populacional: população de 0 a 14 anos = 31,89%
população de 15 a 64 anos = 62,18%
população acima 60 ano = 6,33%

• Adscrição do sistema de saúde: SUS = 100%
Subsistema suplementar = 20%

Para a unidade geográfica em estudo, a projeção oficial da população é de 5.507.563 habitantes para o ano 5, que se distribuem da seguinte forma, de acordo com a mesma projeção:
• Estrutura populacional: população de 0 a 14 anos = 1.462.205 habitantes (26,54%)
população de 15 a 64 anos= 3.659.733 habitantes (66,44%)
população acima 60 anos = 385.625 habitantes (7%)

Se o objetivo é determinar qual seria a população usuária do SUS no ano 5, pode-se calcular os seguintes cenários para a projeção:
1. Manter a proporção da população adscrita que se observa na pesquisa, isto é, 100% do total (5.507.563 habitantes), com o pressuposto de que a estrutura populacional deste subgrupo seja igual a população total da área.
2. Modificar a proporção da população adscrita, com base na análise da tendência de adscrição (se existir esta informação). Neste caso, também se pode manter o pressuposto de que a estrutura populacional seja igual a do total da população.
3. Estabelecer cenários em que se modifica a estrutura populacional da população adscrita, com base em algum estudo disponível nesta matéria.

Em geral, se não existe informação disponível ou se esta é pouco confiável, recomenda-se projetar a população utilizando pressupostos conservadores, que no exemplo corresponde à primeira alternativa.

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás, Brasil - Março de 1999.

2.2. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

O objetivo desta seção é proporcionar informações que permitam contextualizar em torno do que funciona um sistema de saúde ou a rede de ações e serviços de saúde, e dar uma orientação a respeito do perfil de problemas de saúde que os sistemas e serviços de saúde deverão resolver no presente e no futuro. Também proporciona informações sobre as soluções mais adequadas para resolver os problemas mencionados, já que diferentes perfis de morbimortalidade envolvem diferentes recursos de saúde para sua prevenção e solução.

No Brasil, existem vários sistemas de informações epidemiológicas de abrangência nacional.

Quadro 4
Alguns sistemas de informações nacionais

Tipo de Informação	Sistemas	Siglas	Órgão
Informações relacionadas à situação de saúde.	Sistema de Informações sobre Mortalidade	SIM	CENEPI
	Sistema de Informações sobre Agravos Notificáveis	Sinan	Cenepi
	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	Sinasc	Cenepi
	Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional	Sisvan SIAB	CENEPI Datasus
	Sistema de Informações de Atenção Básica		

A elaboração do perfil epidemiológico considera o desenvolvimento dos seguintes conteúdos:

a) Fatores condicionantes de saúde;

b) Agravos à saúde;

c) Problemas de saúde prioritários.

2.2.1. Fatores Condicionantes de Saúde

Nesta seção caracterizam-se todas as variáveis que condicionam o nível de vida e saúde da população. Dentro desta descrição, devem ser incluídos pelo menos os seguintes fatores: demográficos, ambientais, sociais, culturais e econômicos. Os serviços de saúde são também um importante fator condicionante e, como constituem o objeto de análise desta publicação, serão analisados com detalhe no capítulo 4 (Descrição da Rede de Serviços).

Dependendo do interesse específico do estudo, podem ser modificados os fatores condicionantes a serem incluídos, devendo ser adaptado o nível de profundidade de sua análise.

As fontes de informações disponíveis para a descrição dos fatores condicionantes normalmente correspondem a fontes oficiais dos distintos setores do governo (educação, moradia, trabalho, economia, etc.) e a estudos específicos em algumas matérias, como na área de condutas associadas à saúde.

A menos que os objetivos do estudo assim o requeiram, em uma análise de sistema de saúde ou rede não devem ser desenvolvidas atividades tendentes a gerar este tipo de dados e deve-se concentrar na busca das informações disponíveis.

No quadro 5, apresenta-se um esquema de ordenamento para a revisão e descrição dos principais fatores condicionantes de saúde. Dentro de cada um deles, identificam-se os aspectos mais relevantes a serem considerados na descrição.

Quadro 5
Fatores condicionantes de saúde

1. DEMOGRAFIA (*):
- Tamanho da população, distribuição por grupo etário e sexo. População economicamente ativa. Taxa de atividade masculina e feminina. Índice de Masculinidade e Índice de Dependência.
- Crescimento demográfico (natalidade, mortalidade, migrações) tendências e projeções.
- Distribuição espacial da população, de acordo com a organização administrativa do sistema em estudo.
- Conclusão a respeito dos problemas de saúde associados à estrutura demográfica.

2. AMBIENTE:
- Meio físico e biológico — água, ar, solo, flora, fauna (riscos de poluição, projetos existentes em Defesa do Meio Ambiente, projetos de controle dos ambientes de trabalho, política de saneamento).
- Meio sócio-econômico — infra-estrutura urbana, condições de saneamento(cobertura de água tratada, esgotamento sanitário, coleta de lixo), condições de habitação (situação de moradia urbana e rural, assentamentos, entre outros), proteção de alimentos.
- Conclusão a respeito dos problemas de saúde associados ao ambiente.

3. CULTURA E ETNIA:
- Composição étnica.
- Linguagem e dialetos.
- Crenças, mitos e procedimentos em saúde.

4. CARACTERÍSTICAS SOCIO-ECONÔMICAS DA POPULAÇÃO:
- Principais atividades econômicas da área de abrangência do estudo.
- Condições de emprego, taxa de pobreza, taxa de desemprego, renda per capita.
- Distribuição da população economicamente ativa nos setores da economia.
- Fontes de recursos financeiros da esfera de governo, incluindo arrecadação nos últimos dois anos.
- Conclusão a respeito dos problemas de saúde associados às condições econômicas.

5. EDUCAÇÃO:
- Analfabetismo e escolaridade, por faixa etária e sexo.
- Tempo de estudo da população, por faixa etária e sexo.
- Cobertura de educação básica e média.

6. CONDUTAS ASSOCIADAS À SAÚDE:
- Alimentação e nutrição.
- Atividade física e sedentarismo.
- Tabagismo, consumo de álcool, drogas.
- Violência delitual e intrafamiliar.
- Conduta sexual.

(*) São incluídos os fatores demográficos, vistos em detalhes na seção anterior, para se ter o quadro completo dos condicionantes de saúde.

2.2.2. Agravo à Saúde

O objetivo desta seção é verificar o estado de saúde da população, suas tendências e suas perspectivas para médio e longo prazos. Nela, também, espera-se que se identifiquem as áreas geográficas que concentram os maiores problemas de saúde, assim como que se caracterizem os grupos populacionais de maior risco.

O conhecimento dos agravos em saúde permite orientar a eleição das melhores intervenções para a sua solução. Da mesma forma, permite estabelecer um referencial para avaliar o impacto na saúde das intervenções propostas como resultado do estudo.

No Quadro 6, apresentam-se exemplos de indicadores sanitários utilizados freqüentemente para medir o nível de saúde das populações. Eles são classificados em seções que permitem ordenar sua descrição e análise.

A fonte destes dados corresponde a estatísticas vitais, estatísticas sanitárias de utilização de serviços, sistemas de vigilância epidemiológica, pesquisas e estudos específicos. No Brasil, as informações sofrerão de problemas na cobertura e qualidade dos dados. Porém, recomenda-se buscar o máximo de informação possível, fazendo menção a suas limitações. O conteúdo mínimo esperado nesta seção, corresponde à análise de mortalidade por causa, idade e sexo, que inclua um estudo de tendências.

Quadro 6
Medidas do agravo em saúde

1.Taxas de Mortalidade:
• Mortalidade geral (por faixa etária e por causa - pelo menos 10).
• Mortalidade por grupos especiais de população: Taxa de Mortalidade Infantil - TMI (menor de 1 ano) e principais causas - pelo menos 5); Mortalidade na Infância (01 a 04 anos) e principais causas; Taxa de Mortalidade Materna - TMM; adolescentes, adulto, distribuição dos óbitos por causas evitáveis.
• Análise de tendências e projeções.
2. Expectativa de Vida ao Nascer
3. Anos Potenciais de Vida Perdidos, por grupo de causas, grupo etário, sexo e tendências.
4. Indicadores de Morbidade:
• Morbidade hospitalar geral, por idade, causa e sexo; morbidade hospitalar feminina, morbidade hospitalar por gravidez, parto e puerpério,morbidade hospitalar masculina, morbidade hospitalar de 05 a 14 anos, morbidade hospitalar de 01 a 04 anos, por causa, sexo e faixa etária, morbidade hospitalar de menores de 1 ano.
• Morbidade ambulatorial geral, por causa, sexo e faixa etária.
• Cobertura vacinal, por faixa etária e sexo e nível de Controle das Doenças Imunopreveníveis. Incluir o controle das zoonoses.
• Controle das Endemias em geral.
• Situação das doenças crônico-degenerativas e doenças sexualmente transmissíveis.
• Doenças de notificação compulsória.
• Referência a consultas especializadas.
• Saúde escolar, saúde ocupacional e saúde bucal.
5. Problemas de saúde percebidos pela população.
6. Indicadores de Expectativa de Vida:
• DALY
• QALY

2.1.3. Problemas de Saúde Prioritários

O perfil epidemiológico deve ser concluído com a hierarquização dos problemas de saúde, para a qual pode-se optar por algumas das metodologias disponíveis, que deverão incorporar a opinião dos usuários e dos trabalhadores do setor saúde.

Existem numerosos métodos de priorização, alguns deles baseados em enfoques quantitativos e outros que incorporam um grau maior ou menor de aspectos qualitativos, como a opinião de usuários ou especialistas. A maior parte destes métodos, mesmo quando se consideram os quantitativos, incorporam algum grau de subjetividade em suas avaliações e circunstâncias, que deve ser levado em conta ao analisar os resultados.

Entre os métodos de priorização que podem ser utilizados nas análises dos problemas de sistemas ou redes de serviços, mencionaremos os seguintes:

Método de Hanlon:

Neste método a unidade de análise são os problemas de saúde. Cada problema de saúde (por exemplo a hipertensão) é avaliado segundo quatro aspectos: magnitude do problema, severidade, eficácia das soluções disponíveis e factibilidade de aplicar a solução.

Para cada problema estabelece-se uma pontuação por aspecto, para o qual utiliza-se uma escala definida por consenso de grupo. O grupo é constituído por especialistas, especialmente convocados para esta finalidade.

Uma vez definidas as pontuações por aspectos do problema, aplica-se uma fórmula através da qual se obtém a pontuação final ou pontuação de prioridade de cada problema avaliado.

Fórmula do Método de Hanlon:

$$\text{Pontuação de prioridade} = (a + b) \times c \times d$$

Onde: a = magnitude

b = severidade

c = eficácia

d = factibilidade

Como se observa na fórmula, de acordo com este método, os distintos aspectos avaliados recebem uma mesma ponderação, ou seja, a magnitude e severidade do problema em avaliação têm a mesma característica que a eficácia e a factibilidade.

O método Opas — Cendes, de ampla difusão na América Latina, segue o enfoque do método Hanlon com algumas diferenças nas áreas a avaliar. A Opas incorpora os conceitos de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custo, que se relacionam entre si de acordo com a seguinte fórmula:

Fórmula do Método Opas-Cendes

$$\text{Pontuação de Prioridade} = \frac{a \times b \times c}{d}$$

Onde: a = magnitude

b = transcendência

c = vulnerabilidade

d = custo

Método Simplex:

Este método de priorização, como o anterior, baseia-se na avaliação por um grupo de especialistas e requer a construção prévia de questionários para a avaliação dos problemas. O grupo avaliador analisa cada problema a partir de perguntas pré-estruturadas em áreas que se consideram relevantes para avaliar. Para cada pergunta dispõe-se de um jogo de respostas tipo, com sua respectiva pontuação. A pontuação final de cada problema é obtida calculando-se a média das pontuações definidas pelos especialistas. O problema com o valor médio mais elevado é o problema prioritário.

Priorização baseada em indicadores sanitários:

Neste método podem ser mencionados as taxas de mortalidade, os anos potenciais de vida perdidos (APVP), os anos de vida ajustados por incapacidade (DALY) e os anos de vida ajustados por qualidade (QALY). A partir do uso de qualquer destes indicadores, podem ser listados os problemas de saúde por ordem de importância, de acordo com a magnitude e severidade do agravo que produzem.

Nas circunstâncias em que se conta com medições de DALY ou QALY, eles devem ser utilizados para a identificação dos problemas de saúde de maior relevância, já que estes indicadores incorporam o componente de mortalidade à qualidade de vida. Caso estes indicadores mencionados não estejam disponíveis, recomenda-se utilizar os APVP que incorporam o conceito de mortalidade evitável.

Finalmente, para se apresentar os resultados do estudo demográfico e epidemiológico recomenda-se a utilização de quadros-resumo, como a seguir:

Quadro 7
Análise do sistema de saúde em Goiás, 1999
Resumo de indicadores demográficos

Indicador	Ano	Valor
População Geral do Estado	1996	4.514.967
Urbana		85,77
Rural		14,23
População Geral do Estado	1997	4.639.734
População Geral do Estado	1998	4.744.174
Crescimento Populacional	1996-1998	2,3
Densidade populacional (hab/Km^2) total	1998	13,90
População por faixa etária (%)		
Menores de 1 ano	1998	2,03%
De 1 a 4 anos		8,09%
De 5 a 9 anos		10,28%
De 10 a 14 anos		10,89%
De 15 a 19 anos		10,86%
De 20 a 29 anos		19,21%
De 30 a 39 anos		15,43%
De 40 a 49 anos		10,29%
De 50 a 59 anos		6,39%
De 60 a 69 anos		3,93%
De 70 a 79 anos		1,77%
De 80 anos e mais		0,63%
Relação de masculinidade (homens por 100 mulheres)	1996	100,0
População com acesso a água tratada	1998	80%
População com acesso a esgotamento sanitário	1998	33%
Renda per capita	1994	1.575US$
PIB Estadual (% em relação ao Brasil)	1996	3,2
Taxa de Pobreza (população com renda inferior a 1/2 SM)	1996	24,85%
Taxa de Desemprego	1996	7,54%
Taxa de Alfabetização	1996	86,80%
Taxa de Escolaridade (população com até 7 anos de estudo)	1996	71,20%
Expectativa de vida ao nascer geral	1996	68,60
Masculina		65,43
Feminina		71,88
Expectativa de vida aos 65 anos do sexo masculino	1996	12,72
Expectativa de vida aos 65 anos do sexo feminino	1996	14,84
Taxa bruta de natalidade (por 1.000 hab.)	1998	20,86
Taxa de fecundidade geral	1996	2,12
Taxa de mortalidade geral (por 1.000 hab.)	1998	4,72
Taxa de mortalidade infantil - TMI	1998	16,64
Taxa de mortalidade materna - TMM (nº de óbitos da mãe, por 100.000 nascidos vivos)	1998	63,23
Cobertura Vacinal:		
Anti-Pólio	1998	91,57
Anti-Sarampo	(até 09/98)	84,68
DPT		88,88
BCG		104,37

Quadro 8
Anos potenciais de vida perdidos por 1.000 ha de 1 a 69 anos, 1996 - Goiás, por grupos de causas

Causas	APVP	Taxa APVP
Doenças do aparelho circulatório	42.782,0	9,5
Causas externas	119.013,9	26,4
Afecções mal definidas	45.107,2	10,0
Neoplasias	26.477,0	5,9
Doenças do aparelho respiratório	24.014,1	5,3
Doenças infecciosas e parasitárias	35.920,9	8,0
Outras	122.556,5	27,1

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás, Brasil - MS/Opas/Nescon-UFMG, Março de 1999

3. GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Este capítulo não é uma adaptação do texto original da metodologia. É um capítulo novo, específico para o Sistema Único de Saúde do Brasil e marca a importância da gestão do sistema de saúde para o adequado funcionamento da rede de ações e serviços.

3.1 ASPECTOS CONCEITUAIS

A atenção à saúde é um conjunto de ações e serviços realizados pelo Sistema Único de Saúde e por outros setores de governo, para o atendimento das demandas e necessidades individuais e coletivas da população e das exigências ambientais de uma localidade.

As ações de política setorial em saúde, como as administrativas — planejamento, comando e controle - são inerentes e integrantes do contexto daquelas envolvidas na assistência e nas intervenções ambientais. As ações de comunicação e de educação também compõem, obrigatória e permanentemente, a atenção à saúde.

Nos três campos de atuação da saúde, enquadram-se um conjunto de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo.

Campos de atuação da saúde:
a) o da assistência, que é prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
b) o da promoção e proteção da saúde, que são as intervenções ambientais que incluem as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental (mediante pacto de interesses, normalizações, fiscalizações e outros);
c) o das políticas externas ao setor saúde (políticas intersetoriais), que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades, das quais são parte as políticas macroeconômicas, tais como as políticas de emprego, de habitação, de educação, de lazer e a disponibilidade e qualidade dos alimentos, entre outras.

3.2. CARACTERÍSTICAS DA GESTÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

Existem conjuntos de ações que configuram campos clássicos de atividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de ações próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, como as atividades de vigilância em saúde.

As ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS, são desenvolvidas em um conjunto de estabelecimentos (unidades e serviços de saúde), organizado em rede *regionalizada, hierarquizada e descentralizada*, formando subsistemas municipais, voltado ao atendimento universal, integral e equânime da população e inserido de forma indissociável no SUS, em suas abrangências estadual e nacional, sendo a função característica dos respectivos gestores o exercício de *função essencialmente pública*, pois trata-se de efetiva responsabilidade do Estado pela saúde do cidadão.

A **Gestão do Sistema de Saúde** é a atividade advinda da responsabilidade de coordenar, comandar ou dirigir um sistema de saúde municipal (Secretário Municipal de Saúde), estadual (Secretário de Estado da Saúde) ou nacional (Ministro da Saúde). É competência exclusiva do poder público. Implica o exercício de funções de formulação, coordenação, articulação, negociação, planejamento, implementação, acompanhamento, regulação, controle, avaliação, auditoria e prestação de contas.
O Modelo de Gestão de um Sistema de Saúde é a forma e o modo de conceber, gerir/administrar, organizar e controlar as ações e os serviços (modelo assistencial), enquanto sistema de saúde em cada território.

As ações e serviços, desenvolvidos por unidades de saúde estatais (municipais, estaduais ou federais) ou privadas (contratadas ou conveniadas), devem estar organizadas e coordenadas de modo que o respectivo gestor possa garantir à população o acesso aos serviços e a disponibilidade das ações e dos meios para o atendimento integral.

Isto significa dizer que, independentemente de a gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada, a gestão de todo o sistema, bem como a responsabilidade sanitária pela saúde dos cidadãos, é necessariamente da competência do poder público e exclusiva da esfera municipal de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho de Saúde e de outras instâncias de poder.

Para implementar-se a Gestão de um Sistema de Saúde, parte-se da análise da respectiva realidade para a escolha de uma proposta prática de ação (Planos de Saúde) para a solução dos problemas de saúde detectados (a partir de estudos demográficos e epidemiológicos), por uma concepção de processo de trabalho, pela utilização de métodos de planejamento, considerando-se os recursos administrativos, físicos, materiais, humanos, cognitivos, políticos e financeiros existentes e necessários, em um determinado tempo.

3.3. CONDIÇÕES BÁSICAS PARA O GESTOR DO SISTEMA DE SAÚDE

Para assegurar a implementação de um Modelo de Gestão, que promova o acesso universal, integral e equânime da população às ações e serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde, de forma descentralizada e com gestão única em cada esfera de governo, o gestor necessita de, pelo menos, quatro condições básicas: 1) ter vontade política; 2) ter definição dos recursos; 3) ter os instrumentos de gestão implementados e 4) ter capacidade de negociação.

3.3.1. Ter Vontade Política:

Por vontade política, entende-se o sentimento e as atitudes que movem o governante de uma determinada esfera de governo, rumo à realização de um dado objetivo ou à implementação de um projeto político. Inclui ter conhecimento das necessidades da população; capacidade de definir prioridades na aplicação dos recursos, na escolha de estratégias, de operações e ações, entre as várias alternativas colocadas a cada momento (curto, médio e longo prazos); ter responsabilidade, autoridade e legitimidade para tomar decisões. Enfim, implica ter desejo, interesse, noção de dever e justiça, empenho, compromisso, determinação e prazer frente à necessidade e possibilidade de promover mudanças em uma determinada realidade.

3.3.2. Ter Definição dos Recursos:

A definição dos recursos a serem aplicados numa política setorial é a forma mais objetiva e concreta de se demonstrar um processo de eleição de prioridades.

O processo de definição de recursos (e de prioridades) baseia-se em um pacto entre os gestores das políticas intersetoriais de governo, que devem estar convencidos e sentirem-se como participantes, co-autores e co-responsáveis pelo mesmo.

Os instrumentos legais que formalizam a definição dos recursos a serem aplicados numa política setorial são:

- os planos de saúde (incluindo a programação e a PPI);
- os planos plurianuais (PPA);
- as leis de diretrizes orçamentárias (LDO) de cada esfera de governo;
- as leis orçamentárias (LO).

Os instrumentos que comprovam a efetiva aplicação dos recursos são:

• a contabilidade (análise dos documentos contábeis);

• os relatórios de gestão;

• outros documentos e instrumentos de prestação de contas.[4]

3.3.3. Ter os Instrumentos de Gestão[5] Implementados:

O Sistema Único de Saúde — SUS, funciona como uma engrenagem, para a qual é necessária a implementação de todos os instrumentos de gestão previstos na legislação, que implicam a conformação de bases fundamentais para o seu funcionamento, quais sejam:

a) Estrutura Gestora Única do Sistema de Saúde da respectiva esfera de governo, de acordo com as competências e atribuições, responsabilidades e autonomia inerentes à gestão do Sistema de Saúde e ao Plano de Saúde (modelo de atenção estabelecido[6]), considerando-se ainda, a compatibilidade com a condição de habilitação do respectivo sistema, em relação às normas operacionais do SUS.

Os componentes das estruturas organizacionais das distintas esferas de gestão do SUS são semelhantes, e as diferenças são estabelecidas de acordo com as respectivas competências e com a complexidade do sistema.

Para a gestão estadual, a estrutura organizacional gestora (para a Administração, Planejamento e Regulação do Sistema Estadual de Saúde) deve compor-se por órgãos, que funcionem enquanto sistema e de modo integrado, orientando a estruturação e a operacionalização:

4 - Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 5º, incisos XXXIII e LXXIII, Art. 31, § 1º e 3º, Art. 70 a 75 e Art. 165, inciso III, § 3º;
- Lei Federal nº 8.666, Art. 16;
- Lei Federal nº 8.689, Art. 6º e12.
- Lei Federal nº 8.142, Art. 4º, inciso V;
- Decreto Federal nº 1.651, Art. 4º.

5 - Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 198, inciso I;
- Lei Federal 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 9º, incisos I, II e III;
- Lei Federal 8.142/90;
- Decreto nº 1.232/94 (repasse Fundo-a-Fundo),;
- Decreto nº 1.651/95 (Sistema Nacional de Auditoria);
- Normas Operacionais Básicas do SUS.

6 - Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 198, inciso I;
- Lei Federal nº 8.80 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 9º, incisos I, II e III.

- da prestação de serviços próprios ambulatoriais e hospitalares de alto custo, do tratamento fora do domicílio (intermunicipal) e da disponibilidade de medicamentos e insumos especiais, sem prejuízo das competências dos sistemas municipais;
- do componente estadual de vigilância epidemiológica, com sistema de informação que inclua as informações obtidas pela vigilância nutricional e pela vigilância sanitária;
- do componente estadual de vigilância sanitária;
- do componente estadual da rede de laboratórios de saúde pública;
- do componente estadual de assistência farmacêutica;
- das políticas de sangue e hemoderivados;
- do componente estadual de programações de abrangência nacional, relativas a agravos que constituam riscos de disseminação para além do seu limite territorial;
- do componente estadual do Sistema Nacional de Auditoria e Regulação;
- dos sistemas de informação de produção de serviços e de insumos críticos e processamento de dados;
- do componente estadual de comunicação social e educação em saúde;
- da administração e desenvolvimento de recursos humanos;
- de ciência e tecnologia;
- de mecanismos e instrumentos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde como aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente;
- do Fundo Estadual de Saúde;
- da Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- do Conselho Estadual de Saúde.

Para a gestão municipal, a estrutura organizacional deve compor-se por equipes de saúde ou órgãos que funcionem enquanto subsistema e de modo integrado, garantindo a estruturação e a operacionalização:

- da prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares ou de encaminhamento para atendimento fora do domicílio;
- do componente municipal do sistema de vigilância epidemiológica com sistema de informação que inclua as informações obtidas pela vigilância alimentar e nutricional e a vigilância sanitária;

1 - Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 198, inciso I;

- Lei Federal nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 9º, incisos I, II e III.

- **Ter Vontade Política:**
- do componente municipal de vigilância sanitária;
- dos serviços de apoio ao diagnóstico e terapia (laboratórios para exames complementares e radioimagem);
- do componente municipal de assistência farmacêutica;
- das políticas de sangue e hemoderivados;
- de programas especiais, conforme a necessidade, apontada por indicadores epidemiológicos locais;
- dos sistemas de informação de produção de serviços e de insumos críticos;
- do componente municipal de comunicação social e educação em saúde;
- do componente municipal do Sistema Nacional de Auditoria;
- da administração e desenvolvimento de recursos humanos;
- de mecanismos e instrumentos visando a integração das políticas e das ações de relevância para a saúde da população, como aquelas relativas a saneamento, recursos hídricos, habitação e meio ambiente, entre outras;
- de funcionamento do Fundo Municipal de Saúde;
- do Conselho Municipal de Saúde.

Para isto, é necessária a manutenção de recursos humanos (quadros técnicos) permanentes e compatíveis com o exercício do papel de gestor de cada esfera de governo.

a) Fundo de Saúde[1] com estrutura que garanta a autonomia de funcionamento do setor saúde e do gestor para gerir todos os recursos orçamentários, financeiros e contábeis destinados à saúde (na respectiva esfera de governo), com a agilidade necessária

Os **Fundos de Saúde** têm por finalidade operacionalizar a gestão dos recursos financeiros do SUS, em cada esfera de governo, entendidos como todos os recursos destinados ao setor saúde, pelas três esferas, cujo montante e utilização tenham visibilidade pública.

1 - Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 70 a 75 e Art.198, Parágrafo Único;
- Lei Federal, nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 9º, Art. 15, incisos VIII e XVIII, Art. 32, § 2º e Art. 33, § 1º e Art. 36;
- Lei Federal, nº 8.142, Art. 4º, inciso I;
- NOB/SUS 01/96 - DOU 6/11/96.

para resolver os problemas de saúde dos usuários e com a devida discussão e definição da aplicação e prestação de contas ao Conselho de Saúde;

b Plano de Saúde[2] , explicitando o modo como se organiza o sistema de atenção à saúde, definido com a participação ativa dos trabalhadores da saúde (em reuniões por local de trabalho, colegiados e mesas de negociações), considerando-se a importância deste segmento na etapa de sua implementação, e pactuado com os usuários (nos Conselhos de Saúde) do respectivo sistema. No caso dos estados, o Plano deve ser pactuado, também, com os Gestores Municipais e, no caso da União, com os Gestores Estaduais.

No planejamento das ações e serviços de saúde, para uma determinada área de abrangência, definidas em programação própria, devem constar as que serão realizadas no próprio território e as que serão realizadas por referência (encaminhamento a outro subsistema de saúde), da mesma forma que devem constar as ações e serviços que serão ofertados a outras áreas de influência dos serviços (às populações de outras áreas geográficas), tendo sido devidamente negociadas nas comissões intergestores, em consórcios intermunicipais de saúde e formalizadas em **Programação Pactuada Integrada — PPI.**

Os Planos de Saúde traduzem o projeto técnico-político de governo para o planejamento e a operacionalização das ações e serviços setoriais de saúde, com o objetivo de solucionar os problemas da população de uma determinada área de abrangência e das áreas de influência do sistema de saúde.

Neste processo, cada esfera de governo apresenta o seu Plano Plurianual — PPA (para quatro anos), explicitando a concepção de Gestão do Sistema e do Modelo Assistencial, com a *programação* das ações e serviços de saúde (oferta, demanda e necessidades), estabelecendo as prioridades (atividades, programas e projetos), organizando-se de forma hierarquizada o sistema de saúde, definindo-se objetivos e metas, recursos, prazos e responsáveis pela execução.

A Norma Operacional Básica 01/96 — NOB 01/96 instituiu o desenvolvimento do processo de **Programação Pactuada Integrada — PPI,** que deve traduzir a responsabilidade sanitária de cada município, com a garantia de acesso da população às ações e serviços de saúde, pela oferta existente no nível local ou pelo encaminhamento a outros municípios, bem como o atendimento de demandas de outras áreas de influência de sistemas que não oferecem atendimentos de maior complexidade, através de negociações entre os gestores municipais, em processo ascendente, coordenadas e intermediadas pelo gestor estadual, respeitando-se a autonomia de cada gestor. A PPI deve traduzir o conjunto de ações e serviços de saúde necessários às populações de todos os municípios e a alocação dos respectivos recursos, independente da vinculação institucional ou órgão responsável pela execução dessas atividades.

2 - Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 29, inciso XII;
- Lei Federal 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 15, inciso X; Art. 36, § 1º e 2º e Art. 37;
- Lei Federal 8.142, Art. 1º, § 2º e At. 4º, inciso III;
- Decreto Federal nº 1.232, Art. 2º.

O Plano de Saúde (que deve ser elaborado anualmente) deve ser entendido como o resultado de um "Planejamento Estratégico" para a Operacionalização do Sistema de Saúde. É estratégico porque envolve o conhecimento da realidade (demográfica, epidemiológica e da rede de serviços de saúde) para a qual se está planejando, a definição das prioridades, objetivos, metas, recursos necessários e, principalmente, a pactuação entre todos os atores sociais envolvidos, tais como o conjunto do governo, trabalhadores, usuários e prestadores de serviços de saúde, os gestores das outras esferas de governo, especialmente os gestores municipais, o Ministério Público e o Poder Legislativo.

O Plano de Saúde deve conter, também, as propostas de investimentos e suas respectivas fontes de financiamento, seja por recursos próprios, de outras esferas de governo, ou ainda, por consórcios intermunicipais de saúde.

A implementação do Plano de Saúde inclui a possibilidade de sua revisão permanente, com correção de rumos, inclusão ou exclusão de ações e serviços, redefinição de prioridades e o estabelecimento de sistemas e mecanismos de comunicação eficaz entre todos os atores sociais envolvidos, especialmente para os usuários, respeitadas as definições do plano plurianual.

c) Política de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos, com **Plano de Carreira, Cargos e Salários — PCCS**[3], negociada com os trabalhadores do Sistema de Saúde, com vistas à execução e implementação da proposta do Plano de Saúde.

A gestão de um sistema de saúde e a implementação de ações e serviços previstos no Plano de Saúde incluem obrigatoriamente, uma profunda reflexão acerca do quadro de recursos humanos necessários à sua execução; da quantidade e da composição das equipes de trabalho (característica central do processo de trabalho em saúde); das categorias profissionais necessárias; da distribuição de pessoal por nível de atenção e características do local de atuação; das competências e atribuições da respectiva esfera gestora do SUS; bem como da política de desenvolvimento a ser adotada.

3 - Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 37, incisos I, II e VI, Art. 39, § 2º; Art. 41, Art. 200, inciso III;
- Lei Federal nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 15, inciso IX, Art. 27, inciso IV;
- Lei Federal nº 8.142, Art. 4º, inciso VI;
- Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS, 2ª edição, Brasília, DF, 2002.

d) **Sistema de Informações em Saúde — SIS**, considerado como "um conjunto de mecanismos de coleta, processamento e armazenamento de dados, visando à produção e à transmissão de informações para a tomada de decisões sobre as ações a serem realizadas, avaliando os resultados de sua execução e o impacto provocado na situação de saúde. Constitui-se de partes que podem ser denominadas de subsistemas, que geram informações voltadas para atividades específicas das diferentes unidades operacionais.

A interligação e a interação de determinados dados e informações gerados por estes diferentes subsistemas constitui um sistema que produz e compartilha informações de interesse de todo o Sistema de Saúde ." [4]

Um modelo de sistema de informação em saúde, compatível com as diretrizes do SUS, baseia-se nos seguintes princípios:
• utilização dos conhecimentos de demografia, epidemiologia, da rede de serviços e da gestão do sistema de saúde, para produzir informações que garantam a avaliação permanente das ações executadas e do impacto sobre a saúde;
• compatibilidade das informações com a realidade local (descentralização);
• quem produz os dados deve ser usuário do sistema de informação;
• justificação prévia dos dados a serem coletados, para garantir a qualidade da produção das informações;
• uso adequado e divulgação das informações;
• garantia de acesso da população às informações de seu interesse;
respeito ao direito de privacidade do cidadão sobre as informações específicas de sua saúde.

e) Relatório de Gestão[5] anual, que possibilite a avaliação e revisão periódica do Plano de Saúde, além de constituir-se como instrumento de prestação de contas ao Sistema Nacional de Auditoria, às instâncias financiadoras, aos órgãos de fiscalização e de controle social do sistema de saúde e ao Poder Legislativo.

Conforme a necessidade do gestor, a realidade de funcionamento de um sistema de saúde e os mecanismos de controle social implementados, podem ser utilizados, também, outros instrumentos e métodos de análise e avaliação da gestão.

Este relatório mostra as realizações, os resultados ou os produtos obtidos em função das metas programadas, bem como o impacto alcançado em função dos objetivos estabelecidos. Contempla, também, o grau de eficácia e efetividade alcançado pela estrutura e organização, em função dos recursos aplicados e dos resultados atingidos, produzindo subsídios para a tomada de decisões relativas aos rumos da gestão. A elaboração do Relatório de Gestão tem como referência a Programação Anual e representa, essencialmente, uma análise do cumprimento das metas estabelecidas e da efetividade da utilização dos instrumentos de gestão.

4 FERREIRA, S.M.G., **Sistemas de Informações em Saúde, Gestão de Saúde**: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais de saúde: programa de educação à distância. Rio de Janeiro, Brasília: Editora FIOCRUZ, UnB, 1998. 3v.

5 - Lei Federal nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 33, § 4º;
- Lei Federal nº 8.142, Art. 4º, Inciso IV;
- Ministério da Saúde - Plano de Saúde e Relatório de Gestão, Brasília - 11/1997;
- NOB/SUS 01/96 - DOU 6/11/96.

f) Instrumentos de Regulação dos Prestadores de Serviços de Saúde Complementar e Suplementar.

"As ações e serviços de saúde são de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros, por pessoa física ou jurídica de direito privado." [6] A regulação desses serviços é feita através dos seguintes mecanismos:

• para os serviços complementares ao sistema público, através de contratos de prestação de serviços de direito público (com os prestadores de serviços privados) e convênios (com os prestadores de serviços privados/filantrópicos), nos quais devem constar o objeto do contrato, as condições de execução, os valores, as condições de pagamento, entre outros e, ainda, estarem sob o controle e a avaliação do gestor ;[7]

• em relação à rede suplementar (não contratada pelo SUS), a regulação é feita especialmente pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e pelos componentes estaduais de Vigilância Sanitária, com base em Código de Saúde ou Código Sanitário, legislação específica, normas infralegais e mecanismos de controle social;

• existem, ainda, outros mecanismos de regulação dos serviços de saúde, como o sistema de acreditação institucional (de serviços ambulatoriais, hospitalares e de escolas de ensino da área da saúde) e certificação profissional, entre outros.

6 Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 197 e 199, § 1º; Lei Federal, nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 18, inciso I e X;

7 No momento atual de implementação do SUS (transição), existem algumas contradições acerca da competência das três esferas de governo (gestão), em relação à gestão do sistema municipal de saúde e à regulação dos prestadores de serviços, que podem significar resquícios de modelos centralizadores anteriores ao SUS, ainda não superados. De acordo com a legislação em vigor, compete aos municípios o estabelecimento de contratos e convênios com os prestadores de serviços de saúde, além do seu controle, avaliação e auditoria. No entanto, a Norma Operacional Básica do SUS/96 confere ao município habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde, a responsabilidade de gerir apenas este tipo de atenção. Os prestadores de serviços de saúde especializados e hospitalares são pagos diretamente pelos estados (conforme habilitação) ou pela União. Na prática, o que ocorre é que os gestores municipais são, de fato, os gestores da atenção à saúde nos municípios, mas não têm, ainda, o acesso aos recursos financeiros integrais, o que inviabiliza a aplicação adequada dos mesmos, dificultando a organização da atenção integral e o estabelecimento dos respectivos contratos e convênios, como instrumentos de gestão local.

g) Componente do Sistema Nacional de Auditoria — SNA[8], constituído do Controle, da Avaliação e da Auditoria propriamente dita, que abrange o sistema público e o privado, sendo gerido pela instância gestora do SUS, em cada esfera de governo.

As atividades de controle e avaliação devem ser executadas nas três esferas de gestão do sistema.

Para as atividades de auditoria, a regra geral é de que a União audita os estados, estes auditam os municípios e estes auditam os prestadores de serviços de saúde em seus respectivos territórios.

Os principais **objetivos do SNA** são o acompanhamento da implementação do Plano de Saúde em todos os aspectos (restruturação do modelo assistencial, execução da programação e da PPI, do cumprimento de objetivos e metas estabelecidos, da ordenação de despesas e aplicação dos recursos do Fundo de Saúde, entre outros); a avaliação do cumprimento dos contratos e convênios firmados com prestadores de serviços de saúde; a verificação da qualidade dos serviços prestados aos usuários e a auditoria de sistemas e serviços de saúde.

i) Conferências e Conselhos de Saúde[9] (participação popular e controle social do sistema de saúde), reconhecendo-os como instâncias deliberativas do sistema, com o conselho em condições adequadas de funcionamento, tais como espaço físico, estrutura administrativa, com conselheiros capacitados, com dotação orçamentária própria, com autonomia para decidir, paritário conforme a lei, além de outras normatizações e com realização regular de Conferências de Saúde.

3.3.4. Ter Capacidade de Negociação (Liderança):

a) Intergovernamental[10], incluindo a definição de prioridades das políticas intersetoriais que produzem impacto na saúde, a definição dos recursos próprios destinados ao financiamento do setor saúde e a relação com as áreas econômica (autonomia para a gestão financeira dos recursos específicos para a saúde), de planejamento (definição

8 - Decreto nº 1.651 de 28/09/95.

9 - Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 29, inciso XII; Art. 70 a 75 e Art. 198, inciso III;
- Lei Federal 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 7º, inciso VIII e Art. 36;
- Lei Federal 8.142, Art. 1º, inciso I e II e § 2º;
- Lei Federal 8.625, de 12/02/93;
- Decreto nº 99.438, de 07/08/90;
- Decreto nº 1.232, de 30/08/94;
- NOB/SUS 01/96, item 11.1.6 - DOU 6/11/96;
- Resolução 33 do Conselho Nacional de Saúde, de 23/12/92.

10 - Lei Federal nº 8.080, Art. 2º, § 1º e Art. 3º, Parágrafo Único;
- Lei Federal nº 8.142, Art. 4º, inciso V;
- Decreto nº 1.232, de 30/08/94;
- Constituição da República Federativa do Brasil, Art. 198, inciso I;
- Lei Federal nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 9º, incisos I a III, Art. 32, § 2º e Art. 33, § 1º.

do orçamento do Fundo de Saúde e da execução orçamentária), jurídica/procuradoria (considerações acerca das especificidades da legislação e da gestão do SUS) e administrativa (especialmente em relação à gestão do Fundo de Saúde e da política de Recursos Humanos para o SUS);

b) com os **gestores municipais de saúde** nas Comissões Intergestores[11] Bipartite — CIB, (Secretaria de Estado da Saúde — SES e Colegiado de Secretários Municipais de Saúde — Cosems), para a definição de prioridades de ações, serviços e programas; de critérios para a distribuição de recursos (repassados pela União, próprios do estados e próprios dos municípios) de custeio e investimentos; para a elaboração de programações pactuadas (incluindo a redefinição do modelo assistencial) e para a pactuação de procedimentos, normas, protocolos e regulamentos no âmbito de suas competências;

c) com os **gestores das três esferas de governo**, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), através de representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), sobre a implementação das diretrizes nacionais das políticas de saúde, o financiamento do setor, a elaboração de programações pactuadas (incluindo a redefinição do modelo assistencial), a definição de prioridades de ações, serviços e programas; critérios para a distribuição dos recursos (da União e dos estados), para custeio e investimentos e para a pactuação de procedimentos, normas e resoluções, no âmbito de suas competências;

d) com os **trabalhadores**[12] do respectivo sistema de saúde, através das Conferências e Conselhos de Saúde, para definir a política geral de saúde, de recursos humanos e outras; através de "colegiados de gestão" (nos níveis centrais e locais) sobre o funcionamento dos serviços e do sistema de saúde, sobre o processo de trabalho e para implementar o modelo assistencial; através das "mesas de negociações" (nas três esferas de governo e no setor contratado/conveniado), para o estabelecimento de acordos acerca das reivindicações específicas dos trabalhadores;

11 - NOB/SUS 01/93

12 - Lei Federal nº 8.142, Art. 1º. Incisos I e II;
- Resolução nº 33, de 23/12/92, do Conselho Nacional de Saúde;
- Resolução nº 52, de 06/05/93, do Conselho Nacional de Saúde.

e) com os **prestadores de serviços**[13] de saúde, através dos Conselhos, Conferências de Saúde e Mesas de Negociações, cujos resultados são formalizados em convênios ou contratos de direito público;

f) com a **sociedade civil organizada**[14], nas Conferências e nos Conselhos de Saúde, para a definição das diretrizes das políticas de saúde de cada esfera de governo, para acompanhamento de sua implementação e prestação de contas;

g) com o **Poder Legislativo**[15], para apresentar, discutir e aprovar projetos de lei de interesse da saúde, debater questões relacionadas com o funcionamento do respectivo sistema de saúde e para facilitar o acompanhamento da execução orçamentária (prestação de contas);

h) com o **Ministério Público**[16], para discutir sobre o funcionamento do sistema de saúde e estabelecer mecanismos de cumprimento de suas determinações.

3.4. O PAPEL DA GESTÃO FEDERAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

De acordo com a Constituição Federal, as Leis Orgânicas da Saúde e as Normas Operacionais Básicas do SUS, são identificados os papéis básicos para as três esferas de governo:

Compete à esfera federal:

a) exercer a gestão do SUS, no âmbito nacional;

b) promover as condições e incentivar o gestor estadual para o desenvolvimento dos sistemas municipais, conformando o SUS — Estadual;

c) fomentar a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas estaduais, compondo o SUS — Nacional;

d) exercer as funções de normalização e de coordenação da política nacional de saúde;

e) financiar o sistema nacional de saúde.

13 - Lei Federal nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 18, inciso X e Art. 26, § 1º, 2º e 4º.
14 - Lei Federal nº 8.142, de 28/12/90, Art. 1º, incisos I e II e § 1º a 5º.
15 - Lei Federal nº 8.689, Art. 12.
16 - Lei Federal nº 8.625, de 12/02/93.

3.5 O PAPEL ESTRATÉGICO DA GESTÃO ESTADUAL NA REGULAÇÃO DO SISTEMA E NA CONSTRUÇÃO DAS RELAÇÕES INTERGESTORES

A explicitação do papel da gestão estadual tem por finalidade permitir o entendimento da função estratégica de gestão nesta esfera de governo:

a) exercer a Gestão do SUS, neste âmbito e a liderança intersetorial com o objetivo de promover políticas governamentais que modifiquem a qualidade de vida da população;

b) promover a descentralização das ações e serviços de saúde, criando as condições e incentivando o poder municipal para que assuma a gestão da atenção a saúde de seus munícipes, sempre na perspectiva da atenção universal, integral e equânime e da gestão única em cada esfera de governo;

c) assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade, reforçando a organização da gestão municipal enquanto sistema local;

d) estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde e para o acompanhamento, avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito do estado;

e) financiar o sistema estadual de saúde;

f) promover a harmonização dos sistemas municipais de saúde, apoiando, cooperando e capacitando, monitorando, promovendo a integração e a modernização dos subsistemas municipais (componentes de programas específicos, recursos humanos, sistema de informação, controle, avaliação e auditoria, vigilância epidemiológica e sanitária, política de sangue e de medicamentos, controle de zoonoses, saúde do trabalhador), compondo assim, o SUS — Estadual.

3.6. A RESPONSABILIDADE SANITÁRIA DO GESTOR MUNICIPAL

A gestão do sistema municipal de saúde, incluindo as ações e serviços, é necessariamente, da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, independentemente da gerência dos estabelecimentos prestadores de serviços ser estatal ou privada[17] .

17 - Constituição da República Federativa do Brasil;
- Lei Federal 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 18, inciso I.

O município deve assegurar à população o acesso às ações e serviços de saúde e os meios para o atendimento integral, conforme a necessidade, configurando a responsabilização sanitária, no que se refere à saúde de todos os residentes em seu território, seja por atendimento local, seja por mecanismos de referência e contra-referência, devidamente pactuados nas comissões intergestores.

Compete aos municípios a celebração de contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços de saúde, bem como controlar e avaliar a sua execução .[18]

Financiar o sistema de saúde.

3.7. A GESTÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

As NOB/93 e NOB/96 (Normas Operacionais Básicas do SUS) regulamentam o processo de descentralização/municipalização político-administrativa das ações e serviços de saúde e da sua gestão, estabelecendo os mecanismos de financiamento e criando as instâncias intergestoras do SUS (Comissão Intergestores Tripartite e Comissões Intergestores Bipartite).

É importante ressaltar que todos os avanços assegurados na Constituição Brasileira de 1988 e nas leis de 1990 para o Sistema de Saúde do país, em última instância, objetivam a mudança da qualidade de vida e a garantia de acesso da população aos serviços e ações de saúde.

Por isto, o modelo assistencial implantado em um Sistema de Saúde deve assegurar aos seus usuários o acesso universal, equânime e integral, organizado de forma hierarquizada e descentralizada (gestão e atenção à saúde), a todas as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, com controle social efetivo do sistema.

Por "**gestão do Modelo Assistencial**", entende-se a forma escolhida por um gestor para organizar os serviços de saúde em cada comunidade.
Um Modelo Assistencial baseia-se em uma "escolha" de política de saúde, em uma metodologia para a sua gestão, em uma teoria que explica como se dá o processo saúde/doença num determinado lugar, em uma proposta prática de ação para a solução dos problemas e em um método (processo de trabalho) de intervenção.
Estas opções são técnico-políticas, já que implicam determinar os rumos que a saúde deve tomar, as estratégias de ação que devem ser desenvolvidas, as prioridades que deverão ser perseguidas, entre outros. Por isto, o modelo assistencial não pode ser concebido como algo tecnocrático, afastado da realidade, dos profissionais de saúde e da população.

18 - Lei Federal 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), Art. 18, inciso X e Art. 26, § 1º, 2º e 4º;
- Instrução Normativa nº 02, de 19/04/93;
- Portaria MS/GM nº 1.695, de 23/09/94;
- Portaria MS/GM nº 1286, de 26/10/93;
- Lei Federal nº 8.666, de 21/06/93;
- Lei Federal nº 8.883, de 08/06/94;
- Lei Federal nº 9.648, de 27/05/98.

3.8. DIRETRIZES PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MODELO ASSISTENCIAL EM DEFESA DA VIDA, DA CIDADANIA E DO SUS.

A centralidade da gestão de um novo modelo assistencial no SUS é traduzida pela capacidade efetiva do gestor de mudar o enfoque do modelo centrado no atendimento ao indivíduo, para a atenção à saúde das coletividades; na utilização da assistência hospitalar como *locus* privilegiado das ações de atenção à saúde e de formação para a atenção, para a ampliação das ações de atenção básica domiciliar e ambulatorial e de vigilância à saúde, organizadas com referência nas informações epidemiológicas; na hegemonia da clínica médica, para as ações desenvolvidas por equipes multiprofissionais de promoção, proteção e de educação para a saúde, sem, contudo, desconsiderar a importância do acesso da população a todas as ações necessárias às soluções dos problemas de saúde existentes em uma determinada comunidade; e na medicalização desordenada da sociedade, para uma política de assistência farmacêutica compatível com as necessidades da população.

Os projetos para novos investimentos em ações de caráter assistencial e de reabilitação devem estar fundamentados em análise de suas causas e acompanhados de projetos globais de efetiva solução do respectivo problema, desde a sua origem.

Por isto, para implementar-se um novo modelo assistencial, é necessário:

a) Compreender os problemas de saúde individuais como expressão de processos coletivos de formas de vida. As ações e serviços que respondem às necessidades individuais da população são necessários, mas, além das ações curativas e reabilitadoras, devem ser incorporadas prioritariamente, as ações de proteção e promoção da saúde, na organização do sistema;

b) Organizar Sistema de Comunicação Social que favoreça o desenvolvimento de comportamentos e ações mais saudáveis dos cidadãos, ampliando a consciência sanitária da população, respeitando a sua cultura e os seus conhecimentos;

c) Organizar as ações e os serviços de saúde, assegurando o acesso universal, integral e equânime:

- planejados a partir das necessidades individuais e coletivas da população de uma comunidade específica;
- acessíveis à população durante o maior tempo possível e capazes de atender com efetividade às necessidades da comunidade;

- com ações básicas de saúde realizadas próximo da residência (ou na residência) ou do trabalho dos cidadãos. As Unidades Básicas de Saúde (postos de saúde, centros de saúde, unidades sanitárias) ou equipes de programa de saúde da família devem ser localizadas e organizadas de modo a facilitar o atendimento;
- com oferta de ações e serviços de retaguarda e complementares às ações das Unidades Básicas de Saúde, das equipes de PSF e de agentes comunitários, tais como exames laboratoriais, de radioimagem e traçados gráficos, consultas especializadas, internações hospitalares, atendimentos por projetos ou programas especiais (saúde da mulher, da criança, do trabalhador, para portadores de sofrimento mental, de DST/AIDS, de hanseníase, entre outros, conforme a necessidade) e atendimento às ações de reabilitação. Além disso, assegurar a distribuição de medicamentos necessários ao tratamento proposto;
- com Unidades de Saúde de Referência de Especialidades e Hospitalares localizadas e organizadas de modo a atender aos usuários referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde, pelas equipes de saúde da família e de agentes comunitários, considerando-se que a maior facilidade de acesso aos usuários também implica um menor custo para o sistema, na maioria das vezes.

d) Instituir mecanismos de marcação de consultas especializadas e de solicitação de vagas para internações que devem funcionar de forma a evitar o desgaste do usuário, o custo financeiro excessivo e a "seleção de clientela" pelos serviços de referência, com controle público;

e) Contratar serviços privados de saúde, em caráter complementar, quando o setor público não estiver estruturado para oferecer determinados serviços;

f) Definir o território de atuação e responsabilidade sanitária dos respectivos gestores, dos serviços ou equipes de saúde, não como um lugar geográfico/administrativo limitador do acesso universal, mas como espaço de referência, móvel, construído quotidianamente pelas características políticas, culturais e epidemiológicas específicas, apropriado não só pelos serviços e equipes de saúde, mas também pelos usuários;

g) Organizar o sistema de *vigilância epidemiológica,* garantindo a produção e a divulgação das informações sobre a cobertura vacinal de todas as vacinas obrigatórias; a notificação e a divulgação das informações sobre a prevalência, incidência e mortalidade por todas as doenças de notificação obrigatória; a notificação e a divulgação sistemática de todas as doenças transmissíveis (através do ar, da água, dos alimentos e do contato com pessoas e animais), das doenças crônico-degenerativas, das endemias, das toxologias

e das doenças produzidas pelo ambiente de modo geral, inclusive pelo ambiente de trabalho; as ações de bloqueio, quimioprofilaxia entre outras; o estudo e a divulgação da cobertura e resultados das ações e serviços de saúde de programas especiais, analisando-se a necessidade de se implantar novos programas, incluindo as doenças de testagem obrigatória em doadores de sangue; o estudo e a análise permanente da morbidade ambulatorial e hospitalar, verificando sempre o local de ocorrência, apontando para a revisão das prioridades de oferta de ações e serviços de saúde; a implantação em todos os estados e municípios dos sistemas de informações epidemiológicas básicos, prioritariamente os de registro de nascidos vivos, mortalidade, morbidade e de vigilância nutricional e alimentar;

h) Executar as ações e serviços de saúde, inclusive as atividades de gestão do sistema, estrategicamente, por equipes multiprofissionais (que se complementam na integralidade das ações, inclusive na clínica) e de preferência, utilizar-se de conhecimentos transdisciplinares, como os recursos do institucionalismo, da arte, da cultura, entre outros. É necessário que cada componente da equipe dê o melhor de sua formação geral e específica, sabedor que é da complexidade do ser humano, como ente subjetivo e singular, principalmente em situações de sofrimento;

i) Construir coletivamente um novo processo de trabalho, baseado na legislação vigente, nas diretrizes emanadas dos fóruns de controle social e do órgão gestor, pela elaboração de fluxogramas de funcionamento dos serviços, bem como de protocolos de procedimentos, de ações e rotinas, capazes de resolver os problemas de saúde dos usuários;

j) Construir um modelo assistencial que organize o sistema de saúde de modo a garantir:

- o acesso dos usuários às ações e serviços de saúde. Os usuários devem ser atendidos nas unidades de saúde ou em seus domicílios, conforme suas necessidades;
- o acolhimento. É necessário humanizar as relações entre os trabalhadores e aqueles que são os destinatários e razão de ser do Sistema de Saúde, os usuários. Os trabalhadores do sistema de saúde devem escutar o usuário e realizar o encaminhamento adequado para a solução do problema que originou a demanda. O gestor e os gerentes de serviços devem assegurar as condições mínimas para que isto aconteça;
- a resolubilidade. As equipes das unidades e serviços de saúde ou do PSF devem resolver os problemas dos usuários atendendo-os ou encaminhando-os para onde for necessário;
- o estabelecimento de vínculo entre os usuários e as equipes e deles com o serviço. A relação entre os usuários e os profissionais de saúde deve ser de confiança, cordia-

lidade e solidariedade. O usuário deve ser informado sobre sua doença (seu problema) e participar da sua cura;

- a implementação de mecanismos de petição e prestação de contas. Isto implica o estabelecimento de protocolos que garantam o atendimento formulado de um serviço ou unidade de saúde ao(a) outro(a) para a realização do atendimento ao usuário e, também, a discussão e prestação de contas sobre o modelo assistencial com e para o usuário (controle social do modelo).

3.9. METODOLOGIA DE ANÁLISE DA GESTÃO:

Consiste no levantamento e análise de informações a partir de fontes definidas, acerca da implementação das políticas de gestão e do modelo de atenção à saúde do sistema de saúde em análise, à luz da Constituição da República, da legislação e normas infralegais vigentes no SUS, do projeto político do governante da respectiva esfera de governo, traduzido no Plano de Saúde.

Conforme os objetivos desta metodologia de análise funcional de sistemas de saúde, descritos no capítulo 1 deste texto, devem ser considerados o processo gradual de implementação do SUS; os recursos financeiros, tecnológicos e cognitivos disponíveis e as características locais do sistema de saúde (sócio-econômica e política), para que seja possível verificar a governabilidade do gestor sobre o sistema de saúde.

3.9.1. Do Processo de Trabalho de Análise Funcional do Sistema:

A primeira etapa*, de levantamento das informações, é realizada por toda a equipe dirigente do respectivo sistema de saúde, porque detém o conhecimento, a experiência e o poder de disponibilizar adequadamente as informações.*

É aconselhável que o grupo de trabalho formado para responsabilizar-se pela análise funcional de um sistema de saúde seja externo à equipe dirigente do sistema, ou que tenha, pelo menos, um membro externo à equipe.

A segunda etapa*, de consolidação, validação e sistematização das informações necessárias à análise funcional da gestão do sistema de saúde, está agrupada nos quatro blocos (a, b, c, d) seguintes:*

a) Das diretrizes gerais da gestão do respectivo sistema de saúde:

- Programa de governo (processo eleitoral);
- Definição de recursos financeiros para o respectivo sistema de saúde;
- Mecanismos e instrumentos propositivos para ações intersetoriais;
- Concepção do gestor do seu papel no respectivo sistema de saúde, incluindo a condição de habilitação proposta e o processo de descentralização da gestão em andamento, conforme a legislação e as normas infralegais do SUS.

A lógica da análise deste bloco de informações é comparar a proposta da política de saúde do governo em suas diretrizes gerais, com as necessidades da população, com a organização do SUS, com os recursos disponíveis e com as políticas intersetoriais e específicas. Além disto, é possível verificar a vontade política de gerir o respectivo sistema de saúde e efetivar a sua descentralização.

b) Da organização, adequação e funcionalidade dos instrumentos de gestão:

A Estrutura (organizacional) Gestora única do sistema de saúde:

- Cópia do(s) organograma(s) do(s) órgão(s) gestor(es) do sistema;
- Atribuições atuais de cada um dos órgãos da Estrutura Organizacional;
- Compatibilidade da estrutura gestora com as competências do gestor do respectivo sistema.

A análise da estrutura organizacional gestora do sistema de saúde tem como objetivo verificar se há compatibilidade entre as competências do respectivo sistema de saúde e as responsabilidades assumidas pelo gestor, com a estrutura da organização. E ainda, se as atribuições de cada órgão estão claramente definidas de acordo com a legislação e normas vigentes, em gestão única.

O Fundo de Saúde:

- Lei de criação e funcionamento do respectivo Fundo de Saúde;
- Orçamento para o setor saúde na respectiva esfera de gestão, no último exercício e sua compatibilidade com os mandamentos constitucionais;
- Mecanismos de recebimento dos recursos de outras esferas de gestão;
- Recursos recebidos da União pelo Fundo de Saúde, no último exercício (SIA, SIH, Convênios, entre outros, acordados em PPI).

As informações solicitadas têm por objetivo verificar a existência deste instrumento na esfera de governo em análise, os valores orçados para a saúde e os efetivamente gastos, em que medida esses recursos estão sendo geridos pelo respectivo gestor do SUS, os mecanismos de repasses desses recursos ao respectivo fundo, a forma de aplicação dos mesmos (quais as prioridades em valores gastos por projetos, por atividades meio, ações intermediárias e finais, em ações básicas, especializadas e hospitalares, em recursos humanos, em serviços públicos e privados, dentro ou fora do respectivo território), o sistema de compras de bens e serviços adotado, sistema contábil e os mecanismos e instrumentos de prestação de contas utilizados.

- Recursos próprios, repassados ao Fundo Saúde ou gastos com saúde, no último exercício, incluindo pessoal para a saúde, reforma e construção de unidades ou serviços de saúde e equipamentos adquiridos;
- Recursos recebidos das Secretarias Estaduais de Saúde no último exercício (incluindo convênios entre outros), no caso dos municípios.
- Despesas por Origem dos Recursos, no último exercício, conforme modelo apresentado no quadro a seguir

Quadro 9
Despesas realizadas por origem dos recursos

Despesas Origem	Pessoal	Material de Consumo	Medicamentos	Serviços Terceiros	Equipamentos	Obras	Aquisição de Imóveis	Total
Federal								
Estadual								
Municipal								
Consórcio								
Outras								
TOTAL								

- Regime de contratação de bens e serviços de saúde;
- Sistema Contábil adotado;
- Mecanismos e instrumentos de Prestação de Contas ao Conselho Municipal de Saúde e ao Poder Legislativo;
- Siops — Sistema de Informações sobre orçamentos públicos em saúde;
- Demonstrativo de Prestação de Contas ao respectivo Conselho.

O Plano de Saúde (programações e PPI):

- Cópia do último Plano de Saúde (prioridades, metas, recursos, entre outros);
- Compatibilidade do Plano de Saúde com o Plano Plurianual;
- Vigência do Plano;
- Cópia da última Programação das Ações e Serviços de Saúde (por procedimentos);
- Metodologia de elaboração da PPI;

Para a análise do **Plano de Saúde**, é necessário que se verifique qual foi a base de informações utilizada sobre a situação de saúde no respectivo território; se as programações de ações e serviços foram adequadas; se os objetivos e metas foram definidos a partir de indicadores sanitários; se foi levada em conta a área de influência do sistema de saúde para as populações que não tenham em seu território o acesso assegurado à integralidade da atenção; se foi realizada a Programação Pactuada Integrada — PPI entre os respectivos gestores, e, ainda, se existe organização de Consórcios Intermunicipais de Saúde em microrregiões.

A análise das informações contidas nos Planos de Saúde visam, então, identificar a compatibilidade das propostas contidas nele, com as necessidades detectadas na análise da situação demográfica e epidemiológica, com os compromissos assumidos pelo gestor na área de abrangência do sistema de saúde, com as deliberações dos fóruns de controle social (conferências e conselho de saúde), com as políticas das outras esferas de gestão e com os recursos financeiros destinados ao respectivo Fundo de

- Documentos que comprovam os critérios para a elaboração da PPI e a distribuição dos recursos;
- Documentos que comprovam a aprovação da PPI pelos Conselhos de Saúde;
- Informações sobre a existência de Consórcios Intermunicipais de Saúde;
- Critérios e metodologias utilizados para a elaboração do respectivo plano de saúde;
- Relatórios de Conferências de Saúde;
- Deliberações do Conselho de Saúde.

A Política de Administração e Desenvolvimento de Recursos Humanos, incluindo o Plano de Carreira, Cargos e Salários:

- Descrição da política de recursos humanos;
- Formas de contratação de pessoal;
- Quantidade de servidores por cargo.
- Servidores cedidos (descentralização) por outras esferas de Gestão do SUS (SES, Ministério da Saúde, entre outros);
- Pessoal Terceirizado;
- Lotação dos servidores;
- Distribuição dos servidores por ações de saúde intermediárias e finais;
- Distribuição por nível de atenção;
- Distribuição por categorias profissionais e especialidades;
- Distribuição por regiões e municípios, no caso dos estados;
- Distribuição por ações e serviços;
- Relação entre a produção de serviços e horas profissionais;
- Organização do processo de trabalho;
- PCCS — Plano de Carreira, Cargos e Salários;
- Programa de desenvolvimento dos recursos humanos, nos últimos dois anos e atual;
- Relação com entidades de formação profissional (ensino, estágios e pesquisas);
- Assistência à Saúde do Trabalhador (da saúde).

Na análise deste item, considera-se a forma de recrutamento de pessoal, a remuneração dos trabalhadores, a organização do processo de trabalho, a política de desenvolvimento adotada e a política de relação entre gestor e trabalhadores.
Estas informações devem ser analisadas com vistas a verificar a adequação entre a política de saúde proposta (plano de saúde) e a política de recursos humanos adotada, com outras competências do gestor e a governabilidade sobre o Sistema e o Plano de Saúde existente.

Os Relatórios de Gestão:

- Cópia de relatórios de gestão (pelo menos do último ano);
- Identificação dos itens relatados e os parâmetros de avaliação utilizados para a gestão do sistema e do modelo de atenção;
- Identificação dos resultados obtidos a partir dos objetivos, prioridades, metas (quantidade, qualidade e indicadores) e estratégias adotados para a gestão do sistema e pela implementação do Plano de Saúde;
- Identificação do resultado entre a programação de ações e serviços (incluindo a PPI) e a realização dos mesmos;
- Identificação de como se dá, no respectivo sistema de saúde, o processo de relacionamento com as demais esferas de gestão do SUS;
- Verificação da disponibilidade e utilização dos recursos financeiros e de outros recursos estratégicos (humanos, sistema de informação, ações intermediárias e finais, vigilância epidemiológica, sanitária, política de sangue, assistência farmacêutica, tecnologia em saúde, entre outros);
- Identificação do funcionamento dos instrumentos de controle social da implementação do Plano de Saúde.

A lógica da análise destas informações é a de verificar em que medida o respectivo sistema de saúde realizou o projeto proposto, cumprindo os objetivos definidos para a gestão do sistema de saúde e para a implementação do Plano de Saúde, integrado ao SUS, conforme a sua programação, a pactuação entre outros gestores, os recursos disponibilizados e os compromissos assumidos com a comunidade.
Além disso, a análise inclui a localização dos principais problemas observados, caso os objetivos e metas não tenham sido atingidos.

Os Instrumentos de Regulação dos prestadores de serviços de saúde complementar e suplementar:

- Critérios e instrumentos de contratação de serviços de saúde;
- Cópias dos contratos e convênios com prestadores de serviços.
- Informações relativas aos planos de saúde e seguros privados existentes no respectivo sistema de saúde;
- Existência de mecanismos e procedimentos para o ressarcimento ao SUS, pelas operadoras de planos ou seguros de saúde dos serviços

Neste item, analisa-se a existência e a dimensão dos subsistemas complementar e suplementar ao SUS; sua influência no sistema público de saúde (na gestão e na implementação das ações e serviços de saúde) e a regulação da sua relação e funcionamento junto ao sistema público de saúde e aos seus usuários.
A análise dos contratos ou convênios implica ainda, na verificação da existência de cláusulas que constem o objeto claramente definido, de acordo com as necessidades identificadas no Plano de Saúde e os pré-requisitos do contrato de direito público.

previstos nos contratos e prestados a seus beneficiários pelo sistema público ou contratado/conveniado pelo SUS.

O Componente do Sistema Nacional de Auditoria:

- Cópia da lei de criação e regulamentação do respectivo componente;
- Composição da equipe de trabalho;
- Definição das ações de controle, de avaliação e de auditoria;
- Formalização dos cargos de auditor e revisor;
- Plano de trabalho;
- Alimentação regular do banco de dados;
- Ações realizadas nos últimos seis meses;
- Causas desencadeantes das ações e resultados obtidos;
- Fluxo de informações dos resultados das ações realizadas.

A lógica de análise deste componente é a verificação da existência, funcionamento e efetividade, no respectivo sistema de saúde, dos instrumentos e mecanismos de controle, avaliação e auditoria, integrado ao Sistema Nacional de Auditoria, articulado com a programação de ações e serviços de saúde e com alimentação regular dos bancos de dados das três esferas de gestão do SUS.

As Conferências e os Conselho de Saúde:

- Cópia de lei de criação, funcionamento e composição do respectivo Conselho de Saúde;
- Regimento interno de funcionamento;
- Estrutura de funcionamento (dotação orçamentária no Fundo de Saúde, local de funcionamento, apoio técnico, instrumentos e mecanismos de comunicação, funcionário, entre outros);
- Cópia das atas das reuniões ordinárias dos últimos seis meses;
- Capacitação de conselheiros no último ano anterior ao da análise;
- Relação com o gestor;

A análise deste item consiste em verificar as condições, as possibilidades criadas e o efetivo controle social sobre o sistema de saúde em questão. Inclui verificar a utilização das recomendações das conferências de saúde quanto às diretrizes para o sistema e as deliberações do conselho na implementação das políticas de saúde. Esta análise inclui a verificação da relação do gestor com o conselho de saúde, em relação à submissão ao conselho de questões como a definição do Plano de Saúde, financiamento, projetos específicos, contratação de serviços, aquisição de equipamentos, construção de unidades de saúde, prestação de contas.

- Formalização das deliberações;
- Cópia das recomendações das conferências de saúde;
- Outros mecanismos de controle social sobre o sistema.

c) Da Gestão do Modelo Assistencial:

A lógica da análise da *Gestão do Modelo Assistencial* é verificar a reformulação da atenção à saúde (do enfoque no modelo clínico para o enfoque no modelo epidemiológico) no respectivo sistema, que é orientada para a garantia da atenção integral, universal, equânime, incluindo as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde individual, coletiva e ambiental; com responsabilidade sanitária assumida pelo respectivo gestor; com adscrição de usuários aos serviços e ao respectivo sistema de saúde; com comando único do sistema; com planejamento integrado das ações e serviços, definido a partir de parâmetros estabelecidos e processo negociatório (consórcios, comissões intergestores e conselhos de saúde); com definição de fluxos e rotinas para o encaminhamento de referência e contra-referência de pacientes; com repasse de recursos direto e automático da União para os estados e municípios e dos estados para os municípios; com a descentralização do gerenciamento de recursos, ações e serviços; com os municípios assumindo plenamente a gestão da rede de serviços; com a implementação dos componentes estratégicos do SUS em todas as esferas de gestão; com definição de normas, protocolos e rotinas de funcionamento; com controle e avaliação sistemáticos em cooperação com outras esferas de gestão, baseados nas programações das ações e serviços e em indicadores de morbidade, mortalidade e de resolubilidade do sistema; com financiamento solidário entre as três esferas de governo; com definição de política de recursos humanos adequada; com descentralização da contratação e pagamento dos prestadores de serviços de saúde; com gerenciamento local efetivo das ações e serviços públicos de saúde e com controle social sobre o modelo de atenção.

As diretrizes e condições para a construção do modelo assistencial:

- Marco conceitual adotado para a definição do modelo assistencial, verificando a existência de textos teóricos e outros documentos sobre o mesmo, tais como, diretrizes, regulamentos e normas e realizando entrevistas com dirigentes de órgãos e serviços;

- Código de Saúde ou Código Sanitário;
- Organização da atenção e assistência à saúde (atenção básica, especializada, urgência e emergência, atenção hospitalar) e outros serviços de saúde disponíveis à população;
- Componente das ações de vigilância epidemiológica;
- Componente das ações de vigilância sanitária;
- Componente das ações de saúde do trabalhador;
- Componente das ações de controle das zoonoses;
- Componente das ações de vigilância alimentar e nutricional;
- Laboratórios (públicos, conveniados e contratados);
- Serviços de radioimagem e traçados gráficos (públicos, conveniados e contratados);
- Política de assistência farmacêutica (lista básica, medicamentos especiais, alto custo, formas e locais de dispensação, armazenagem);
- Política de sangue, hemocomponentes e hemoderivados;
- Parâmetros utilizados na definição da Programação das Ações e Serviços de Saúde;
- Sistemas de referência e contra-referência;
- Informações sobre a existência ou participação em Consórcios Intermunicipais de Saúde e as ações e serviços de saúde consorciados;
- Programas especiais de saúde existentes: saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, hanseníase, tuberculose, controle das doenças imunopreveníveis e crônico-degenerativas, DST/AIDS, entre outros;
- Mecanismos formais de garantia de acesso dos usuários às ações e serviços;
- Métodos de acolhimento dos usuários;
- Resolubilidade;
- Adscrição da população aos serviços de saúde e vínculo com as equipes ou serviços de saúde;
- Sistema de informação e comunicação (epidemiológica e de serviços);
- Ciência e Tecnologia.

O processo de descentralização das ações e serviços de saúde:

- Condição de habilitação;
- Descrição do processo de descentralização;
- Dados da descentralização de recursos e serviços;
- Mecanismos de incentivo à descentralização;
- Gestão de ações e serviços não municipalizados;
- Acordos de descentralização formalizados pelas comissões intergestores.

A análise do processo de descentralização tem o objetivo de verificar e avaliar as medidas práticas adotadas pelo gestor para descentralizar o sistema. Inclui ações e serviços, gerenciamento, gestão e recursos (humanos, financeiros, materiais, entre outros).
O conjunto destas informações permite a identificação do nível de descentralização e indica as características do modelo de gestão adotado no sistema.

d) Dos mecanismos e instrumentos de negociação: Intergovernamental:

- Reuniões Gerais;
- Negociação individual;
- Orçamento participativo.

Neste item da análise, verificam-se os mecanismos e instrumentos que o gestor possui e utiliza para intervir e articular políticas intersetoriais que interferem nas condições de saúde e, conseqüentemente, na mudança de indicadores de qualidade de vida da população.

Intergestores:

- Formalização e funcionamento das comissões intergestores (regionais ou estadual);
- Regularidade das reuniões;
- Ata das reuniões dos últimos 6 (seis) meses;
- Resoluções e mecanismos de divulgação das mesmas;
- Entrevistas com representantes dos municípios, no caso da análise do sistema estadual;
- Fóruns de municípios consorciados.

A análise deste item implica verificar a existência, o funcionamento e a legitimidade entre os parceiros, desses espaços de negociações intergestores, bem como o cumprimento e a implementação das decisões tomadas. Esta análise permite, ainda, verificar a consonância dos pactos intergestores sobre os modelos de gestão e assistencial.

Com os trabalhadores:

- Existência de Mesa de Negociação;
- Colegiados;
- Outros mecanismos de relação entre Gestor e Trabalhadores;

Esta informação consiste em verificar a existência e avaliar o funcionamento e a legitimidade entre os parceiros desses espaços de negociações, bem como verificar o cumprimento e a implementação dos acordos realizados.

- Cópias de acordos coletivos de trabalho;
- Entrevistas com representantes dos trabalhadores.

Com os prestadores de serviços de saúde:

- Formas de contratação;
- Mecanismos de negociação;
- Cópias de Contratos e Convênios assinados com prestadores de serviços de saúde;
- Aprovação dos contratos pelo conselho de saúde.

A análise deste item tem como objetivo verificar o processo, os critérios e os instrumentos de contratação de prestadores de serviços de saúde e se os contratos são firmados pelo gestor municipal ou outro, com controle social.

Com a sociedade civil organizada:

- Relatórios das Conferências de Saúde realizadas no âmbito do respectivo sistema de saúde;
- Atas das reuniões do Conselho de Saúde;
- Entrevistas com conselheiros de saúde (pelo menos um, de cada segmento).

A análise deste item tem o objetivo de verificar a realização de conferências de saúde no âmbito do sistema de saúde em análise; a forma de convocação das reuniões e de apresentação e discussão de documentos e projetos para a apreciação do conselho de saúde, o cumprimento e a implementação das decisões tomadas, a avaliação do sistema de saúde pelos conselheiros, bem como a legitimidade desses espaços de negociação, avaliada por membros do respectivo conselho.

Com o Poder Legislativo:

- Aprovação da LDO;
- Aprovação da LO;
- Aprovação de outras leis de interesse da saúde;
- Instrumentos de prestação de contas;
- Participação em audiências públicas ou reuniões convocadas pelo Poder Legislativo;
- Reuniões para discutir a organização do sistema de saúde, solicitadas pelo gestor;
- Outros.

A análise destes instrumentos, documentos e momentos de negociação, visa a verificação do nível de relacionamento estabelecido entre o gestor e o poder legislativo, além de se verificar o empenho do gestor na resolução dos problemas legais que interferem na implementação do sistema de saúde.

Com o Ministério Público.

3.6.1. Problemas Prioritários da Gestão do Sistema de Saúde

Na *terceira etapa*, a partir do levantamento e da análise das informações, realiza-se a identificação dos principais problemas detectados em relação à gestão do respectivo sistema de saúde e do modelo assistencial vigente.

4. DESCRIÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS

O objetivo deste capítulo é realizar um diagnóstico da capacidade instalada, funcional e de produção das unidades de saúde que conformam a rede, que sirva de base para a análise da oferta e da demanda. Quando o objeto da análise do sistema de saúde incluir a necessidade de avaliação da estrutura e da funcionalidade da área física das unidades de saúde, seguir as orientações definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pelos serviços estaduais ou municipais de Vigilância Sanitária.

Com esta finalidade, buscam-se informações sobre as redes de serviços e dos sistemas de referência. No caso do estudo das internações hospitalares, podem ser obtidas pelo Sistema de Informações Hospitalares — SIH do SUS; no caso de referências ambulatoriais pode-se recorrer a informações próprias do sistema em estudo. É importante lembrar, ainda, que novas estratégias de vinculação dos usuários aos serviços vêm sendo implementadas, tais como o Programa de Saúde da Família — PSF, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde — Pacs, o Cartão SUS e os Modelos Assistenciais com Estratégias de Acolhimento, que são algumas alternativas de adscrição da população aos serviços e unidades de saúde.

As informações obtidas podem ser ordenadas de acordo com a seguinte pauta:

- Descrição do modelo assistencial;
- Organização da Rede de Serviços de Saúde (localização, natureza jurídica dos prestadores de serviços de saúde e complexidade);
- Avaliação dos recursos humanos (composição, distribuição e suficiência);
- Produção da rede de serviços de saúde (ações intermediárias e finais);
- Descrição e análise do funcionamento dos sistemas de referência e contra-referência;
- Coeficientes técnicos.

As fontes de informação são constituídas pelos sistemas de informações nacionais, informações do sistema em estudo ou registros próprios dos serviços e das unidades de saúde, tais como sistemas de informação de recursos humanos, cadastro de equipes, sistema de manutenção e outros. Outras fontes de informação importantes poderão ser obtidas em órgãos públicos do sistema em estudo, tais como educação, saneamento, meio ambiente, entre outros.

O Quadro 10 apresenta alguns dos sistemas de informações nacionais, o tipo de informações que podem ser obtidas e os órgãos responsáveis.

Quadro 10
Sistemas de Informações Nacionais

Tipo de Informação	Sistemas	Siglas	Órgão
Informações relacionadas à assistência e à gestão do sistema de saúde	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS	SIA-SUS	Datasus
	Sistema de Informações Hospitalares do SUS	SIH-SUS	Datasus
	Sistema Gerenciador de AIH	SGAIH	Datasus
	Sistema Integrado de Tratamento Estatístico de Séries Estratégicas	SÍNTESE	Datasus
	Sistema de Informações e Gestão de Recursos Humanos em Saúde	SGRH	IMS(*) UERJ
Informações de Controle Operacional	Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Básica	SIGAB	Datasus
	Sistema de Gerenciamento de Unidade Ambulatorial Especializada	SIGAE	Datasus
	Sistema de Gestão Hospitalar	SGAIH	Datasus

(*) Instituto de Medicina Social - Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Em função do objeto do estudo, recomendam-se visitas às unidades de saúde, realização de inspeção das instalações e entrevistas com os encarregados dos distintos setores, como assistenciais, administrativos, planejamento e de serviços gerais.

4.1. DESCRIÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL

Um modelo é um esquema teórico de uma realidade ou de um sistema, que se elabora para facilitar sua compreensão e o estudo do seu comportamento, conforme já descrito no capítulo anterior.

No setor saúde, os mecanismos de satisfação das necessidades de saúde têm experimentado um contínuo aperfeiçoamento no tempo, até chegar na atualidade à constituição de organizações complexas, que

A forma como são organizadas e combinadas, numa determinada sociedade, as diversas ações de intervenção no processo saúde-doença chama-se modelo assistencial ou modelo de atenção à saúde.
Dito de outro modo, pode-se conceituar o modelo de atenção à saúde como a forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, objetivando enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa coletividade.

se descrevem em modelos assistenciais. Os modelos podem organizar suas unidades de saúde em redes, situação que ocorre em um número importante de países da América Latina e Caribe.

O modelo assistencial estabelece a forma de organização dos níveis de atenção, incluindo os sistemas de referência e contra-referência da rede assistencial. Nele, além disso, estabelecem-se as modalidades de atenção (médicos especialistas, médicos de família, enfermeiras, etc.), determina-se o tipo de serviços que serão oferecidos por cada nível e os recursos necessários.

A inclusão das inter-relações entre os sistemas/subsistemas e os usuários, a relação com os prestadores de serviços de saúde, a participação comunitária, as articulações intersetoriais, bem como os mecanismos de financiamento, são aspectos fundamentais a serem observados na organização e construção dos modelos de atenção.

Em resumo, o modelo é uma proposta organizativa do setor saúde, decidido pelo gestor da respectiva esfera de governo, em consonância com o perfil demográfico e epidemiológico dessa realidade, adaptado ao seu nível de desenvolvimento tecnológico e social (conforme descrito no Capítulo 3 – Gestão do Sistema de Saúde).

4.2. DESCRIÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A descrição da rede de serviços considera aspectos gerais, com o objetivo de caracterizar os distintos tipos de unidades de saúde presentes no sistema em estudo. A organização da rede de serviços em sistema de saúde contempla a localização geográfica dos serviços e sua distribuição espacial segundo a área de abrangência definida, prestadores de serviços e natureza jurídica, complexidade das unidades de saúde, os recursos humanos, a produção dos serviços, os sistemas de referência e contra-referência e os coeficientes técnicos utilizados.

4.2.1. Recursos Físicos e Responsabilidades

A Gestão do Sistema de Saúde implica o exercício das atividades inerentes às responsabilidades de comando ou direção de um sistema de saúde — municipal, estadual ou nacional (ver Capítulo 3 - Gestão do Sistema de Saúde).

A implementação do SUS deve ser entendida como um processo gradual — processo de construção — de acordo com a capacidade de gestão do respectivo sistema, cujas principais estratégias foram definidas pelas Normas Operacionais Básicas — NOBs.

A Norma Operacional Básica — NOB/SUS/01-96 estabelece duas condições de habilitação para os municípios, e conseqüentemente o nível de responsabilidade do gestor municipal de um Sistema de Saúde. Neste sentido, o Secretário de Saúde é o *Gestor do Sistema*, quando o município está habilitado na Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde, ou seja, quando ele responde por todos e quaisquer problemas de saúde da população de sua área de abrangência e da área de influência do sistema, conforme a pactuação entre os gestores.

Quando um município é habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde, o Secretário Municipal de Saúde é o *Gestor* das ações básicas de saúde e o Secretário Estadual de Saúde, nesta situação, o Gestor das outras ações de saúde de maior complexidade, localizadas neste município. O município, neste caso, é prestador de serviços em relação a elas.

Quando a NOB/SUS-96 define as responsabilidades de gestão para estados e municípios, ela abre a prerrogativa às comissões intergestores bipartites e tripartite quanto à divisão de responsabilidades entre os gestores. Portanto, em se tratando de gestores de Sistemas de Saúde, tanto para os estaduais como para os municipais, existe a possibilidade da conquista de maior ou menor autonomia na Gestão de um Sistema de Saúde. Quando o Secretário Municipal de Saúde ou Secretário Estadual de Saúde não são os *Gestores Plenos* dos respectivos Sistemas de Saúde, têm menor autonomia em relação à organização da rede de serviços, à utilização dos recursos financeiros para resolver os problemas de saúde da sua comunidade e, conseqüentemente, menos legitimidade nos processos de negociação com os prestadores de Serviços de Saúde.

Sob o ponto de vista do modelo de Gestão de Sistema de Saúde adotado em cada estado, este aspecto, na prática, traduz a responsabilidade (de fato) dos gestores municipais e estaduais quanto às funções de planejamento, programação, regulação e atividades de controle e avaliação das ações executadas e sobretudo, a organização dos sistemas municipais de saúde e a conformação de redes regionalizadas de atenção à saúde. Ou seja, o mais importante é o compromisso dos gestores em assumir estas funções, inerentes à gestão do respectivo Sistema de Saúde, num processo de articulação e de pactuação, com vistas ao atendimento das necessidades das populações.

As unidades de saúde ambulatoriais cadastradas no Sistema Único de Saúde — SUS, no Banco de Dados nacional do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS — SIA/SUS, segundo o Tipo de Gestão, são classificadas em 4 tipos, a saber:

Gestão Exclusivamente PAB — Unidades de Saúde de atenção básica sob gestão municipal — municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica e que só dispõem desse tipo de unidade.

Gestão PAB e Estadual — Unidades de Saúde de atenção básica e de média e alta complexidades sob gestão municipal e estadual — municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica e que dispõem de unidades básicas e outras.

Gestão Exclusivamente Plena — Unidades de Saúde de atenção básica e de média e alta complexidades sob gestão municipal — municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde, que têm sob sua gestão todas as unidades localizadas no território.

Gestão Exclusivamente Estadual — Unidades de Saúde de atenção básica e de média e alta complexidade sob gestão estadual — municípios não habilitados em nenhuma condição de gestão da NOB-96.

Exemplo de tipos de unidades ambulatoriais de acordo com a responsabilidade pela gestão é apresentado no Quadro 11.

Quadro 11
Unidades ambulatoriais e hospitalares cadastradas no SUS/Goiás por tipo de gestão — 1998.

Regional de Saúde	Exclusivamente PAB	PAB e Estadual	Exclusivamente Plena	Exclusivamente Estadual	Total
Região 1	255	135	758	12	1.160
Região 2	100	36	156	1	293
Região 3	184	61	0	4	249
Região 4	118	35	134	1	288
Região 5	426	115	172	4	717
Total	1083	382	1220	22	2.707

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde, Opas/OMS, Março 1998.

4.2.2. Localização Geográfica dos Serviços

A localização geográfica dos serviços de saúde deve contemplar a organização administrativa do sistema de saúde em estudo — região, distrito sanitário, ou outra forma de definição de áreas de abrangência. Essa distribuição tem o objetivo de identificar a capacidade de execução de ações de saúde nas áreas definidas, a possível concentração de serviços em alguma, deficiências em outra, elementos que serão importantes nas demais etapas do estudo. Exemplo de distribuição de serviços ambulatoriais e hospitalares por macrorregião de saúde e respectivas populações é apresentada no Quadro 12.

Quadro 12
Serviços de saúde cadastrados no SUS/Goiás por macrorregião de saúde — 1998.

Macrorregião	População	Unidades Ambulatoriais	Rede Hospitalar	
			Hospitais	Leitos
Central	2.072.850	3.893	146	11.932
Nordeste	752.243	159	29	812
Norte	487.568	378	79	3.142
Sul	317.999	207	36	1.329
Estrada de Ferro	153.971	176	15	855
Sudoeste	419.694	183	40	1.560
Mato Grosso Goiano	435.460	334	84	3.165
Total	4.639.785	5.330	429	22.795

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás — MS/Opas/Nescon-UFMG, Março de 1999.

O detalhamento dos serviços ambulatoriais permite identificar os recursos existentes nestes serviços, tais como consultórios, salas para pequenas cirurgias, entre outros, importantes para o dimensionamento das ações desenvolvidas, mostrados no Quadro 13 que apresenta também os leitos por especialidades.

Quadro 13
Recursos ambulatoriais e leitos hospitalares por macrorregião de Saúde no SUS/Goiás - 1998

Macrorregião	Central	Nordeste	Norte	Sul	Estrada de Ferro	Sudoeste	M. Grosso Goiano	Total
			RECURSOS AMBULATORIAIS					
Nº Consultórios	4.548	311	632	434	332	379	625	7.261
Equipo Odontológico	1.996	132	178	146	90	127	189	2.858
Sala Pequena Cirurgia	339	51	132	74	40	89	139	864
Sala Cir. Ambulatorial	198	22	81	41	24	58	72	496
Sala de Gesso	168	20	67	31	20	48	60	414
Total	7.249	536	1.090	726	506	701	1085	11.893
			LEITOS POR ESPECIALIDADE					
Clínica Médica	3.130	339	1.288	508	405	470	1.156	7.296
Clínica Cirúrgica	2.378	103	621	262	135	233	584	4.316
Pediatria	1.615	160	408	177	65	216	503	3.144
Gineco-Obstetrícia	1.592	200	692	297	213	289	781	4.064
UTI	412	0	28	4	23	15	24	506
Clínica Psiquiátrica	2.211	3	57	91	7	99	65	2.533
Outros*	594	7	48	46	7	238	52	992
Total	11.932	812	3.142	1.329	855	1.560	3.165	22.795

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás, março 1999.

4.2.3. Prestadores de Serviços e Natureza Jurídica

Como foi visto no capítulo 3, o sistema de saúde inclui o conjunto de prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares de uma dada área de abrangência. A normatização federal de cadastramento dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde — SUS, define que estes podem ser de natureza pública (municipal, estadual, federal), universitária e privada — sem fins lucrativos (filantrópica) e com fins lucrativos. A identificação dos prestadores de serviços em um sistema de saúde, municipal ou estadual assume importância fundamental, apontando a necessidade do estabelecimento de mecanismos de regulação — a gestão da relação público/privado à luz do princípio constitucional da relevância pública — que pode ser traduzida na defesa do interesse coletivo, contra os interesses particulares na gestão dos serviços.

A Tabela 2 permite a visualização das unidades ambulatoriais e leitos hospitalares cadastrados no Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás segundo a natureza jurídica dos prestadores e respectivos percentuais.

Tabela 2
Unidades ambulatoriais e leitos hospitalares cadastrados no SUS/Goiás segundo a natureza jurídica dos prestadores - 1998

Natureza	Unidades Ambulatoriais		Leitos Hospitalares	
	Nº	%	Nº	%
Pública Municipal	1.109	20,8	3.509	15,7
Pública Estadual	71	1,33	1.116	5,0
Pública Federal	2	0,03	0	0
Universitária	13	0,24	292	1,3
Filantrópica	86	1,61	3.286	14,7
Privada	4.049	76,0	14.086	63,2
Total	5.330	100	22.289	100

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás — MS/Opas/Nescon-UFMG, Março de 1999.

4.2.4. Complexidade da Rede de Serviços

Objetivando a análise da composição e organização do sistema de saúde em estudo, a distribuição dos serviços por níveis de complexidade é importante, devendo contemplar a discriminação dos serviços por área de abrangência, como demonstrado no Quadro 14.

Quadro 14
Serviços ambulatoriais cadastrados no SUS/Goiás por nível de atenção - 1998

Nível do Serviço	Central	Nordeste	Norte	Sul	Estrada de Ferro	Sudoeste	M. Grosso Goiano	Total
Unidades de Saúde de Atendimento Básico e Especializado								
Atendimento Básico	3.013	131	257	143	135	112	224	4.015
Atendimento Especialidade	132	5	10	4	6	6	8	171
SADT	307	1	39	24	9	14	17	411
Ambulatório Hospital	172	20	56	27	18	38	58	389
Atend. Urgência/Emergência	21	3	15	17	8	10	3	77
Unidades de Saúde de Média e Alta Complexidade								
Serviço Hemodinâmica	17	0	0	0	0	0	0	17
Medicina Nuclear	16	0	0	0	1	0	0	17
Ultra-sonografia	80	0	3	6	3	8	0	100
Tomografia	27	0	2	2	1	0	0	32
Unidades de Saúde de Hemoterapia, Terapia Renal Substitutiva e Oncologia								
Hemoterapia	29	0	3	8	3	2	0	45
Terapia Renal Substitutiva	31	0	0	2	1	1	0	35
Quimioterapia	17	0	0	0	1	0	0	18
Radioterapia	3	0	0	0	0	0	0	3
Total	3.865	160	385	233	186	191	310	5.330

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás – MS/Opas/Nescon-UFMG, Março de 1999.

4.3. RECURSOS HUMANOS

Os aspectos a serem avaliados na área de recursos humanos correspondem à alocação de pessoal[19], que deve ser desagregada de acordo com sua composição (tipo de pessoal) e, no caso dos médicos, diferenciados por especialidade e por área de abrangência. Como nas seções anteriores, interessa estabelecer se o recurso estudado constitui um recurso crítico para a produção do sistema de saúde em estudo. Entende-se por recurso crítico aquele que, por sua escassa disponibilidade, transforma-se em obstáculo para a realização das ações de saúde (produção).

Um aspecto crítico no diagnóstico é a identificação das funções atribuídas ao pessoal de formação elementar, que devem ser registradas nas descrições dos cargos e em padrões funcionais do posto de trabalho. Este aspecto é importante, porque em situações de escassez de profissionais capacitados é freqüente que suas funções sejam desempenhadas por pessoal técnico de menor nível de capacitação.

Para o pessoal que cumpre funções assistenciais deve-se descrever a sua composição.

Uma vez verificada a informação a respeito da distribuição, alocação e composição de pessoal, esta deve ser relacionada com a produção dos serviços nos quais trabalham, estabelecendo a produção dos recursos humanos. Ou seja, estabelece-se a relação entre as ações realizadas e o número de pessoal ou de horas utilizadas para realizar essas ações.

19 Alocação compreende o número de cargos e horas contratadas

Nos Quadros 15 e 16 apresentam-se exemplos de resumos para a descrição dos recursos humanos na rede, considerando-se a distribuição dos mesmos por região e a alocação nos serviços em determinada região. Nela, a disponibilidade de pessoal se mede em horas semanais, que podem ser divididas pela duração de uma jornada completa semanal (40 horas), para se obter o número de pessoas de jornada completa. Esta forma de medição, em horas semanais, dá uma visão mais precisa da quantidade de pessoal, já que pode existir um número não desprezível de jornadas parciais, especialmente nas horas médicas.

Quadro 15
Composição de recursos humanos e disponibilidade de horas semanais por região de saúde.

Tipo de Recursos Humano	Região A*	Região B*	Região C*
Médico - Clínica Geral	100	80	200
Médico - Pediatria	80	100	150
Médico - Gineco-Obstetrícia	200	120	150
Médico - Plantonista	150	100	120
Odontólogo	80	50	70
Enfermeiro	120	120	80
Farmacêutico	40	40	40
Agentes Comunitários de Saúde	200	160	200
Técnico Higiene Dental	80	40	40
Técnico Enfermagem	160	200	80
Técnico Radiologia Nível Médio	20	40	12

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – Opas/OMS, Março 1998.
**Horas semanais*

Quadro 16
Composição de recursos humanos e disponibilidade de horas semanais na Região A por tipo de serviço

Tipo de Recursos Humano	Serviço de Urgência*	Serviço à criança	Atendimento Pré-Natal
Médico - Pediatria	0	80	0
Médico - Gineco-Obstetrícia	0	0	200
Médico - Plantonista	150	0	0
Enfermeiros	40	40	40
Técnicos Enfermagem	80	40	40
Agentes Comunitários de Saúde	0	80	120

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – Opas/OMS, Março 1998.
**Horas semanais*

4.4. PRODUÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS

Consiste em uma análise quantitativa da produção da rede de serviços, desagregada em ações intermediárias[20] e finais.

A diferença entre ambos os tipos de ações é importante porque são tratadas de maneiras diferentes na etapa de estimativa da demanda. Assim sendo, a demanda, em primeira instância, é estabelecida para as ações finais, as quais servem de referência para a projeção das ações intermediárias (calculadas sobre percentuais das consultas).

Ações Finais - resultantes do processo produtivo nos serviços de saúde: consultas do nível básico, especializadas e de urgência; saídas hospitalares (internações, intervenções cirúrgicas).
Ações Intermediárias - procedimentos que fazem parte do processo produtivo e que atuam como insumo para a produção da ação final: exames de radiodiagnóstico, os procedimentos de patologia clínica e outros procedimentos diagnósticos ou terapêuticos (laparoscopias, laserterapias, etc.).
Incorporam-se também, dentro do elenco de ações intermediárias a produção das unidades de apoio geral, como são a lavanderia, a unidade de alimentação e dietética, de esterilização e outros.

Para a análise das ações finais recomenda-se utilizar uma série histórica de 4 (quatro) anos, com a finalidade de determinar o comportamento no tempo e a sazonalidade da produção, desagregando pelas diferentes ações produzidas na rede assistencial e contemplando a área de abrangência. No caso das ações intermediárias, estas devem ser diferenciadas por tipo e de acordo com a estrutura organizacional do sistema em estudo, num horizonte mínimo de 1 (um) ano. Em uma fase posterior, as ações finais são relacionadas com a população da área de abrangência e de influência, construindo-se as taxas de utilização por habitante, a serem utilizadas na estimativa da demanda.

Sugere-se elaborar quadros-resumo da produção da rede de serviços desagregados por ações finais, diferenciando-se as consultas ambulatoriais básicas e especializadas, os atendimentos de fisioterapia (reabilitação), as ações do item AVEIANM — Ações de Vigilância Epidemiológica e Imunização e Atos não-Médicos — e os egressos hospitalares. Também devem ser elaborados quadros-resumo de ações intermediárias, desagregando por tipo de ação.

Exemplo de quadro-resumo de ações finais e intermediárias é mostrado no Quadro 17, que permite visualizar flutuações, indicando a necessidade de aprofundamento na análise, na busca das possíveis causas, uma vez que estas deverão ser consideradas nas etapas seguintes do estudo.

20 Conjunto de atividades, ações e procedimentos de apoio diagnóstico e terapêutico realizadas pelos estabelecimentos sanitários.

Quadro 17
Quadro-resumo da produção de Ações Finais e Intermediárias — Ambulatoriais — Série histórica - SUS/Goiás, 1996 a 1999.

ITEM PROGRAMAÇÃO	1996	1997	1998	Estimativa 1999
Ações Finais – Básicas				
A.V.E.I.A.N.M. – PAB	15.314.682	17.059.381	17.238.953	20.085.516
Consulta Básica	6.814	12.292	5.969.194	6.476.456
Procedimentos Médico – Básico	1.838	7.306	100.309	120.500
Atendimento Odontológico Básico	2.112.981	2.067.727	2.374.941	2.544.734
Ações Finais Especializadas				
A.V.E.I.A.N.M. - Não Básico	3.511	2.753	60.640	190.120
Consulta Especializada	6.622.196	6.535.613	2.580.936	3.116.658
Procedimento Médico Não Básico	557.319	535.667	430.916	458.374
Procedimento Odontológico - Não Básico	130.254	148.152	84.580	91.632
Fisioterapia	124.293	134.903	134.318	152.494
Outros Terapias Especializadas	525.306	512.967	524.833	518.666
Ações Finais – Alta Complexidade				
Terapia Renal Substitutiva	73.439	80.357	90.868	98.350
Radioterapia	179.361	204.846	190.924	136.502
Quimioterapia	15.666	16.670	18.134	14.742
Ações Intermediárias				
Patologia Clínica	3.880.920	4.023.696	4.204.775	4.305.134
Radiodiagnóstico	563.709	555.223	585.314	645.202
Ultra-sonografia	72.050	74.910	70.018	74.878
Outros Exames Imagenologia	9.904	13.119	19.944	22.542
Medicina Nuclear	17.769	21.118	19.789	21.832
Exames Hemodinâmicos	1.752	1.897	1.497	1.998
Outros Exames Especializados	373.313	348.405	507.593	402.586

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás - MS/Opas/Nescon-UFMG, Março de 1999.

O Quadro 18 demonstra um exemplo de medida da produção de ações finais, neste caso internações hospitalares, por macrorregião.

Quadro 18
Quadro-resumo da produção anual de Ações Finais — Internações Série histórica por Macrorregião — SUS/Goiás, 1996 a 1999.

Macrorregião	1996	1997	1998	Estimativa 1999
Central	198.800	197.263	203.016	215.408
Nordeste	17.854	17.761	18.399	21.140
Norte	37.895	34.511	34.831	39.554
Sul	17.005	17.267	19.250	21.156
Estrada de Ferro	9.838	10.003	10.461	10.540
Sudoeste	26.978	27.319	28.102	27.086
Mato Grosso Goiano	30.383	29.014	30.433	35.044
Total	338.753	333.138	344.492	369.928

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás - MS/Opas/Nescon-UFMG, Março de 1999

No quadro 17, observa-se que a produção das ações *finais e intermediárias ambulatoriais* apresenta flutuações, que devem ser objeto de análise para estabelecer as possíveis causas das variações. Estas podem estar vinculadas a mudanças na disponibilidade de recursos humanos, insumos ou a modificações da área de influência.

No quadro 18, observa-se que a produção anual de internações no SUS/Goiás, por macrorregião, permanece relativamente estável nos últimos quatro anos. Este tipo de análise ajuda a identificar os fatores críticos da produção da rede assistencial.

Exemplo de série histórica de internações hospitalares por especialidade é demonstrada no Quadro 19 e observa-se uma redução gradativa de internações na clínica obstétrica, apontando para a necessidade do aprofundamento da análise.

Quadro 19
Série histórica — Produção anual de internações no SUS/Goiás por especialidade 1996 - 1998

Especialidade	1996	1997	1998	Estimativa 1999
Clínica Médica Adulto	151.889	145.536	152.164	170.512
Clínica Médica Pediátrica	21.837	23.107	25.554	32.752
Total Clínica Médica	173.835	168.798	177.718	203.264
Clínica Cirúrgica	55.571	53.912	60.990	64.904
Clínica Obstétrica	77.267	76.568	72.476	72.392
Clínica Psiquiátrica	26.544	27.259	27.869	27.360
Outras Clínicas*	5.581	6.094	5.709	2.008
Total	339.470	333.138	344.762	369.928

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás - MS/Opas/Nescon-UFMG - Março de 1999.
** Internações de Reabilitação e Crônicos*

Considerando o processo de construção da saúde pública no país, o modelo assistencial historicamente construído — centrado no hospital — as dificuldades e enfrentamentos no processo de implementação do Sistema Único de Saúde — SUS, é necessária a análise da produção de serviços segundo a natureza jurídica dos prestadores, cujas informações podem ser apresentadas conforme as Tabelas 3 e 4.

Tabela 3
Produção ambulatorial do SUS/Goiás por natureza jurídica dos prestadores de serviços, 1996-1999.

NATUREZA	1996	%	1997	%	1998	%	Estimativa 1999	%
Públicos Municipais	16.497.599	52	21.020.714	61	23.809.198	69	29.659.606	74
Contratados*	11.645.663	36,5	9.210.061	27,5	7.110.203	21	6.369.800	16
Públicos Estaduais	2.649.837	8	2.389.808	8	2.002.031	6	1.866.602	5
Universitários	785.884	3	940.538	3	1.081.202	3	1.534.780	4
Públicos Federais	158.197	0,5	30.264	0,5	291.060	0,85	344.796	0,87
TOTAL	31.737.180	100	33.591.385	100	34.293.694	100	39.775.584	100

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás – MS/Opas/Nescon-UFMG - Março de 1999.
**Privados com fins lucrativos e filantrópicos*

Tabela 4
Produção hospitalar do SUS/Goiás por natureza jurídica dos prestadores de serviços, 1996-1998.

NATUREZA	1996	%	1997	%	1998	%	Estimativa 1999	%
Público Municipal	44.299	13	51.992	16	66.133	19	76.750	21
Público Estadual	13.567	4	11.902	4	20.728	6	25.582	7
Contratados*	272.061	80	258.470	77	246.996	72	257.702	70
Universitário	9.543	3	10.774	3	10.905	3	9.894	3
TOTAL	339.470	100	333.138	100	344.762	100	369.928	100

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás – MS/Opas/Nescon-UFMG - Março de 1999.
**Privados com fins lucrativos e filantrópicos*

Como pode ser verificado nos exemplos, as informações comparadas ao longo dos anos e considerando as mudanças decorrentes do processo de descentralização em curso, as ações ambulatoriais executadas pelos serviços públicos municipais têm incremento crescente nos anos analisados, com percentuais significativos na execução das ações e redução na rede contratada. No que se refere às internações hospitalares, a rede contratada responde pela sua maioria, apesar de decréscimos gradativos no período observado.

Tabela 5
Recursos financeiros gastos na assistência ambulatorial no SUS/Goiás, por natureza jurídica dos prestadores de serviços — Em R$1,00 — de 1996 a 1999.

NATUREZA	1996	%	1997	%	1998	%	Estimativa 1999	%
Público Municipal	22.558.248	25	28.614.447	31	36.252.246	34	44.553.521	35
Público Estadual	5.067.037	6	5.069.662	6	7.609.890	7	8.385.736	7
Contratados*	56.602.888	64	53.418.706	58	55.496.367	52	61.276.929	49
Universitário	3.516.319	4	4.241.415	5	7.499.133	7	11.483.568	9
Públicos Federais	907.955	1	165.883	0,2	386.909	0,2	545.990	0,2
TOTAL	88.652.447	100	91.510.112	100	107.244.545	100	126.245.745	100

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás – MS/Opas/Nescon-UFMG - Março de 1999.
**Privados com fins lucrativos e filantrópicos*

Tabela 6
Recursos financeiros gastos na assistência hospitalar no SUS/Goiás, por natureza jurídica dos prestadores — Em R$1,00 — 1996 a 1999.

NATUREZA	1996	%	1997	%	1998	%	Estimativa 1999	%
Público Municipal	7.282.350	8	8.631.203	9	12.607.185	11	15.092.896	12
Público Estadual	1.964.535	2	2.011.998	2	5.618.012	5	7.983.270	6
Contratados*	81.365.472	86	79.136.269	83	87.809.645	78	94.331.713	76
Universitário	4.205.624	4	5.175.347	6	6.812.935	6	6.124.394	5
TOTAL	94.817..981	100	94.954.817	100	112.847.777		123.532.273	100

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás – MS/Opas/Nescon-UFMG - Março de 1999.
**Privados com fins lucrativos e filantrópicos*

Os recursos financeiros gastos com a assistência ambulatorial e hospitalar no mesmo período, correspondentes às ações executadas, são mostrados nas Tabelas 5 e 6, por natureza jurídica dos prestadores. Nesse sistema de saúde em estudo, os maiores percentuais de recursos financeiros foram destinados à rede contratada que, de acordo com os dispositivos constitucionais, deveria ser complementar ao SUS.

Na análise de redes de serviços e sistemas de saúde, esses aspectos são relevantes, não apenas sob o ponto de vista do financiamento, mas sobretudo quanto à gestão do sistema em estudo, à implementação do modelo de atenção à saúde proposto e a coerência com os mecanismos de regulação, com vistas ao atendimento das necessidades dos grupamentos populacionais.

4.5. SISTEMAS DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Um sistema de referência corresponde aos mecanismos de transferência de pacientes entre as distintas unidades e serviços de saúde da rede assistencial.

Dentro do conceito do sistema de referência, incluem-se as saídas de pessoal (trocas, plantões), o intercâmbio de informações, o apoio técnico-administrativo e a supervisão. Para os estudos de rede, os aspectos de saídas de pessoal e transferência de pacientes são os mais importantes a serem investigados.

Entende-se a **referência** como a derivação do paciente entre nível de atenção de menor complexidade para outro de maior complexidade; a **contra-referência**, ao contrário, é a derivação dos pacientes e das informações no sentido inverso, com retorno ao nível do primeiro atendimento.

A revisão dos sistemas de referência e contra-referência consiste em realizar uma análise da dinâmica do funcionamento da rede de serviços. Nela estabelece-se a relação dos serviços de nível básico com o restante dos níveis de atenção e serviços presentes na rede, conformando a hierarquização da rede assistencial.

Como resultado desta seção, estabelece-se a capacidade conjunta dos serviços de determinada área de abrangência, para satisfazer as demandas de atenção à saúde da população dessa área e da área de influência.

Operacionalmente compreende os seguintes aspectos: 1) identificação da área de influência das redes de serviços; 2) a descrição dos mecanismos de transferência de pacientes; 3) a definição da capacidade resolutiva dos serviços segundo os níveis de atenção; 4) uma avaliação do desenvolvimento das especialidades das diferentes unidades ou serviços de saúde do sistema em estudo.

1) Identificação da população da área de influência das redes de serviços — significa determinar a origem das pessoas que utilizam os serviços, representando-os graficamente, junto a uma estimativa do tempo médio de deslocamento até o centro da atenção.

Para estabelecer a área de influência da assistência hospitalar de uma rede de serviços, pode-se recorrer às informações do Sistema de Informações Hospitalares — SIH, do SUS, que contempla o local de residência dos pacientes internados.

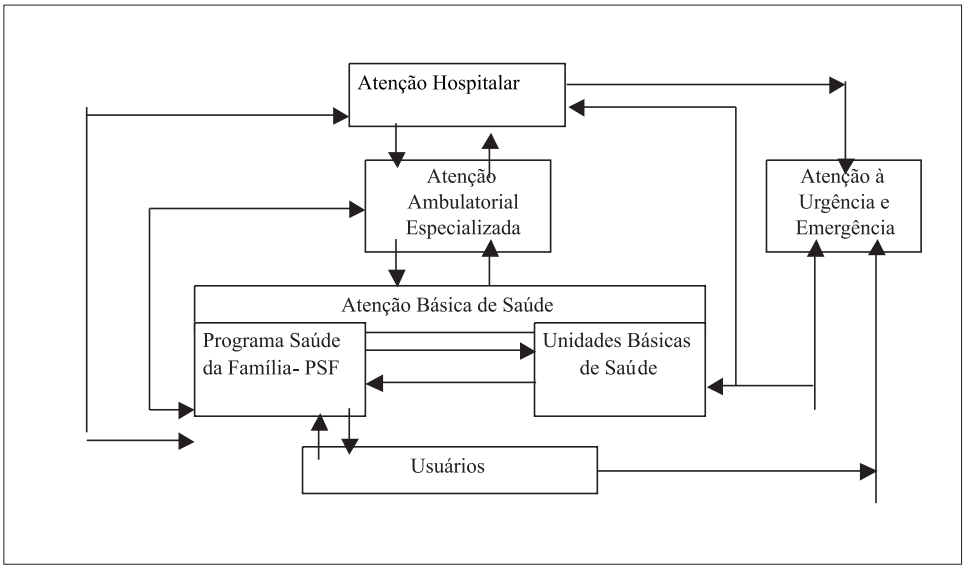
Quando não se tem as informações referentes ao atendimento ambulatorial e, caso o sistema em estudo não disponha destas informações, oriundas de sistemas próprios ou de implantação do Programa de Saúde da Família — PSF e do Programas de Agentes Comunitários de Saúde — Pacs, pode-se efetuar uma amostra dos atendimentos nos serviços da rede e das fichas de atendimentos, consignando a residência dos pacientes da amostra e transferindo estes dados a um mapa, estabelecendo a distância média dos usuários em relação aos serviços, uma vez que o Sistema de Informações Ambulatoriais — SIA do SUS não contempla a residência dos pacientes.

Uma segunda alternativa é fazer questionários a uma amostra da população atendida, que são especialmente úteis quando se está interessado em conhecer onde a população de uma determinada área geográfica é atendida.

2) Descrição e avaliação das condições e operação dos mecanismos de deslocamento e derivação de pacientes, incluindo os aspectos relacionados com a possibilidade da atenção. Este último, de difícil quantificação, pode ser estimado através de estudos *caso a caso* e da opinião dos usuários e dos profissionais das unidades ou serviços de saúde.

A primeira atividade é a realização de um diagrama que descreva os níveis de atenção da rede de serviços. Nele devem figurar os fluxos de pacientes de referência e contra-referência, com uma estimativa de seu volume. Exemplo de diagrama é apresentado a seguir.

Figura 2
Sistemas de referência e contra-referência da Rede de atenção à saúde



Para verificar a coerência das diretrizes do Plano de Saúde do sistema em estudo, das ações implementadas, da organização da rede de atenção à saúde, da garantia do acesso da população aos serviços — integralidade da atenção —e do cumprimento da pactuação realizada entre os gestores, as informações devem ser confrontadas com o estabelecido formalmente na Programação Pactuada e Integrada - PPI.

O Quadro 20 exemplifica as referências programadas para os serviços de saúde de uma determinada região e os pacientes atendidos na mesma, por tipo de serviço.

Quadro 20
Comparativo entre as referências programadas e os pacientes atendidos por tipo de serviço.

Procedência	Serviço de Urgências		Ambulatório de Especialidades		Hospitalar	
	Programa-	Atendido	Programa-	Atendido	Programa-	Atendido
Região A	1.000	1.100	2.000	1.800	do 400	380
Região B	30	80	110	150	0	100
Região C	50	150	0	80	40	60
Total	1.080	1.330	2.110	2.030	440	520

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – Opas/OMS, Março 1998.

3) Determinação da capacidade resolutiva dos serviços — para cada tipo de serviço define-se a proporção de demanda resolvida, tendo como base o volume total da demanda da população. Este conceito, conhecido como capacidade resolutiva *(Symeant), é representado pelas seguintes fórmulas:*

$$\text{Capacidade resolutiva qualitativa} = \frac{\text{Nº consultas realizadas - Nº pacientes referenciados}}{\text{Nº consultas realizadas}}$$

$$\text{Capacidade resolutiva quantitativa} = \frac{\text{Nº consultas realizadas}}{\text{Nº consultas realizadas + Nº de ausências}}$$

A análise quantitativa deve ser realizada para as ações finais e eventualmente para algumas ações intermediárias que se considerem relevantes, como os exames radiológicos e exames de laboratório.

Estas análises servirão de base para a fase de estimativa da demanda potencial que se desenvolve no capítulo 7. A proporção de ações não resolvidas em cada nível de atenção deve ser colocada como demanda no nível de complexidade superior.

Por exemplo, se é estimado que a *demanda de atenção básica de saúde* será de 3 atendimentos por habitante/ano, para uma população de 10.000 habitantes, com uma capacidade resolutiva de 80% das ações, isto é, das 30.000 ações demandadas, a atenção básica resolverá 24.000 (80%). As 6.000 restantes (20%) serão encaminhadas para o nível secundário. O mesmo pode ser aplicado para o caso dos hospitais de referência, em cuja demanda deverá ser considerada a atenção direta de sua área de abrangência e de influência e a proporção de referências de unidades de saúde (ambulatorial ou hospitalar) de menor complexidade.

4) Avaliação do desenvolvimento das especialidades nas diferentes unidades ou serviços de saúde do sistema em estudo. Isto significa identificar a existência de pólos de desenvolvimento ou de pólos de atração de algumas especialidades nas unidades ou serviços de saúde da rede. Estas situações devem ser consideradas e, dependendo do modelo de atenção que se queira implementar, poderão ser potencializadas ou diminuídas nas propostas de intervenções.

Por exemplo, se for detectada a concentração de certo tipo de especialista em uma unidade de saúde, tal como dermatologista, que é disfuncional às necessidades da população que a rede assistencial atende, deverão ser consideradas iniciativas tendentes à redistribuição destes profissionais entre as diferentes unidades quando se planejam alternativas de solução. Ao contrário, caso seja necessário potencializar uma especialidade de alta complexidade, por exemplo neurocirurgia, que requer o atendimento de determinado volume de pacientes ao ano para assegurar a qualidade técnica do manejo dos cirurgiões, a alternativa de solução será concentrar os recursos e atender à demanda em uma só unidade assistencial.

4.6. COEFICIENTES TÉCNICOS

Uma vez realizado o levantamento de dados como foi visto nas seções anteriores, calculam-se os coeficientes técnicos. A maior parte dos coeficientes a serem utilizados corresponde às relações entre os *recursos e a produção de serviços ou entre a produção e a população* da área de influência.

Coeficiente Técnico ou Indicador
Cifra ou relação numérica que representa (ou indica) determinada situação, fenômeno ou evento, mediante o qual podem-se fazer comparações. A mortalidade infantil é um exemplo de indicador que, comparado entre realidades distintas, permite conclusões a respeito do estado de saúde das respectivas populações.

Esta etapa de elaboração de coeficientes técnicos realiza-se com os seguintes objetivos:

a) Estabelecer a produção[21] dos distintos recursos, (físicos e humanos) por áreas de trabalho das unidades e serviços de saúde e para o conjunto da rede.

b) Comparar a produção dos recursos entre as distintas unidades e serviços de saúde da rede, identificando áreas problema. Isto pode ser acompanhado da opinião do pessoal dos diversos setores das unidades e serviços, sobre o processo e o local de trabalho, que, junto aos indicadores mencionados, permite identificar os fatores críticos que incidem no nível de produção, tais como:

- o modo de produção de serviços das categorias profissionais;
- a forma de atendimento (individual ou coletiva);
- o tipo de atendimento (consulta ou tratamento);
- os procedimentos necessários à realização dos atendimentos;

21 Entende-se por produção, a relação entre a quantidade de um bem ou de um serviço e a quantidade de fatores que têm servido para produzi-lo.

- as características sociais, epidemiológicas e econômicas da população atendida;
- o local de efetivo exercício das atividades (ambulatório ou hospital, em serviços de ações intermediárias ou finais, dentro ou fora das unidades ou serviços de saúde);
- as condições materiais, físicas ou de transporte para o desempenho das atividades, entre outros.

Estas informações servirão de base para o cálculo da *otimização da oferta* (Capítulo 6).

c) Identificar os coeficientes técnicos que serão utilizados na projeção da demanda. Nesta etapa, os coeficientes servem para a estimativa dos recursos necessários para satisfazer a demanda projetada para as ações finais. Os coeficientes técnicos podem corresponder ao observado ou serem corrigidos, quando se verificar que a relação observada não corresponde a uma situação ótima.

Os indicadores de resultados selecionados e aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite para o acompanhamento da atenção básica durante o ano de 1999, nos municípios habilitados conforme a NOB/SUS-96 e que constam do "Manual para a Organização da Atenção Básica", publicado pelo Ministério da Saúde, podem ser agregados como se segue:

- Coeficientes de mortalidade infantil e população menor de 1 ano;
- Cobertura vacinal de rotina para a população menor de 1 ano;
- Coeficientes de internação por doenças imunopreveníveis;
- Coeficientes de internação por doenças respiratórias e desidratação para a população menor de 5 anos;
- Coeficientes de hospitalização por doenças crônico-degenerativas;
- Proporção de eventos ligados à saúde da mulher (óbitos de mulheres faixa etária de 10 a 49 anos, nº de consultas de pré-natal por parto, etc.);
- Ocorrência de transtornos na gravidez, parto e puerpério (mortalidade materna, ocorrência de Doença Hipertensiva Específica da Gravidez, etc.);
- Cobertura vacinal anti-rábica de cães.

A avaliação do impacto das ações de saúde nos grupamentos populacionais, através dos indicadores de resultados citados acima, entre outros, representa grande avanço no processo de construção e consolidação do SUS, na busca de ações de saúde eficientes e de boa qualidade, acessíveis aos cidadãos.

Os coeficientes técnicos a serem utilizados para analisar a relação entre os recursos existentes e a produção de serviços ou entre a produção e a população da área de influência, são descritos e detalhados a seguir.

4.6.1. Produção dos Recursos Humanos (pessoal)

Para a elaboração destes cálculos, relaciona-se a produção de ações de saúde com as horas de trabalho dos diferentes tipos de recursos humanos. Exemplo: número de consultas por hora médica; número de intervenções cirúrgicas por hora de cirurgiões; número de exames de laboratório por hora de bioquímico e, assim por diante, para todos os profissionais de saúde.

Para sua estimativa, requer o conhecimento da duração da jornada de trabalho diária dos profissionais e técnicos dos serviços e os dias úteis trabalhados durante o ano, o qual permitirá inferir o número de horas trabalhadas no ano.

Exemplo de coeficiente de atendimento por tipo de serviço é mostrado abaixo, bem como a forma de cálculo.

Quadro 21
Coeficiente de atendimento por tipo de serviço na Região A

Tipos de Servico	Médico horas/dia	Nº Atendimento/ dia	Coeficiente de Atendimento
Serviço de Urgência	30	160	5,3
Atendimento à Criança	16	52	3,2
Atendimento Pré-Natal	40	120	3

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – Opas/OMS, Março 1998.

Fórmula de cálculo:

$$\textbf{Coeficiente de Atendimento} = \frac{\text{Nº Atendimentos/dia}}{\text{Horas Médico/dia}}$$

Quadro 22 - Coeficientes técnicos na Unidade de Apoio Clínico Terapêutico - Pavilhões cirúrgicos - Chile, 1992.

Tipo de Ação	Recurso Humano	Recurso Humano Anestesista
Grande cirurgia	2,5 horas/intervenção	1,25 horas/intervenção
Urgência	2,5 horas/intervenção	1,25 horas/intervenção
Obstetrícia	1,4 horas/intervenção	1,40 horas/intervenção

Fonte: Metodologia Projetos Desenvolvimento Integrado de Serviços de Saúde, Projeto MINSAL - Banco Mundial, Chile 1992.

4.6.2. Produção dos Recursos Físicos

Relacionam a produção de ações de saúde com os recursos físicos existentes. Dentro destes, incluem-se os indicadores clássicos de utilização de leitos hospitalares, demonstrados na Tabela 7. Para o cálculo da Taxa de Ocupação Hospitalar — TOH, foram utilizados o número de leitos cadastrados no SUS/Goiás, a média de permanência e as saídas hospitalares no ano de 1998.

Fórmula de Cálculo:

$$\text{Taxa de Ocupação Hospitalar — TOH} = \frac{\text{Média de Permanência (dias) X Nº Saídas (internações)}}{\text{Nº Leitos X 365}} \%$$

Tabela 7
Indicadores de utilização do recurso leitopor especialidades no SUS/Goiás, 1998.

Especialidade	Nº de Leitos	Média de Permanência (dias)	Total Saídas Hospitalares	Taxa de Ocupação % TOH
Clínica Médica	7.296	5,0	149.712	28,0
Clínica Cirúrgica	4.316	5,0	59.040	18,7
Clínica Pediátrica	3.144	5,8	24.912	12,6
Clínica Obstétrica	4.064	2,3	73.356	11,4
Clínica Psiquiátrica	2.470	48,1	26.808	140,0

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás — MS/Opas/Nescon-UFMG, Março de 1999.

Exemplo de coeficiente de utilização de consultórios na atenção ambulatorial é apresentado no Quadro 23, onde se relacionam o número de consultórios cadastrados no SUS e o número de atendimentos realizados num determinado período, considerando-se a totalidade das ações ambulatoriais que são desenvolvidas em consultórios.

Para sua estimativa, a definição da capacidade operacional dos consultórios deve ser calculada de acordo com os parâmetros previamente estabelecidos para o sistema de

saúde em estudo, considerando-se as especificidades demográficas e epidemiológicas das diversas áreas de abrangência desse sistema.

Neste exemplo, considerou-se a utilização dos consultórios em dois turnos de 4 horas, à média de 4 atendimentos por hora, que permite a produção de 704 atendimentos no período de 22 dias/mês.

Quadro 23
Coeficientes de utilização de consultórios no SUS/Goiás Período: 1998

Macrorregião	Nº de Consultórios*	Nº Atendimento Ambulatoriais	Coeficiente de Utilização Consultóri-
Central	4.548	9.324.727	1,0[OS]
Nordeste	311	3.739.878	6,2
Norte	632	3.755.496	3,0
Sul	434	2.427.999	2,8
Estrada de Ferro	332	854.568	1,3
Sudoeste	379	2.046.899	2,7
Mato Grosso Goiano	625	2.665.235	2,2
Total	7.261	24.814.802	1,7

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás — MS/Opas/Nescon-UFMG - Março de 1999.
**Consultórios cadastrados no SUS/Goiás*

Fórmula de cálculo do coeficiente:

$$\text{Coeficiente de Utilização Consultórios} = \frac{\text{Nº Consultórios} \times \text{Total Atendimentos Mês (Produção)}}{\text{Capacidade de Atendimento Mês}}$$

Quadro 24
Coeficientes técnicos da unidade de Apoio Clínico Terapêutico:
pavilhões cirúrgicos - Chile 1992

Tipo de Ação	Recurso físico/pavilhão
Grande cirurgia	1,6 horas / intervenção
Urgência	1,6 horas / intervenção
Obstetrícia	1,8 horas / intervenção

Fonte: Metodologia Projetos Desenvolvimento Integrado de Serviços de Saúde, Projeto MINSAL – Banco Mundial, Chile 1992.

Com relação a equipamentos, realiza-se o mesmo procedimento, relacionando a produção de ações com o número de equipamentos. Exemplo: número de radiografias por equipamentos de Raio X; número de exames de laboratório por equipamento; número de ecografias por ecógrafo, etc. Equipamentos industriais: litros de vapor por caldeira, número de quilos de roupa lavada por máquina da lavanderia, etc.

4.6.3. Indicadores que Relacionam Ações Intermediárias e Finais

Estes indicadores relacionam a produção de ações intermediárias, que são parte do processo de produção de uma determinada ação final, com o número de ações finais.

No *caso das hospitalizações*, a ação final a ser utilizada é o número de saídas hospitalares e, em alguns casos, os dias de ocupação dos leitos (leito-dia). Exemplo: número de exames de laboratório por saída/internação; porções de alimento por dia de leito ocupado; quilos de roupa por dia de leito ocupado; litros de esterilização por dia de leito ocupado.

Na *atenção ambulatorial*, usualmente utilizam-se percentuais das consultas médicas previstas (ação final) como referência para o cálculo das ações intermediárias, como demonstrado no Quadro 25.

Quadro 25 - Taxa de exames por cada 100 pacientes atendidos no SUS/Goiás, por macrorregião - 1998

Macrorregião	Central	Nordeste	Norte	Sul	Estrada de Ferro	Sudoeste	M. Grosso Goiano
Radiodiagnóstico	10,63	1,45	5	6,16	6,12	10,69	4,1
Patologia Clínica	74,73	26,2	43,59	37,99	66,27	48,31	57,17
Ultra-Sonografia	1,26	0	0,2	2	0,05	0,48	0,06
Medicina Nuclear	0,53	0	0	0	0	0	0
Exames Imagenologia (outros)	0,48	0	0,05	0	0,07	0	0,03
Exames Hemodinâmicos	0,04	0	0	0	0	0	0
Exames Especializados (outros)	9,68	0,27	2,4	3,73	1,45	1,49	0,48

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás – MS/Opas/Nescon-UFMG, Março de 1999.

No caso de estudos de unidades e serviços de saúde, deve-se avaliar cada um dos setores funcionais das unidades e definir sua produção em relação às ações finais. Por exemplo: lavanderia, central de alimentação, esterilização, laboratório, radiologia, anatomia patológica, banco de sangue, etc.

4.6.4. Produção por População

Este indicador relaciona a produção de ações finais com a população adscrita ao sistema de saúde, informação que será levada em conta na análise da oferta.

São exemplos: egressos hospitalares por habitante; consultas por habitante; intervenções cirúrgicas por habitante; consultas de urgência por habitante; número de partos por mulheres em idade fértil, etc. Estes parâmetros devem ser adaptados à realidade local, uma vez que são variáveis em função das situações de saúde loco-regionais.

Também devem ser considerados consensos clínicos existentes sobre uma determinada situação. Por exemplo: em um determinado sistema de saúde define-se, mediante acordo entre os diversos atores, que a média de permanência para parto será superior ao estabelecido no nível estadual ou nacional.

O Quadro 26 apresenta os coeficientes de atendimentos de consultas médicas, de consultas por tipo de atenção — urgências — e a grupos específicos de população — atenção à mulher, à gestante e à criança, segundo macrorregião de saúde.

Quadro 26
Coeficientes de consultas médicas, atenção à urgência e a grupos específicos no SUS/Goiás, por macrorre-

Região de Saúde	Nº de consultas hab./ano	Nº Cons. urgência hab./ano	Nº Cons. mulher hab./ano	Nº Cons. pré-natal gestante	Nº Cons. criança 0 a 14 anos
Central	1,8	0,4	0,51	1,4	0,7
Nordeste	1,2	0,2	0,1	1,3	0,3
Norte	2	0,2	0,3	1,7	0,4
Sul	2,9	0,5	0,6	2,6	1
Estrada de Ferro	2,1	0,3	0,2	1,4	0,8
Sudoeste	1,3	0,1	0,2	2,6	0,6
Mato Grosso Goiano	1,8	0,1	0,2	1,2	0,4

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás — MS/Opas/Nescon-UFMG - Março de 1999.

O Quadro 27 apresenta a utilização de leitos hospitalares no SUS/Goiás por macrorregião de saúde — taxa de internação/1.000 habitantes. Como pode ser verificado, as taxas encontradas têm grande variação, indicando a necessidade do aprofundamento da análise, especialmente no que se refere à população adscrita — áreas de abrangência e influência de cada região.

Quadro 27
Taxa de internação/1.000 habitantes por especialidade e macrorregião no SUS/Goiás - 1998

Macrorregião	Clínica Médica*	Clínica Cirúrgica	Clínica Obstétrica	Clínica Psiquiátrica
Central	44,3	21,4	17,6	12,5
Nordeste	11,7	1,4	11,3	0
Norte	47,1	8,8	15,6	0
Sul	34,7	10,5	15,2	0,8
Estrada de Ferro	41,6	12,2	14,1	0
Sudoeste	34,7	8,3	16,3	3,7
Mato Grosso Goiano	50,7	5,6	13,5	0

Fonte: Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás — MS/Opas/Nescon-UFMG, Março de 1999.
**Inclui pediatria*

5. AVALIAÇÃO DA REDE

Nesta fase do estudo, avalia-se o cumprimento dos requisitos básicos que um sistema de saúde deve ter para promover a melhoria na situação de saúde da população.

A idéia central é a de que as análises de funcionalidade se concentrem no estudo da produção da rede de serviços. No entanto, considerando-se as especificidades e a complexidade do setor saúde no Brasil, devem abordar a eficácia do conjunto de ações que executam, a sua coerência com a situação de saúde detectada, com as ações implementadas, com o modelo assistencial proposto e com o cumprimento dos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde — SUS.

A avaliação é um processo dinâmico, por meio do qual podem ser medidos (com o auxílio de instrumentos e técnicas específicas) e comparados entre si fatos, situações, realidades, estratégias, procedimentos e serviços, de modo a, com base em escolha prévia de um dado enfoque, ser possível emitir um juízo de valor que sirva para nortear determinada tomada de decisão.

Características de um Sistema de Saúde

Universalidade — o acesso às ações e serviços de saúde deve ser garantido a todas as pessoas.
Integralidade — significa considerar a pessoa como um todo, atendendo às suas necessidades, incluindo as ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, pressupõe a articulação do setor saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial, que tenha repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos e da coletividades.
Eqüidade — o objetivo da eqüidade é reduzir as desigualdades. Como as pessoas não são iguais e têm necessidades diferentes, a eqüidade significa tratar de modo diferente os desiguais, investindo mais onde houver maior necessidade. A rede de serviços deve estar atenta às reais necessidades da população a ser atendida.

Dentro da perspectiva política de mudança, tanto no setor saúde quanto na realidade de saúde da população, a atividade de avaliação assume nova dimensão e importância. Deve constituir-se em um instrumento fundamental para a gestão, ágil e facilitador das mudanças pretendidas e que, se incorporada sistematicamente aos serviços, revelará se as ações e atividades desenvolvidas são adequadas e compatíveis com a realidade sanitária local e qual o seu impacto sobre o nível de saúde da população.

É importante reconhecer que, na realidade brasileira, é ainda recente e incipiente a estruturação das informações no setor saúde e que há carência de informações qualitativas para a construção de indicadores. O volume e disparidade das informações disponíveis nas instituições e nos diferentes níveis do sistema de saúde são problemas para o desenvolvimento desta etapa. A perspectiva de superação destas dificuldades deve estar presente no processo de elaboração dos indicadores a serem utilizados, entendidos como instrumentos que devem ser construídos pela utilização dos dados já existentes (coletados

rotineiramente) e da identificação e análise daqueles passíveis de serem colhidos, o que contribuirá para o aperfeiçoamento dos sistemas existentes.

Para a avaliação da rede de serviços proposta nesta etapa do estudo utilizam-se as informações obtidas nos estudos básicos — o estudo demográfico e epidemiológico e a descrição da rede de serviços. Os resultados desta fase servem para o desenho das linhas prioritárias de intervenção. Considerando-se os problemas e limitações antes mencionados, definem-se quatro aspectos básicos que devem ser avaliados: cobertura, efetividade, eficiência e qualidade.

No *estudo de redes de serviços*, são abordados os dois primeiros aspectos, por sua maior relação com os objetivos orientados para a identificação das necessidades de atenção não cobertas, sendo fundamental a análise de cobertura.

O quadro 28 apresenta tipos básicos de indicadores, uma síntese sobre as análises que podem ser realizadas a partir desses indicadores e a sua categoria, buscando contribuir para a compreensão sobre o que pode ser trabalhado com as bases de dados dos sistemas nacionais, citados anteriormente no capítulo Gestão do Sistema de Saúde.

Quadro 28
Tipos básicos de indicadores

Tipos de análises que podem ser realizadas	Tipos Básicos de Indicadores	Categoria do Indicador
Avaliação da estrutura do Sistema de Saúde Avaliação quanto à utilização dos recursos disponíveis.	• Produção por tipo de procedimento (consultas, exames laboratoriais, etc.). • Utilização da capacidade instalada (rede física). • Utilização da capacidade operacional (recursos humanos). • Distribuição dos gastos por tipo de atenção prestada (ambulatorial básica e especializada; hospitalar e urgência; apoio diagnóstico e terapêutico, etc.).	Eficiência
Avaliação do processo de trabalho em saúde Avaliação dos resultados alcançados pelas ações produzidas considerando: • Quantos foram atingidos (cobertura); • Quanto foi oferecido (concentração); • Como foi respondido (resolubilidade).	• Cobertura alcançada por meio das ações produzidas (consultas, vacinas, partos, etc.). • Concentração de procedimentos oferecidos (por exemplo: três consultas de pré-natal por gestante). • Resolubilidade da atenção (por exemplo: a proporção de altas em relação às consultas realizadas).	Eficácia
Avaliação do impacto sobre a situação de saúde, considerando as respostas produzidas pelo Sistema de Saúde e também aquelas geradas por outros setores (educação, saneamento, etc.).	• Indicadores de mortalidade. • Indicadores de morbidade. • Indicadores demográficos. • Indicadores sócio-econômicos. • Indicadores ambientais (saneamento).	Efetividade

Fonte: FERREIRA, S. M. G., Sistema de Informações em Saúde: curso de aperfeiçoamento para dirigentes municipais: programa de educação a distância, Rio de Janeiro, Brasília, DF: Editora FIOCRUZ, ENSP/UNB, 1998.

5.1. AVALIAÇÃO DA COBERTURA

A cobertura é o resultado de uma oferta eficaz e sistematizada de ações básicas de saúde, que satisfaçam às necessidades de toda uma população, proporcionadas de forma contínua, em locais acessíveis, de maneira aceitável e que garantam o acesso aos diferentes níveis de atenção do sistema de saúde.

A cobertura também pode ser definida como o fator que articula a capacidade potencial de produção de serviços de uma rede com a utilização efetiva dos serviços e ações produzidos, isto é, neste conceito combinam-se dois aspectos: o acesso aos serviços e a sua utilização.

Sob esta perspectiva, podem existir problemas de cobertura decorrentes da falta de recursos ou pela não utilização dos recursos disponíveis devido às dificuldades de acesso. É importante lembrar, também, que o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS — SAI/SUS, não desagrega as informações sobre consultas médicas, por exemplo, em primeiras consultas e consultas de retorno, o que dificulta a avaliação da cobertura.

Nos parágrafos seguintes, serão definidos operacionalmente os componentes da cobertura e as suas formas de medida.

5.1.1. Acessibilidade

O estudo da acessibilidade permite apreender a relação existente entre as necessidades e aspirações da população em termos de ações de saúde e a oferta de recursos para satisfazê-las.[22]

O conceito de **cobertura** implica uma relação dinâmica onde intervêm as necessidades da população — demanda de ações e serviços de saúde — e, por outro lado, os recursos disponíveis e suas combinações, que constituem a oferta.

Esta concepção ultrapassa os limites tradicionais da avaliação quantitativa e adquire novas dimensões, permitindo identificar os fatores que facilitam ou obstaculizam a busca e a obtenção de ações de saúde e deve considerar limites de tempo e espaço.

Equivale a dizer que este conceito de acessibilidade restringe-se a determinada maneira de conceber e enfrentar a doença, cabendo definir um conjunto de fenômenos dentro dos modos de organização das ações de saúde. A acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões e pode ser analisada nas seguintes perspectivas: acessibilidade geográfica, organizacional e sócio-cultural.

22 FEKETE, M. C**. Estudo da acessibilidade na avaliação dos Serviços de Saúde, em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Brasília, DF: Opas, 1997.

• *Acessibilidade Geográfica* — esta dimensão reflete a distância média entre a população e os recursos. No entanto, não pode ser vista apenas pela distância, já que uma determinada região pode apresentar características físicas que impeçam ou dificultem o acesso da população, como por exemplo, a existência de rios, montanhas, entre outros. Pode ser medida pela distância média entre a residência dos usuários e as unidades e serviços de saúde do sistema em estudo, ou em função do tempo gasto pelos meios habituais de transporte para a obtenção da atenção à saúde.

Em geral, considera-se que este aspecto tem maior influência na utilização de serviços preventivos do que nos curativos e é ainda menor quando se percebe uma necessidade de atenção de urgência.

Na *descrição* da rede de serviços de saúde, apresentou-se um método que serve para medir o acesso geográfico, que consiste basicamente em determinar a distância média da residência dos usuários às unidades e serviços do sistema de saúde em estudo, podendo ser representado graficamente em um mapa.

A avaliação a respeito da adequação do acesso geográfico depende da comparação do observado com as normas estabelecidas, que representam o desejável neste aspecto e são específicas a cada realidade e devem ser expressas na Programação Pactuada e Integrada — PPI. Portanto, o acesso desejável pode diferir de uma região para outra e dentro de uma mesma região, entre zonas urbanas e rurais, uma vez que, geralmente, as normas se adaptam à disponibilidade de recursos de cada sistema de saúde.

• *Acessibilidade sócio-organizacional* — corresponde às características não-espaciais dos recursos que dificultam ou facilitam a utilização das unidades ou serviços de saúde. Origina-se nas formas de organização dos serviços e do processo de trabalho em saúde. Podem estar na entrada ou no interior das unidades e serviços ou, ainda, na organização do sistema de saúde como um todo. Alguns autores entendem que a acessibilidade sócio-organizacional incorpora quatro dimensões:

a) *Disponibilidade* — existência do recurso, requisito fundamental para a acessibilidade.

b) *Comodidade* — relação entre o sistema de acolhimento e a capacidade dos usuários de se adaptarem a ele. Aspectos relacionados com o contato do usuário com a unidade ou serviço de saúde, tais como a forma de recepção, a atenção ao usuário dentro da unidade de saúde, o tempo para obter um atendimento e para ser atendido, o tipo de marcação de horários, turnos de funcionamento, entre outros.

c) *Acessibilidade econômica* — relação entre o custo para o acesso aos serviços e a capacidade de custeio pelo usuário. Depende das condições oferecidas pelo sistema de

saúde, incluindo o acesso à assistência em sistemas de referência e contra-referência. Partindo-se do pressuposto de que o acesso universal, integral e igualitário às ações e serviços de saúde é princípio do SUS, não deveriam existir barreiras de ordem econômica à utilização dos serviços. No entanto, a oferta insuficiente e inadequada de ações e serviços de saúde faz com que os gastos com saúde das famílias brasileiras, ainda sejam elevados, incluindo o consumo de tempo, energia e recursos financeiros, perda de dias de trabalho, compra de medicamentos, entre outros.

d) *Aceitabilidade* — relação entre as atitudes dos usuários para com as características pessoais e profissionais daqueles que executam a atenção e da forma (respeito) que os atendem.

- *Acessibilidade sócio-cultural* — sob a perspectiva da população refere-se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca de atenção à saúde, tais como: percepção sobre o corpo e a doença, crenças relativas à saúde, tolerância à dor, credibilidade nos serviços de saúde, dentre outros. Quanto ao sistema de saúde, deve-se considerar a formação dos profissionais de saúde, muitas vezes desvinculada das condições de vida, da cultura e de saúde da população; a falta de capacitação das equipes de saúde e das instituições frente à diversidade dos usuários com distintas características socioculturais; e a incipiência dos processos de participação dos usuários na organização dos serviços de saúde.

A avaliação destes aspectos pode ser feita por meio da aplicação de questionários aos usuários potenciais do sistema de saúde em estudo.

5.1.2. Utilização dos Serviços

Na prática, a acessibilidade se traduz por indicadores sobre a utilização dos serviços pela população. Exemplos deste tipo de indicadores são:

- Taxas de consultas médicas por habitante;
- Taxas de intervenções cirúrgicas por habitante;
- Taxas de exames diagnósticos por habitante;
- Taxas de interconsultas por pacientes atendidos;
- Taxas de hospitalização por habitante;
- Taxa de dias de hospitalização por habitante;
- Média de permanência das hospitalizações;
- Outras.

As taxas relacionam a freqüência dos serviços prestados ou de utilização de um recurso com as populações potencialmente usuárias durante um período de tempo determinado, que habitualmente é de um ano e se desagregam por região geográfica, sexo e grupo etário, exemplificado no Quadro 29.

Quadro 29
Taxas de utilização de serviços ambulatoriais e hospitalares.

Taxa/Habitante	Região 1	Região 2	Região 3	Sistema de Saúde
Consulta médica	1,8	1,2	2	1,8
Atendimento Urgência	0,4	0,2	0,2	0,3
Atendimento Pré-Natal	4,0	3,8	4,7	4,2
Saídas Clínica Médica	47,7	44,3	22,9	38,3
Saídas Obstétricas	17,6	15,8	18,4	17,2

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1999.

Como no caso do acesso geográfico, a avaliação com respeito à utilização dos recursos disponíveis de forma adequada dependerá do que se tenha definido como desejável. Ou seja, ela é o resultado da comparação entre o observado em distintas realidades, que devem ser comparáveis, com relação às necessidades de atenção à saúde.

Em síntese, a avaliação de cobertura deverá conjugar os dois aspectos já assinalados: acessibilidade e utilização de serviços. Desta forma, existirá uma alta cobertura quando os serviços forem acessíveis e se faz uma utilização adequada deles. Também pode-se chegar à identificação de áreas de baixa cobertura, através da comparação entre a acessibilidade e a utilização dos serviços de diferentes regiões.

5.2. EFETIVIDADE

Entende-se por efetividade a avaliação do impacto, medido por respostas ou resultados obtidos pelas intervenções sobre as situações de saúde concretas e reais, considerando-se, também, aquelas geradas por outros setores (saneamento, educação, etc.).[23]

Este resultado depende de três fatores:

a) *da eficácia* — isto é, dos resultados alcançados pelas ações e serviços produzidos, se as intervenções foram aplicadas em ótimas condições, que é uma estimativa do benefício potencial da medida;

b) *da cobertura* — que é a capacidade das ações e serviços de saúde atingirem a população alvo (consultas, vacinas, partos, etc.);

c) *do comportamento* — aceitação dos usuários potenciais e dos profissionais em relação ao cumprimento das recomendações.

23 FERREIRA, S. M. G. – **Sistema de Informações em Saúde, em cursos de aperfeiçoamento para dirigentes Municipais/Programa de Educação a Distância** – Rio de Janeiro, Brasília, DF: Editora FIOCRUZ, ENSP, UnB., 1998.

Efetividade = Eficácia x % de Cobertura da população alvo x Aceitação

A **efetividade** refere-se ao grau de consecução dos objetivos do sistema que, em última instância, corresponde à melhoria da situação de saúde da população, expressa através de indicadores sanitários.

A principal dificuldade nesta área é o tempo entre a implementação das intervenções e a obtenção de resultados passíveis de serem medidos ao nível da população, especialmente quando se utilizam indicadores de mortalidade, onde o impacto na economia de vidas ocorrerá em longo prazo.

Porém, podem identificar-se indicadores mais sensíveis, como historicamente tem sido a mortalidade infantil, ou indicadores mais complexos que incorporem melhorias no nível de saúde, como os DALY ou QALY (Capítulo 2 - Estudo Demográfico e Epidemiológico).

Provavelmente, será difícil medir o impacto que a rede tenha obtido ao longo do tempo. No entanto, é fundamental colocar esta perspectiva para que seja incorporada como um aspecto relevante nas linhas prioritárias de intervenção, de forma que permita a avaliação futura do impacto das modificações incorporadas como conseqüência da análise da rede de serviços e do sistema de saúde.

A incorporação da avaliação na prática da gestão do modelo assistencial, realizada em base territorial identificada, em que as necessidades de saúde sejam conhecidas, pode resultar em um instrumento eficaz de reordenamento da oferta e, consequentemente, tornar-se uma estratégia efetiva na construção de um modelo assistencial coerente com as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde — SUS.

6. ESTUDO DA OFERTA

Neste capítulo faz-se uma síntese das informações relativas à produção de serviços da rede assistencial, para a qual são utilizados os dados obtidos na descrição da *rede de serviços de saúde* (capítulo 4). É oportuno lembrar a importância da fidedignidade da informação, devendo as bases de dados serem alimentadas corretamente.

Em primeiro lugar determina-se a oferta observada. Para isto, utilizam-se as informações sobre a produção de ações finais e intermediárias da rede de serviços e constroem-se quadros-resumo por nível de atenção da rede. Posteriormente, desenvolve-se a etapa de otimização, com o objetivo de estimar a oferta potencial de ações e serviços de saúde com os recursos disponíveis na rede.

6.1. ANÁLISE DA OFERTA

A medição da oferta de ações e serviços de saúde faz-se mediante:

- a quantificação das ações de saúde (controles, consultas, exames, egressos) oferecidos pela rede de serviços;
- a disponibilidade de recursos humanos;
- a disponibilidade de recursos físicos, em termos de infra-estrutura e equipamentos.

Este capítulo concentra-se na quantificação das ações, já que os demais aspectos foram vistos, com detalhe, no capítulo 5. Como foi dito, o resultado é a construção de quadros resumos da oferta de ações finais para cada nível de atenção da rede, expressas em taxas de ações por habitante da área de influência. Estes quadros de oferta, junto à determinação da demanda serão utilizados para a quantificação da necessidade de ações.

No Quadro 30 apresenta-se um exemplo com os tipos de ações de saúde que devem ser considerados para caracterizar a oferta de ações básicas de saúde.

Quadro 30
Exemplo de tipos de ações a serem consideradas na caracterização da oferta de ações básicas de saúde.

- AVEIANM – Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Ações não Médicas;
- Consultas médicas – adultos, crianças, ginecológicas, pré-natal;
- Atendimentos de urgência;
- Vacinações;
- Exames de laboratório;
- Atividades Educativas;
- Visitas domiciliares;
- Dispensação de medicamentos;
- Outras.

6.1.1. Primeira fase: Construção de Quadros-Resumo de Oferta de Ações.

Nos Quadros 31 e 32, são detalhadas as produções de algumas ações ambulatoriais básicas: AVEIANM - Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Ações não-Médicas, consultas de pré-natal, consultas de urgência, de atenção à criança e à mulher e de internações por especialidade.

Quadro 31
Resumo da oferta de ações básicas por Região de Saúde.

Região de Saúde	Ações de AVEIANM	Consultas Pré-Natal	Consultas Urgência	Consultas de Atenção à Criança	Consultas de Atenção à Mulher
Região A	1.950.000	30.000	300.000	50.000	60.000
Região B	1.500.000	27.000	320.000	160.000	120.000
Região C	1.400.000	16.250	300.000	64.000	100.000
Região D	1.000.000	18.000	200.000	90.000	45.000

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1998.

Quadro 32
Resumo da oferta de internações por especialidades e por região de Saúde

Região de Saúde	Clínica Médica*	Clínica Cirúrgica	Clínica Obstétrica
Região A	13.000	4.000	7.000
Região B	16.000	6.000	9.600
Região C	10.000	4.000	5.000
Região D	12.000	5.000	6.800

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde, MS/Opas/OMS, Março 1998.
** Inclui adulto e criança*

Estes tipos de quadros-resumo devem ser elaborados para cada uma das ações finais, de acordo com a definição empregada no capítulo 4 (Descrição da Rede de Serviços).

6.1.2. Segunda fase: Análise de Oferta

Esta fase se concentra na quantificação das ações de saúde oferecidas pelo sistema em estudo, observando-se as suas áreas de abrangência e de influência, e calculando-se as taxas de oferta de ações por habitante, além da identificação de fatores que possam contribuir para dificultar o acesso dos usuários aos serviços de saúde (descritos no Capítulo da Avaliação da Rede).

Nos Quadros 33 e 34, exemplificam-se as taxas de oferta de algumas ações finais básicas por habitante, para as quais foi utilizada a população estimada para a área de influência do ano estudado, de acordo com o descrito na seção de demografia (Capítulo 2) e as taxas de internação por especialidade.

Quadro 33
Exemplo de análise da oferta - taxas de atendimento/habitante segundo o tipo de atenção por Região de

Ação de Saúde		Região A	Região B	Região C	Região D	Total
AVEIANM	População	300.000	300.000	250.000	250.000	1.100.000
	Produção	1.950.000	1.500.000	1.400.000	1.000.000	5.850.000
	Taxa/hab.	6,5	5,0	5,6	4,0	5,3
Consultas de Pré-Natal	População	5.000	4.500	2.500	6.000	18.000
	Produção	30.000	27.000	16.250	18.000	91.250
	Taxa/hab.	6,0	6,0	6,5	3,0	5,0
Consultas às Urgências	População	300.000	300.000	250.000	250.000	1.100.000
	Produção	480.000	320.000	300.000	200.000	1.300.000
	Taxa/hab.	1,6	1,06	1,2	0,8	1,2
Consultas at. à Criança	População	50.000	40.000	16.000	45.000	151.000
	Produção	200.000	160.000	64.000	90.000	514.000
	Taxa/hab.	4,0	4,0	4,0	2,0	3,4
Consultas At. à Mulher	População	60.000	60.000	40.000	30.000	190.000
	Produção	120.000	120.000	100.000	45.000	385.000
	Taxa/hab.	2,0	2,0	2,5	1,5	2,0

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1998.

Fórmula de cálculo

$$\text{Taxa por usuário} = \frac{\text{produção}}{\text{população da área de influência}}$$

Quadro 34
Taxas de internações/1.000 habitantes por clínica e Região de Saúde.

Região de Saúde	Clínica Médica*	Clínica Cirúrgica	Clínica Obstétrica
Região A	43,3	13,3	23,3
Região B	53,3	20,0	32,0
Região C	40.0	16,0	20,0
Região D	48,8	20,0	27,2

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1998.
**Inclui adulto e criança*

Fórmula de cálculo

$$\text{Taxa de Internações} = \frac{\text{Oferta internações X População área influência}}{1.000}$$

A análise das informações acima permite verificar que as taxas de atendimento por habitante, em todos os tipos de atenção na Região D, encontram-se abaixo daquelas observadas nas demais regiões e no sistema em estudo (total) e a taxa de internação/ 1.000 habitantes situa-se na média das outras regiões. Nas Regiões A, B e C as taxas não evidenciam grande variação, apontando peculiaridades da Região D que merecem estudo mais aprofundado.

Estes quadros fornecem uma imagem global da produção de ações de saúde que a rede de serviços está oferecendo à sua população, permitindo que se faça uma primeira apreciação a respeito da suficiência da oferta, em comparação com taxas de utilização de serviços previamente definidas, conhecidas, nacionais ou internacionais. A desagregação das informações segundo as áreas de abrangência e influência do sistema em estudo permite a visualização das diferenças e perfil dos atendimentos, cuja análise deve ser feita à luz das características populacionais de cada área.

6.2. OFERTA OTIMIZADA

Oferta Otimizada
Corresponde ao ajuste da produção das ações de saúde aos recursos disponíveis, utilizando-se os indicadores obtidos na análise da oferta.

O ajuste da oferta otimizada realiza-se com base na comparação da produção dos recursos existentes com a produção que poderia ser obtida em condições ótimas de disponibilidade de recursos humanos e financeiros, respeitando-se as recomendações técnicas que resguardam a qualidade da atenção.

Naqueles casos em que exista capacidade instalada não utilizada (ociosidade de recursos), a otimização significará aumentar o rendimento dos recursos disponíveis e, portanto, uma maior capacidade de oferta teórica. No caso de superutilização de recursos, a otimização consistirá em rebaixar o rendimento observado dos recursos.

A fase de otimização da oferta realiza-se para evitar a formulação de projetos de expansão de serviços onde exista capacidade instalada ociosa. Isto implica reconhecer que a existência de uma determinada quantidade de recursos não assegura que a produção dos mesmos seja adequada. Tem-se identificado diversos fatores que afetam o rendimento dos recursos, como por exemplo: a disponibilidade dos recursos complementares para a realização de uma ação, a suficiência de insumos, a adequação dos recintos físicos, o horário dos profissionais, a capacitação das equipes, entre outros. Muitos destes fatores podem e devem ser solucionados sem a necessidade de incrementar a capacidade instalada, por meio de modificações organizativas ou de investimentos pontuais, que resultarão em um incremento da oferta de ações de saúde.

Por exemplo, observando-se que os cirurgiões de um hospital produzem em média somente duas intervenções cirúrgicas diárias, deve-se investigar a razão desta baixa produção. Esta pode dever-se a diferentes fatores, alguns relativamente fáceis de serem modificados, como a falta de roupa esterilizada ou de instrumental cirúrgico, e outros mais difíceis, como a falta de horas de cirurgiões ou de anestesista, ou por defeito nos aparelhos de anestesia.

Como especificado anteriormente, na fase de otimização, calcula-se a produção que poderia ser obtida com a correção dos fatores que reduzem o rendimento dos recursos. Do ponto de vista da expansão, antes de aumentar o número de cirurgiões, deve-se investir nos fatores causais da baixa produção, como a aquisição de roupa ou de instrumental, a contratação de médicos ou outras medidas adequadas.

Aspecto de fundamental importância a ser considerado nesta etapa refere-se à potencialização de ações de promoção e prevenção, de acordo com o diagnóstico da situação de saúde (Capítulo 2 — Estudo Demográfico e Epidemiológico). A título de exemplo, se é detectado alto índice de câncer de mama, é oportuno estimular a prática do auto-exame de mamas, através de ações educativas, e não simplesmente aumentar a oferta de consultas ginecológicas e exames de mamografia.

Um exemplo de otimização da oferta de ações básicas é apresentado a seguir:

Quadro 35
Análise da oferta de ações básicas por Região de Saúde

Região de Saúde	Região A	Região B
Nº atendimentos realizados no ano	120.000	120.000
População da área de influência	60.000	60.000
Nº atendimentos/habitante	2	2
Nº de consultórios de atendimento	10	22
Nº atendimentos/hora consultório	6	2,8

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – Opas/OMS, Março 1998.

Fórmula de cálculo

$$\text{Nº de atendimentos/hora consultório} = \frac{\text{Nº atendimentos realizados no ano}}{\text{Nº de consultórios de atendimento X 8 horas X 242 dias}}$$

Para o cálculo do número de atendimentos/hora por consultório foi utilizado o parâmetro de 8 horas diárias de funcionamento, durante 242 dias de trabalho no ano.

A análise do exemplo acima permite verificar que, embora o número de atendimentos por habitante seja igual nas duas regiões — 2 atendimentos/habitante —, o rendimento do recurso físico da Região A, expresso em número de atendimentos/hora de consultório, é o dobro daquele observado na Região B.

Nesse exemplo, pode-se considerar que a produção mais adequada é a verificada na Região A — 6 atendimentos por hora de funcionamento de consultório. Logo, a otimização da oferta consistirá em utilizar esta produção como coeficiente técnico.

Otimização:

A oferta real da Região B é de 120.000 atendimentos/ano. A oferta otimizada corresponde ao número de atendimentos que esta região ofertaria se cada um de seus consultórios apresentasse o rendimento definido como coeficiente técnico — 6 atendimentos/hora.

Horas de consultório disponíveis =

22 consultórios X 8 horas X 242 dias de trabalho = 42.592

Oferta otimizada =

Horas disponíveis (42.592) X Rendimento por consultório (6 atendimentos/hora) = 255.552 atendimentos

Em síntese, a oferta otimizada é obtida com a correção da produção dos recursos e com a adoção de medidas que objetivem a correção de distorções (capacitação de equipes, mudanças no processo de trabalho dos profissionais e técnicos, alteração no horário de funcionamento de unidades de saúde, etc.). Com isto, determina-se a capacidade da oferta potencial *que, no caso de projetos de investimentos, é sobre a qual avalia-se a necessidade de ações de saúde.*

7. ESTIMATIVA DA DEMANDA

A estimativa da demanda pode ser realizada para o ano em que se está realizando o estudo (ano 0) e para diferentes horizontes de tempo, que habitualmente correspondem a previsões de tempo de cinco a dez anos e é calculada para as ações finais. A população a utilizar essas ações de saúde corresponde àquela projetada no capítulo 2 deste estudo.

Entende-se por **demanda** o número de ações de saúde que socialmente seja desejável oferecer, ou que se deveria esperar que fosse oferecido à população da área de influência em um determinado período. Implica traduzir e quantificar as necessidades de saúde de uma população em necessidades de ações de saúde.

A demanda de ações intermediárias pode ser estimada com base nos coeficientes técnicos que relacionam as ações finais com as ações intermediárias (exemplo: exames de laboratório por egresso), ou que relacionam ações intermediárias com a população (exames radiológicos por habitante), dependendo do tipo de ações. Estes coeficientes técnicos foram revisados no capítulo 4 (Descrição da Rede de Serviços).

Existem diferentes formas de realizar a estimativa da demanda, podendo ser apontados quatro métodos básicos:

a) Necessidades de saúde;

b) Objetivos das ações;

c) Utilização de serviços;

d) Razão recursos/população.

Com base nestes métodos são definidos os coeficientes técnicos que relacionam produção de ações finais com a população, obtendo-se desta forma ações que o sistema de saúde em estudo deveria proporcionar em sua área de influência.

7.1. MÉTODOS DE ESTIMATIVA DA DEMANDA

7.1.1. Necessidade de Saúde

Permite estimar a necessidade de recursos com base nas necessidades de saúde da população. Para seu cálculo é necessário que existam normas profissionais de atendimento em relação ao número, natureza, freqüência e qualidade das ações ou serviços que dão solução às necessidades identificadas. Posteriormente, as normas são traduzidas

em solicitação de recursos físicos e humanos com base nos coeficientes técnicos calculados na etapa de diagnóstico da rede de serviços.

Habitualmente não se utiliza este enfoque de estimativa de demanda nos projetos de investimentos, devido à sua complexidade e dificuldade de operacionalização. Porém, na última década, este método tem sido utilizado para a proposição de planos integrais de proteção da saúde (Planos de Saúde Suplementares, Programa de Saúde da Família, etc.).

A construção de planos integrais de proteção da saúde implica e realizar uma medição das necessidades de saúde da população de acordo com um indicador único, usualmente os DALY. Estas necessidades são priorizadas de acordo com o custo-efetividade das intervenções destinadas a reduzir o dano das patologias, com maior carga para o indicador eleito. Com as intervenções selecionadas, constrói-se o plano de saúde, o qual deverá ser oferecido com cobertura universal.

7.1.2. Objetivos das Ações: Parâmetros de Atenção

Este método baseia-se na definição de objetivos dos serviços de saúde, que se traduzem em metas quantificadas de produção de ações de saúde por habitante. Os objetivos são definidos por especialistas e expressam-se através de normas de serviço ou padrões de atenção. Sua aplicação mais freqüente é no nível de atenção ambulatorial, dada a sua vinculação com programas de atenção, que habitualmente estabelecem metas de ações a serem executadas principalmente neste nível.

O Quadro 36 mostra um exemplo de parâmetros de atenção.

Quadro 36
Parâmetros de atenção do Programa Materno-Infantil

Atividade	Grupo Objetivo	Parâmetro Objetivo (ação por habitante)
Controle de pré-natal	Grávidas	8,64
Controle do puerpério	Puérperas	1,00
Controle de RN	Recém-nascidos	1,00
Controle ginecológico	Mulheres acima 15 anos	0,15
Controle de contracepção	Mulheres acima 15 anos	0,72
Controle de nutrizes	Puérperas	2,00
Morbidade obstétrica	Grávidas	0,60
Consulta nutricional	Puérperas	0,50

Fonte: Actualización Proyecto HSRP. Ministerio de Salud de Chile – Banco Mundial, 1994.

Os parâmetros-objetivo apresentados no quadro foram estabelecidos através da avaliação de especialistas, baseando-se nos programas de atenção à saúde do Ministério existentes naquele momento. O coeficiente assim definido aplica-se à população-objetivo correspondente, obtendo-se a demanda para cada uma das atividades ou ações de saúde contidas nos programas.

A Programação Pactuada e Integrada — PPI, descrita no Capítulo 3 — Gestão do Sistema de Saúde, que traduza as necessidades de saúde dos grupamentos populacionais, representa um avanço no processo de implementação do Sistema Único de Saúde, podendo ser instrumento efetivo de alocação de recursos e correção de distorções, com vistas a atenuar as iniqüidades, permitindo a identificação de grupos específicos e seu privilegiamento, através da utilização de parâmetros de atenção.

Quadro 37
Exemplo de cálculo da demanda de controles de Pré-Natal

População projetada	=	200.000 grávidas em um ano
Parâmetro-objetivo	=	8,64 ações por grávida
Demanda de controle pré-natal	=	200.000 x 8,64 = 1.728.000 ações

7.1.3. Utilização de Serviços

Este método diferencia-se dos anteriores por não utilizar normas para determinar a demanda. Tem como referência, a utilização atual dos serviços pela população e se constitui no método mais utilizado no Brasil. O processo de estimativa da demanda consiste na projeção dos parâmetros de utilização observados na população usuária projetada segundo a metodologia descrita no capítulo 2.

Os parâmetros de utilização devem ser corrigidos de acordo com a estimativa de listas de espera e, sobretudo, devem ser adaptados às características epidemiológicas dos diferentes grupamentos populacionais.

A utilização de serviços, devido à simplicidade de sua aplicação, constitui o método mais usado nos projetos de investimentos e, em particular, na estimativa das necessidades de leitos hospitalares. Tem a vantagem de estar baseado na realidade, evitando que se projetem investimentos que não serão utilizados pela população.

No Quadro 38, mostra-se um exemplo de indicadores de utilização de serviços observados em um determinado sistema de saúde.

Quadro 38
Taxa de atendimento de urgência, Pré-Natal, atenção à Criança e à Mulher por Região de Saúde

Região	Consultas de Urgência	Consultas de Pré-Natal	Consultas de Atenção à Criança	Consultas de Atenção à Mulher
Região A	1,6	6,0	4,0	2,0
Região B	1,06	6,0	4,0	2,0
Região C	1,2	6,5	4,0	2,5
Região D	0,8	3,0	2,0	1,5
Total	1,2	5,6	3,4	2,0

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde, MS/Opas/OMS, Março 1998.

Neste caso, o coeficiente a ser utilizado pode corresponder à utilização de serviços verificada em cada região ou à sua média. O coeficiente encontrado será aplicado sobre a população-objetivo projetada, obtendo-se a demanda de ações.

7.1.4. Razão Recursos/População

A razão recursos/população é uma variável do método anterior, diferenciando-se porque os coeficientes técnicos a serem utilizados correspondem a um ideal, baseado num referencial observado. Isto é, ela corresponde a um padrão selecionado entre os coeficientes de utilização verificados em realidades onde existe uma boa situação de saúde. A razão de recursos/população se aplica às projeções demográficas, como em todos os métodos antes descritos.

O método de razão recursos/população é escolhido quando se estima a demanda de ações a serem incorporadas pela primeira vez à rede de serviços.

Baseado no quadro 37, pode-se definir que o ideal a alcançar pode corresponder a distintas alternativas:

- A razão mais alta observada em qualquer das ações, isto é, em consultas de urgência — 1,6 (Região A), em consultas pré-natal — 6,5 (Região C), em consultas infantis — 4,0 (Regiões A e B) e consultas atenção à mulher – 2,5 (Região C);
- A razão observada em um dos serviços de uma região, porque se avalia que o verificado corresponde somente à demanda da população de sua área de influência;
- A razão média da região, que corrigiria o efeito da atração que geram alguns estabelecimentos sobre a população, pelo qual esta seria uma estimativa mais realista da demanda.

Como os métodos baseados na utilização de serviços e na razão recursos/população não consideram a mudança dos fatores que afetam a demanda da população (sócio-econômicos, tecnológicos, biomédicos), esses são recomendados para as estimativas de curto e médio prazo.

7.2. SELEÇÃO DO MÉTODO

Qualquer que seja o método utilizado, deve guardar coerência com as características demográficas e perfil epidemiológico (Capítulo 2). A seleção do método depende do objetivo do estudo e de outras variáveis, tais como:

- os sistemas de informação existentes;
- a experiência do grupo de trabalho;
- a urgência de se obter os resultados.

Se o objetivo do estudo é aportar informações para uma reforma global da rede, deve-se utilizar métodos complexos e, provavelmente, a combinação de diferentes enfoques. No caso dos estudos de pré-investimentos, recomenda-se usar o método de padrões de atenção para as ações básicas de saúde e o método de utilização de serviços para as hospitalizações, que pode ser combinado com a razão recursos/população.

É importante assinalar que nenhum dos métodos considera a variável *acessibilidade*, que muitas vezes pode levar à instalação de infra-estruturas em locais onde somente a demanda não o justifica, por exemplo, em ilhas ou povoados distantes. Isto determina a necessidade de se realizar uma análise conjunta das características demográficas da população, seu dano à saúde, a descrição da rede de serviços e dos fatores mencionados no capítulo 5 (Avaliação da Rede).

7.3. APLICAÇÃO DO MÉTODO

Como já foi mencionado, qualquer que seja o método a ser utilizado levará à seleção de um coeficiente técnico de demanda, que será aplicado na projeção da população para o horizonte do estudo, desagregado por nível de atenção e por área de abrangência e influência. Este procedimento se desenvolve para as redes em seu conjunto e, posteriormente, para as unidades e serviços de saúde que a compõem, dependendo das alternativas de solução que se definam para as necessidades de atenção.

7.3.1. Seqüência de Aplicação

a) Determinação dos coeficientes técnicos com base em alguns dos métodos mencionados, desagregados por tipo de atenção final e segundo o nível.

TIPO DE COEFICIENTE A SER UTILIZADO

Atenção Ambulatorial
- Controles de saúde por habitante
- Consultas ambulatoriais de atenção básica, por habitante
- Consultas ambulatoriais especializadas por habitante

Atenção Hospitalar
- Internações hospitalares por habitante
- Intervenções cirúrgicas por habitante
- Atenção ao parto por mulheres em idade fértil

b) Aplicação dos coeficientes na população-objetivo projetada, a qual depende dos níveis de atenção da rede assistencial.

Atenção Ambulatorial Básica

Aplicam-se diretamente os coeficientes definidos para as ações de saúde (controles, consultas), desagregados por tipo de atenção, sobre a população-objetivo de cada um deles.

No Quadro 39, é apresentado o cálculo da demanda de consultas de pré-natal, utilizando-se coeficientes de demanda diferenciados, em função das características demográficas e epidemiológicas de cada região e aplicando-os sobre a população-objetivo (população da área de influência) definida para o ano do estudo (ano 0).

Quadro 39
Cálculo da demanda de consultas de Pré-Natal por Região de Saúde

Região de Saúde	Coeficiente de Demanda	População-objetivo	Demanda Anual
Região A	6,0	5.000	30.000
Região B	6,0	4.500	27.000
Região C	6,0	2.500	15.000
Região D	7,0	6.000	42.000
Total	6,3	18.000	114.000

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – Opas/OMS, Março 1998.

Atenção Ambulatorial Especializada

Normalmente estas unidades de saúde recebem pacientes referenciados de outras unidades. Caso atenda somente à população referenciada, utilizar-se-á, como coeficiente, uma proporção da demanda de ações dos serviços que encaminham os pacientes. Esta proporção pode ser determinada com base no verificado (estudo de capacidade resolutiva), ou por recomendação técnica (de avaliação de especialistas).

Exemplo: se a demanda calculada dos serviços de origem das referências é de 400.000 consultas, e destas 15% serão referenciados, a demanda para as especialidades será de 60.000 consultas. A proporção de ações referenciadas a especialistas habitualmente varia, dependendo da atenção ser de criança, de adulto ou materna e da especialidade em questão.

No caso de o serviço atender a demanda direta e referenciada, ambos os métodos devem combinar-se.

Atenção Hospitalar

Se os hospitais não recebem referências, aplicam-se os coeficientes de utilização de serviços verificados na população do ano do estudo (ano 0) e na projetada. Caso os hospitais sejam centros de referência para outros serviços, deve-se agregar a proporção esperada de referências ao cálculo da demanda.

c) O método finaliza com a elaboração de quadros-resumo de demanda de ações por nível de atenção, informação que será utilizada para a determinação da necessidade de ações ou serviços.

Nos Quadros 40 e 41, são apresentados exemplos de quadros-resumo de demanda de ações ambulatoriais básicas de saúde e de internações hospitalares, por região de saúde.

Quadro 40
Resumo de demanda de ações básicas de saúde por Região de Saúde

Região de Saúde	Ações de AVEIANM	Consultas Pré-Natal	Consultas Urgência	Consultas de Atenção à Criança	Consultas de Atenção à Mulher
Região A	1.950.000	30.000	480.000	200.000	120.000
Região B	1.950.000	27.000	480.000	160.000	120.000
Região C	1.625.000	15.000	400.000	64.000	100.000
Região D	1.625.000	42.000	400.000	180.000	75.000
Total	7.150.000	114.000	1.760.000	604.000	415.000

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1998.

Quadro 41
Resumo de demanda de internações hospitalares por especialidade e Região de Saúde

Região	Clínica Médica*	Clínica Cirúrgica	Clínica Obstétrica
Região A	15.000	6.000	9.000
Região B	15.000	6.000	9.000
Região C	12.500	5.000	7.500
Região D	12.500	5.000	7.500
Total	55.000	22.000	33.000

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1998.

8. NECESSIDADE DE AÇÕES

Nesta etapa, mede-se a necessidade de ações de saúde, na rede de serviços e por nível de atenção. A relação oferta *X* demanda estabelece-se para o ano do estudo (momento 0) e para os anos utilizados para a projeção da demanda (horizonte do estudo).

A necessidade de ações de saúde corresponde à diferença entre a **oferta** (capítulo 6) e a **demanda** (capítulo 7) de ações finais e intermediárias.

8.1. NECESSIDADE DE AÇÕES FINAIS

Para o cálculo da necessidade, elabora-se uma planilha-resumo por área de influência e em nível do conjunto da rede, na qual conste a oferta real (produção anual), a oferta otimizada, a demanda projetada e a necessidade de ações para cada uma das ações finais.

Exemplo de necessidade de algumas ações de saúde ambulatoriais no nível básico de atenção é mostrado no Quadro 42.

Quadro 42
Relação oferta X demanda de consultas ambulatoriais de ações básicas de saúde, por Região de Saúde

Região	Oferta de Consultas	Taxa de Consulta/hab.	Demanda de Consultas	Necessidade de Consultas
Região A	678.000	2,26	789.000	111.000
Região B	789.000	2,63	789.000	-
Região C	340.000	1,36	657.500	317.500
Região D	332.500	1,33	657.500	324.500
Total	2.139.500	1,95	2.893.000	753.500

Neste exemplo, a demanda foi estimada para o ano do estudo da seguinte forma:

a) Análise das taxas de consultas por habitante para cada uma das regiões que compõem o sistema de saúde em estudo.

b) Seleção do coeficiente a ser utilizado para o cálculo da demanda. Neste caso, aplicou-se o método razão recursos/população, definindo-se como ideal a alcançar a maior taxa de utilização verificada, que corresponde à Região B (2,63 consultas por habitante ao ano). Esta seleção tenta estabelecer uma meta de eqüidade na prestação de serviços de saúde no sistema em estudo, no momento zero.

c) Cálculo da demanda de ações de saúde, através da aplicação do coeficiente selecionado sobre o total da população da área de influência de cada região.

Como se observa no exemplo, a utilização da taxa de atenção da Região B como referencial, determina que, para satisfazer a demanda projetada, deve-se incrementar em 35% a oferta de consultas básicas no referido sistema.

Neste mesmo estudo, determinou-se que a necessidade poderia ser coberta com um aumento da produção das unidades de saúde existentes, isto é, que a otimização da oferta é suficiente para atender à demanda, não sendo necessária a instalação de novas unidades de saúde, conforme demonstrado no Quadro 43.

Quadro 43
Otimização da oferta na atenção ambulatorial básica.

Região	Oferta de Consultas	Nº de Consultórios	Rendimento Consultório/Hora	Rendimento Otimizado	Oferta Otimizado	Demanda Anual
Região A	678.000	92	3,8	4,6	819.315	789.000
Região B	789.000	88	4,6	4,6	789.000	789.000
Região C	340.000	75	2,8	4,6	667.920	657.500
Região D	332.500	74	4,0	4,6	659.014	657.500
Total	2.139.500	329	3,3	4,6	2.935.249	2.893.000

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1998.

Para otimizar a oferta, foi corrigido o rendimento verificado, calculando-se a oferta potencial de atenção básica. A oferta potencial mostra que a demanda de 2.893.000 atendimentos pode ser atendida com os recursos disponíveis, incluindo-se a capacidade instalada ociosa neste nível, porque a oferta otimizada é de 2.935.249 consultas.

No Quadro 44, é apresentado um exemplo de cálculo da necessidade de internações de clínica médica, por região de saúde. A demanda foi estabelecida com base numa taxa de egressos (internações) verificada em outras regiões, que é de 50 egressos por 1.000 habi-

tantes, isto é, corresponde a um parâmetro definido no sistema de saúde em estudo de acordo com uma razão recursos/população, que seria um ideal passível de ser alcançado.

Quadro 44
Exemplo de balanço oferta X demanda hospitalização clínica médica por Região de Saúde

Região de Saúde	População Área de Influência	Oferta de Internações	Taxa Internações/ 1000/hab	Demanda	Necessidade de Internações
Região A	300.000	13.000	43,3	15.000	2.000
Região B	300.000	16.000	53,3	15.000	- 1000
Região C	250.000	10.000	40,0	12.500	2.500
Região D	250.000	12.000	48,8	12.500	500
Total	1.100.000	51.000	46,3	55.000	4.000

A necessidade total de internações em clínicas de adultos e crianças no sistema de saúde em estudo é de 4.000, que no quadro aparece distribuída entre as diferentes regiões de saúde, sendo que a maior necessidade corresponde à Região C.

A partir da definição da necessidade, pode-se calcular o número de leitos necessários, para o qual utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{Nº de leitos} = \frac{\text{Total de egressos (internações) X Média Permanência}}{\text{365 X Taxa Ocupação Hospitalar}}$$

Para atender à necessidade total de egressos — internações hospitalares (4.000) — são necessários 42 leitos adicionais[24] àqueles atualmente disponíveis no sistema em estudo.

8.2. NECESSIDADE DE AÇÕES INTERMEDIÁRIAS

O mecanismo do cálculo da necessidade de ações intermediárias é semelhante àquele utilizado para as ações finais. Os coeficientes para determinar a demanda usualmente baseiam-se em percentuais de ações finais, que foram elaborados na seção de elaboração de coeficientes técnicos do capítulo 4 (Descrição da Rede de Serviços). As razões de ações intermediárias *X* finais verificadas podem ser corrigidas quando se considerar que são tecnicamente inadequadas ou que, em comparação entre diferentes unidades e serviços de saúde ou regiões, fogem dos valores habituais, sem que haja justificativa.

24 Cálculo para a estimativa: 365 dias de funcionamento; taxa de ocupação hospitalar de 85% e média de permanência de 4,5 dias (o observado).

Nos quadros seguintes, apresentam-se resumos de cálculo das necessidades para ações intermediárias de patologia clínica e exames de radiologia, projetadas para o ano zero. Para o cálculo da demanda de exames de patologia clínica, utilizou-se o coeficiente de 40% das consultas médicas e para exames radiológicos 8%.

Quadro 45
Demanda de exames de patologia clínica e exames radiológicos por Região de Saúde

Região de Saúde	Demanda de Consultas	Demanda de Patologia Clínica	Demanda de Radiologia
Região A	789.000	315.600	63.120
Região B	789.000	315.000	63.120
Região C	657.500	263.000	52.600
Região D	657.500	263.000	52.600
Total	2.893.000	1.156.600	231.440

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1998.

Quadro 46
Relação oferta X demanda de exames de patologia clínica por Região de Saúde

Região de Saúde	Oferta	Demanda	Necessidade
Região A	450.000	315.600	134.400
Região B	300.000	315.000	(15.000)
Região C	200.000	263.000	(63.000)
Região D	150.000	263.000	113.000
Total	1.100.000	1.156.600	169.400

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde, MS/Opas/OMS, Março 1998.

Quadro 47
Relação oferta X demanda de exames radiológicos por Região de Saúde

Região de Saúde	Oferta	Demanda	Necessidade
Região A	60.000	63.120	3.120
Região B	70.000	63.120	6.880
Região C	60.000	52.600	(7.400)
Região D	45.000	52.600	7.600
Total	235.000	231.440	10.200

Fonte: Adaptado de Delineamentos Metodológicos para a Realização de Análises Funcionais das Redes de Serviços de Saúde – MS/Opas/OMS, Março 1998.

9. IDENTIFICAÇÃO DE ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

O objetivo desta etapa é identificar as possíveis soluções para os problemas localizados na gestão do sistema de saúde e na oferta de ações e serviços, que se refletem nas necessidades de ações calculadas na etapa anterior.

Para cada uma das soluções propostas, devem ser estimados os custos de investimentos e as operações para avaliar as suas possibilidades. A estimativa de custos representa a conversão da *necessidade de ações em necessidades de recursos físicos, materiais e humanos*, cuja última expressão corresponde ao montante de recursos financeiros necessários, que devem ser negociados com o respectivo governo e previstos no plano plurianual, na lei de diretrizes orçamentárias e no respectivo orçamento.

O resultado esperado é a definição das melhores alternativas para a solução dos problemas existentes, o que implica decidir sobre o nível de atenção que será potencializado, a modalidade de oferta de ações, o desenvolvimento dos sistemas municipais e de pólos de atenção de acordo com a distribuição da população na área de abrangência do sistema de saúde, interesses estratégicos ou outros.

Normalmente, existirá mais de uma opção de solução para as necessidades detectadas, e a seleção da alternativa mais adequada e de acordo com o marco das políticas de saúde dependerá dos custos de investimentos e custeio, comparados com os benefícios potenciais que seriam gerados por cada solução. Esta etapa termina com uma relação de projetos que comporão o respectivo Plano de Saúde e, normalmente, combina distintos tipos de intervenções, operações e ações, com seus respectivos custos de investimentos que devem ter previsão orçamentária e financeira conforme a legislação.

9.1. PROPOSTAS DE SOLUÇÕES

Durante o desenvolvimento da *análise funcional* da gestão e da rede de serviços de saúde, devem ser identificados, por tipo de estudo, os problemas específicos para os quais devem-se apresentar linhas estratégicas e alternativas de solução para alcançar uma maior funcionalidade do sistema e da rede de serviços de saúde.

Os problemas derivam de cada um dos conteúdos incluídos na análise:

a) *Estudo Demográfico*: problemas detectados em relação à população da área de abrangência e das áreas de influência do sistema ou serviço de saúde: composição, distribuição espacial, acesso a serviços de infra-estrutura, características sócio-econômicas, étnicas, acesso à educação, costumes, entre outros.

b) *Estudo Epidemiológico*: problemas de saúde emergentes e problemas de saúde prevalentes; riscos e agravos diversos, especificando-se os que não têsm resposta adequada da rede de serviços; causas de morbidade e mortalidade; grupos populacionais prioritários (povos indígenas, crianças, mulheres, negros); entre outros.

c) *Estudo da Gestão do Sistema de Saúde*: problemas relacionados à falta de compreensão e definição das atribuições do gestor na respectiva esfera de governo; prioridades do governo no setor; problemas na relação com setor privado, prestador de serviços ao SUS ou suplementar; problemas na organização, adequação e funcionalidade dos instrumentos de gestão; política de investimentos; compromissos de governo (acordos intergestores e outros); problemas nos processos de negociação intergovernamental (sustentabilidade financeira, que corresponde à capacidade do setor para investir em projetos e manter o seu funcionamento) e as dificuldades de negociações com os trabalhadores, os usuários, o poder legislativo, o poder judiciário e o Ministério Público.

d) *Estudo da Gestão do Modelo Assistencial*: problemas em relação à gestão do modelo assistencial adotado: princípios e diretrizes das políticas (universalidade, integralidade, igualdade, participação, qualidade, etc.); estrutura organizacional, organização e composição da rede de serviços (ações básicas, especializadas, média e alta complexidades, assistência hospitalar, ações intermediárias, assistência farmacêutica, política de sangue e hemoderivados, vigilância epidemiológica e sanitária); problemas na localização (distribuição) dos serviços em relação à população, no sistema de informação, na composição dos recursos humanos, problemas em relação à pactuação intergestores.

e) *Descrição da Rede de Serviços de Saúde*: inadequação do modelo de atenção; problemas de infra-estrutura; problemas de equipamentos, composição dos recursos humanos em relação à necessidade identificada da rede; da produção dos recursos; insuficiência dos sistemas de referência.

f) *Avaliação da Rede de Serviços de Saúde*: vazios de cobertura, condições de acesso, acolhimento aos usuários, qualidade e custos.

g) *Oferta, Demanda e Necessidade de Ações e Serviços de Saúde*: ações de promoção da saúde; ações básicas de saúde; consultas de urgência; consultas de especialidades; internações hospitalares; intervenções cirúrgicas; atenção ao parto; ações odontológicas; ações intermediárias; problemas com as preferências sociais da população em matéria de saúde.

9.2. TIPOS DE ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO

As soluções podem ser de diferentes tipos e, em sua maioria, demandarão algum

volume de recursos financeiros. Estas alternativas podem ser sistematizadas, especialmente, em dois grandes grupos, mas implementadas simultaneamente:

a) Intervenções destinadas a melhorar a produção dos recursos físicos, humanos e tecnológicos existentes.

Estas derivam das situações nas quais a otimização da oferta pode cobrir parte da necessidade das ações projetadas, além de melhorar a qualidade das ações.

- Recursos humanos: capacitação, modificações na composição das equipes de trabalho, instituição de sistemas de controle, etc.
- Recursos físicos: criação de sistemas de manutenção de obras, priorizando as obras menores de recuperação de recintos no interior das unidades (reparação de tetos, habilitação de recintos, etc.), redefinição da missão institucional de uma ou várias unidades de saúde, conforme a análise realizada.
- Recursos tecnológicos: manutenção de equipamentos, aquisição de equipamentos de reposição, aquisição de insumos, compra de equipamentos e instrumental de baixo custo.
- Organização: melhoria da capacidade gerencial dos sistemas de informação, readequação do modelo de atenção, redefinição de sistemas de referência, delegação de funções, reorganização do processo de trabalho, etc.

b) Intervenções para aumentar a capacidade instalada da rede de serviços.

Estas implicam na criação, incorporação ou renovação dos recursos existentes, o que determina a expansão da oferta existente. O incremento permite atender à demanda projetada, quando esta excede a oferta otimizada.

- Recursos humanos: contratação de pessoal.
- Recursos físicos: ampliação de áreas físicas existentes, construção de novas unidades de saúde, reposição de uma unidade de saúde existente e normatização.[25]
- Recursos tecnológicos: renovação tecnológica.

25 Modificação de um estabelecimento com a finalidade de adequá-lo a uma norma.

9.3. SELEÇÃO DA MELHOR ALTERNATIVA

A prerrogativa de selecionar a melhor alternativa entre melhorar a produção dos recursos físicos, humanos e tecnológicos existentes e aumentar a capacidade instalada da rede de serviços, pertence às equipes das áreas de planejamento, organização da rede de atenção à saúde e de controle e avaliação das ações e serviços de saúde e dos projetos em execução no respectivo plano de saúde, de preferência, pela metodologia do planejamento estratégico. Estas alternativas não são antagônicas entre si, apenas devem ser identificadas e analisadas pelas equipes de trabalho destas áreas com o objetivo de se estabelecer prioridade de ação para a melhoraria do funcionamento do sistema de saúde. Nesta seção, serão mencionados apenas os aspectos mais relevantes deste tipo de avaliação, para ilustrar as ações que devem ser desenvolvidas.

A seleção entre as alternativas identificadas, pressupondo-se que todas terão iguais benefícios, pois irão cobrir uma mesma necessidade de ações, deve ser feita com o critério de custo por ação.

Para cada alternativa deve-se realizar a estimativa dos distintos tipos de custos que envolvem o projeto de investimento:

- Custos de investimento: são aqueles presentes desde o início da execução dos projetos, até deixá-los em condições de iniciar seu funcionamento. Compreendem os custos de terreno, de construção, de equipamentos e investimentos complementares, se forem procedentes.
- Custos de operação: referem-se àqueles gastos necessários para que o projeto funcione e preste serviços de forma adequada. Dentro destes custos se encontram as remunerações de pessoal, os medicamentos, os materiais e outros insumos, por exemplo, materiais de escritório e limpeza, assim como os gastos gerais.
- Custos de manutenção: são os gastos necessários para que o projeto mantenha o nível de operação para o qual foi definido. Correspondem ao gasto na manutenção dos equipamentos e da infra-estrutura.
- Para comparar os custos entre as distintas alternativas, pode-se calcular o custo equivalente por unidade de análise[26] , que corresponderia ao custo equivalente por ação final prestada (ações ambulatoriais e pessoas atendidas), isto é, custo por usuários, custo por ação de saúde, custo por intervenção cirúrgica, entre outros.

26 **Inversión Pública Eficiente**: Metodología de Preparación y Presentación de Proyetos en Salud. Chile: ODEPLAN, 1990.

Os custos de investimento se expressam em termos anuais. Os custos de operação e manutenção se expressam como uma média anual entre o ano 1 e o horizonte utilizado (ano de dimensionamento). Posteriormente, a soma dos três tipos de custos mencionados é dividida pela média de ações adicionais que se ofertaria entre o ano 1 e o ano da projeção utilizada. Por ações adicionais entendem-se aquelas que serão agregados quando o projeto entrar em operação.

Quadro 48
Exemplo de seleção de alternativas

Para solucionar a necessidade de internações hospitalares numa determinada região, podem existir duas alternativas:
1) Ampliação de um hospital existente ou redefinição do sistema de referência para realizar as ações e os serviços necessários à população da região;
2) Construção de um novo hospital.
A alternativa **dois** será possível, se no estudo de infra-estrutura for verificado que as condições do hospital permitem uma reforma e sua localização for funcional à área de influência. Sendo assim, a avaliação das alternativas consistiria na comparação dos custos de investimentos e operação das duas alternativas, escolhendo-se aquela de menor custo.

Para obter-se maior visibilidade para a análise, deverão ser definidas as linhas estratégicas de ação, consolidadas em quadro-resumo, baseadas nos principais problemas detectados e nas soluções propostas (após o estudo de alternativas), a partir do conteúdo de cada tipo de estudo, como no exemplo a seguir, da "análise funcional da gestão do sistema de saúde do estado de Goiás – Brasil"[27] e deverão servir de base para a priorização dos projetos, pela equipe de saúde, durante a elaboração do plano de saúde do respectivo do sistema, assim como para sua análise e aprovação final pelo respectivo conselho de saúde.

27 Fonte: Rezende, C. A. P. et al, **Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás**, OPAS, SES/GO, Ministério da Saúde, UFMG/NESCON, mar. 1999.

A. PROBLEMAS LOCALIZADOS E ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO, COM RELAÇÃO AO ESTUDO DEMOGRÁFICO

Linha estratégica: Realizar ação intersetorial do conjunto do Governo de Goiás, promovida pelo Gestor Estadual da Saúde visando a realização de investimentos para a melhoria da infra estrutura, da qualidade de vida, do nível educacional, nutricional e novos estilos de vida saudáveis.

ITENS DO ESTUDO DEMOGRÁFICO	PROBLEMAS DETECTADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO
1. Área de Influência do Sistema de Saúde de Goiás	1. Ausência de informações sobre a procedência da população, o que dificulta a elaboração do "Índice de dependência da População"	1. Organizar o Sistema de Informação para assegurar a produção de informações sobre a procedência dos pacientes nos âmbitos interestadual, interregional e intermunicipal.
2. Baixa densidade demográfica (13,90 hab/Km²)	2. Alto custo para investimentos de infra-estrutura de serviços geral e específicas	1. Articular políticas sociais setoriais com o objetivo de estabelecer critérios e prioridades de investimentos de infra-estrutura para melhor aproveitamento dos recursos disponíveis atendendo a um maior número de pessoas.
3. Distribuição espacial da população	3. Concentração de recursos em Goiânia e Anápolis, aumentando o espaço de deslocamento para acesso aos serviços de saúde das populações do interior	1. Coordenar o processo de redistribuição de serviços de saúde no Estado, estabelecendo critérios e definindo os tipos de unidades e equipamentos a serem descentralizados, sem o risco da sub-utlização regional.
4. Meio Ambiente	4.1 Baixa cobertura de fornecimento de água tratada (41,29%) na DRSs de Luziânia. 4.2 Baixa cobertura (33%) de esgotamento sanitário no Estado. 4.3 Restrita coleta de lixo com tecnologia aceitável nos municípios.	1. Propor projetos intersetoriais articulando ações do conjunto do governo, numa perspectiva da promoção da qualidade de vida e de município saudável.
5. Cultura e Etnia	5. Ausência de Projetos Especiais para as comunidades Calungas, de assentamento, de regiões de garimpo e da região do "entorno de Brasília"	1. Apoiar projetos municipais, mediante incentivos financeiros e suporte técnico. No caso do entorno de Brasília, deve haver uma pactuação entre os dois gestores estaduais.
6. Características Sócio-Econômicas	6.1. 24,85% da população tem renda inferior a ½ salário mínimo 6.2. Taxa de Desemprego (1996) de 7,54%	1. Articular uma ação de política macro-governamental que inclua todos os setores de governo para a proposição de projetos de geração de emprego e renda no Estado, numa perspectiva de saúde e desenvolvimento.
7. Educação	7.1 71,9% da população tem 7 anos e menos de estudo 7.2 A Taxa de Analfabetismo em menores de 15 anos é de 15,1%	1. Promover gestões junto ao sistema educacional do Estado, a busca de soluções alternativas para melhorar a cobertura dos níveis de ensino.
8. Condutas associadas à saúde	8.1. 15,6% de crianças com baixo peso 8.2 O consumo de álcool é uma das causas importantes de internações hospitalares no Estado (4.393)	1. Implantar com prioridade o SISVAN em todos os municípios, para alcançar informações fidedignas sobre a alimentação e nutrição no Estado. 2. Incentivar a implantação de ações comunitárias de auto-ajuda e desestímulo ao excessivo consumo de álcool.

B. PROBLEMAS LOCALIZADOS E ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO, COM RELAÇÃO AO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Linha estratégica: Promover um maior investimento na Atenção Básica de Saúde, priorizando a vigilância e intervenções nos fatores de risco, estabelecendo um novo processo de trabalho e a implementação de Sistema de Controle e Avaliação de serviços, para a alcançar a diminuição da mortalidade e da morbidade por causas evitáveis.

ITENS DO ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO	PROBLEMAS DETECTADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO
Agravos à Saúde 1. Taxas de Mortalidade	1.1 Mortalidade Geral: 4,72 óbitos por 1.000/hab, causas: - Doenças do Aparelho Circulatório: 25,45% dos casos - Causas Externas: 15,74% dos casos registrados - Causas Mal Definidas: 14,73% dos casos registrados 1.2. Principais faixas etárias dos óbitos: - Menores de 01 ano: 7,7% dos óbitos - De 20 a 29 anos: 6,5% dos óbitos - De 30 a 39 anos: 7,8% dos óbitos - De 40 a 49 anos: 9,3% dos óbitos - De 50 a 59 anos: 12,4% dos óbitos 1.3. Percentual por sexo: 59,76% dos óbitos, no sexo masculino 1.4. Mortalidade de 05 a 09 anos: 0,35/1000 hab, causas: - Causas Externas: 53,84% dos casos registrados - Neoplasias: 10,05% dos casos registrados - Doenças do Aparelho Respiratório: 7,69% dos casos 1.5. Mortalidade na Infância (1-4 anos): 3,31 óbitos/1000 nv: - Causas Externas: 28,82% dos casos registrados - Doenças Infecciosas e parasitárias: 16,81% dos casos - Doenças do Aparelho Respiratório: 15,31% dos casos 1.6. Mortalidade Infantil (Menores de 1 ano), causas: - Afecções Originadas no Período Perinatal: 53,50% - Anomalias Congênitas: 13,70% dos casos registrados - Doenças Infecciosas e Parasitárias: 10,85% dos casos 1.7. Período de Ocorrência: - Perinatal: 49,37% dos casos registrados - Neonatal: 12,84% dos casos registrados - Pós-Neonatal: 37,65% dos casos registrados 1.8. Mortalidade Materna: 63,23/100000 nascidos vivos - Causas: Eclampsia, Infecções e Hemorragias – 75% dos casos registrados	Para intervir em todas as formas de mortes e internações evitáveis, que ocorrem em Goiás: 1. Inverter as prioridades da aplicação dos recursos financeiros e na composição de recursos humanos na área da saúde no Estado. Esta inversão de prioridades deve considerar não só uma maior alocação de recursos na Atenção Básica de Saúde, como a priorização da atenção aos chamados grupos em situação de risco: gestantes, criança e adolescência, a atenção à mulher, entre outros. 2. Incluir, dentre as prioridades, a implementação de ações de vigilância epidemiológica não só de notificação, mas de vigilância dos fatores de risco e intervenções para a redução de mortalidade e morbidade hospitalar. Para isto é necessária a implantação e utilização do Sistema de Informação de Mortalidade — SIM —, do Sistema de Informação de Nascidos Vivos —SINASC — e do SISVAN, em todos os municípios do Estado. 3. Implementar um novo processo de trabalho no qual as equipes de trabalho estabeleçam relações qualitativas com a população, além da realização automática de procedimentos. 4. Implementar metodologia de acompanhamento do modelo assistencial pelo Serviço de Controle e Avaliação, juntamente com o Serviço de Vigilância Sanitária, que inclua a análise do perfil dos serviços, por tipo de unidade de saúde, por local e especialidade; central de leitos e autorização de internações; com atividades de supervisão e de auditoria integradas, publicizando os processos e resultados para as instâncias colegiadas e de controle social, objetivando a melhoria da qualidade dos serviços públicos e contratados. Isto poderá contribuir para esclarecer, também, as “causas mal definidas” e de “CID não preenchido” nos casos de internações hospitalares e atendimentos ambulatoriais.
2. Anos Potenciais de Vida Perdidos	2. Por causas: 2.1. Causas Externas: coeficiente de 26,4 do total de anos perdidos de vida/1000 habitantes de 01 a 70 anos	

	2.2. Afecções Mal Definidas: coeficiente de 10,0 do total de anos perdidos/1000 habitantes 2.3. Doenças do Aparelho Circulatório: com 9,5 do total de anos perdidos	
3. Indicadores de Morbidade	3.1. Morbidade Hospitalar Geral, causas: - Doenças do Aparelho Respiratório: 20,67% dos casos - Gravidez, Parto e Puerpério: 20,48% dos casos - Transtornos Mentais e Comportamentais: 10,46% dos casos registrados 3.2. Distribuição das internações por sexo: 38,75% (M) e 59,30% (F) 3.3. Principais Internações do Sexo Feminino: - Gravidez, Parto e Puerpério: 39,75% dos casos. - Doenças do Aparelho Respiratório: 12,98% dos casos. - Doenças do Aparelho Circulatório: 10,36% dos casos 3.4. Morbidade Hospitalar por Gravidez, Parto e Puerpério: - Partos: 51,80% das internações por esta causa - Outras Complicações da Gravidez e do Parto: 43,17% - Abortos: 5,02% das internações por esta causa. 3.5. Principais Internações do Sexo Masculino: - Doenças do Aparelho Respiratório: 20,61% dos casos - Transtornos Mentais e Comportamentais: 16,95% dos casos - Doenças do Aparelho Circulatório: 16,50% dos casos 3.6. Morbidade Hospitalar de 01 a 09 anos: - Doenças do Aparelho Respiratório: 47,58% dos casos. - Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias: 14,55% - Doenças do Aparelho Digestivo: 8,33% dos casos registrados. 3.7. Morbidade Hospitalar em Menores de 01 ano: - Doenças do Aparelho Respiratório: 42% dos casos registrados - Algumas Doenças Infecciosas e Parasitárias: 18,03% - Algumas Afecções Originadas no Período Perinatal: 12,10%	
4. Doenças Imunopreveníveis	4.1. Ocorrências de Tétano Neonatal e Obstétrico 4.2. Sarampo, Difteria e Coqueluche, são endêmicos no Estado	
5. Cobertura Vacinal	5.1. Anti-Pólio: 91,57% 5.2. Anti-Sarampo: 84,68% 5.3. DPT: 88,88% 5.4. BCG: 104,37%	
6. Ações Programáticas de Saúde	6.1 Hanseníase: 14,81 casos com registro ativo/10.000/hab (1997) 6.2 Tuberculose: Média de mais de 1000 registros de casos novos/ano	

	6.3 Ausência da implementação de várias ações programáticas de Saúde, em vários municípios do estado: Controle da Tuberculose, da Hanseníase, Saúde Mental, Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente, entre outros	
7.Problemas Percebidos pela População	7.1 Inexistência de pesquisa junto à população sobre o seu estado de saúde.	

C. PROBLEMAS LOCALIZADOS E ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO, RELACIONADOS COM A GESTÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE

Linha estratégica: Modernizar a SES, com a criação e a implementação de todos os instrumentos de gestão; efetivação do relacionamento do Gestor Estadual com as instâncias colegiadas; exercício da coordenação dos fluxos de informações e comunicações que dinamizem o funcionamento, a integração e articulação do Sistema Estadual de Saúde.

ITENS DA GESTÃO DO SISTEMA	PROBLEMAS DETECTADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO
1. Papel do Gestor Estadual	1.1. No estado de Goiás, o papel da SES ainda está resumido à prestação de ações e serviços próprios e aqueles que estão sob a sua responsabilidade operacional. No entanto, não assumiu a gestão dos serviços não básicos dos municípios cujos gestores tenham optado pela Gestão Plena da Atenção Básica Saúde 1.2. A SES/GO não tem promovido a **harmonização** e a **integração** do Sistema, bem como não **modernizou** a sua "máquina" de gestão. Portanto, não foi implantada a **Gestão do Sistema Estadual de Saúde**	1. Construir estratégias para assumir o papel de Gestor Estadual do Sistema de Saúde. Isto inclui que cada órgão que compõe a SES tenha um novo papel claro. A realização de Seminários, o Planejamento Integrado e Conferência de Saúde podem contribuir com este processo. 2. Discutir e pactuar estes novo papel com os órgãos colegiados do Sistema: CIB e CES.
2. Instrumentos de Gestão do Sistema 2.1. Estrutura Organizacional da SES/GO	2.1.1. Não atende os requisitos estabelecidos pela legislação, normas e regulamentos do SUS. Em sua estrutura apresenta: - excessiva quantidade de órgãos e dispersão de ações e responsabilidades com inadequada distribuição das atribuições dos mesmos; - duplicidade ou ausência de comando para algumas ações e atividades; e, - estrutura verticalizada 2.1.2. FUNSAÚDE: - Pode ter suas funções assemelhadas ao gestor ou transformar-se em mero prestador formal - Não harmoniza, ainda, a oferta de ações para o Sistema como um todo (funcionamento independente da SES e do Sistema de Saúde).	1. Elaborar a curto prazo um Projeto de Reestruturação Organizacional da SES, a ser encaminhado à Assembléia Legislativa para aprovação. A nova estrutura deve ser única e com capacidade necessária (tipos de órgãos) para exercer as atribuições deste nível de Gestão do SUS. 2. A nova estrutura deve ser a mais horizontalizada possível, funcional e flexível, para viabilizar o comando do Sistema no que se refere a agilidade do fluxo de informações e comunicação, a definição clara de responsabilidades pelas atribuições dos órgãos hierarquizados e para facilitar a gestão colegiada do Sistema.
2.2. Recursos Humanos	2.2.1. Insuficiência ou inexistência de pessoal no nível central da SES e nas DRSs para o efetivo exercício das funções e atividades de gestão próprias das atribuições da SES. 2.2.2. Grande número de contratos por cargos comissionados para o exercício de funções e atividades próprias de carreira 2.2.3. Inadequação do processo de trabalho na gestão do Sistema resultando no estrangulamento dos mecanismos de comunicação funcional entre os órgãos.	1. Utilizar os dados do SIG-RH para identificar no quadro de pessoal da SES, recursos humanos necessários ao desempenho das novas atribuições de gestão do Sistema de Saúde. 2. Contratar o pessoal necessário e inexistente no quadro da SES e realizar concurso público, para a estruturar as equipes de trabalho de caráter permanente. 3. Buscar e implementar metodologias de novos processos de trabalho, que favoreçam fluxos ágeis de comunicação para subsidiar a tomada de decisão.

		4. Implementar Projeto amplo de Formação e Capacitação de Recursos Humanos.
2.3. Plano Estadual de Saúde	2.3.1 Não existe Plano Estadual de Saúde e sim um Plano Diretor (anual) da Secretaria de Estado da Saúde. 2.3.2. As metas são exclusivamente físicas, por série histórica e orçamentária. Não foram consideradas informações demográficas, epidemiológicas e da organização da rede de serviços (oferta, demanda e necessidades, por área de abrangência e níveis de complexidade) para a elaboração da Programação de Ações e Serviços de Saúde do estado. 2.3.3. O Plano Diretor não contém a Programação Estadual das Ações e Serviços de Saúde e nem os acordos firmados na PPI. 2.3.4. O Plano Diretor não contém as propostas de Ações e Serviços que devem ser descentralizadas para as macrorregiões, DRSs ou consórcios.	1. Elaborar o Plano Estadual de Saúde para a Gestão 1999 a 2002, estabelecendo os objetivos e as metas físicas, orçamentárias, financeiras e da atenção à saúde, propriamente dita, a serem atingidos, considerando os indicadores epidemiológicos, a oferta, a demanda e as necessidades, por nível de complexidade, por DRSs e macrorregiões. 2. A PPI deve ser parte integrante do Plano Estadual de Saúde. 3. O Plano deve explicitar a proposta de descentralização, incluindo as ações ou serviços especializados a serem assumidos pelos municípios ou consórcios intermunicipais de saúde.
2.4. Fundo Estadual de Saúde	2.4.1. A SES/GO opera com dois sistemas financeiros: do Fundo e o da Secretaria. Portanto, não há um instrumento único da gestão dos recursos orçamentários, financeiros e contábeis do Sistema Estadual de Saúde. 2.4.2. Apresenta organização complexa, dificultando a obtenção de informações acerca do orçamento, da real execução orçamentária e principalmente, da realização financeira (receitas e despesas) do Fundo. 2.4.3. A forma de gestão dos convênios firmados entre a União e o Estado e deste com os municípios não estão explicitadas no orçamento, na execução financeira e na contabilidade. 2.4.4. Do Teto Financeiro Global do Estado repassado pela União, 22% são destinados às Ações Básicas de Saúde e 78% à Atenção Especializada e Internações Hospitalares, ou seja, a aplicação dos recursos no estado é inversamente proporcional aos níveis de resolubilidade do Sistema. 2.4.5. Ausência de registro de Autorização de Despesas e Prestação de Contas ao CES.	1. Tornar o Fundo Estadual de Saúde em instrumento único da gestão dos recursos para a saúde no Estado. 2. Submeter a proposta orçamentária e de execução financeira de gastos de custeio e investimentos à apreciação do Conselho Estadual de Saúde. 3. Submeter a prestação de contas, incluindo os convênios e o resultado dos investimentos, à avaliação do Conselho Estadual de Saúde, a cada três meses, conforme a Lei. 4. Redirecionar parte do montante de gastos com a Atenção Especializada e Hospitalar para a Atenção Básica de Saúde.
2.5. Sistema de Informação e Comunicação	2.5.1.Precariedade no processo de implantação dos Sistemas Informatizados do MS/DATASUS, especialmente o SIM, o SISVAN e o SINASC, em todo o estado.	1. Implementar imediatamente na SES, nas DRSs e nos municípios os Sistemas Básicos de Informações do Sistema Nacional de Saúde integrados, articulados com o órgão responsável pela Coordenação das Ações e Serviços de Saúde do Estado, incluindo as informações de morbidade.

	2.5.2. Insuficiência de mecanismos de comunicação das informações para o nível da gestão do sistema, para os níveis de coordenação, regionais, instâncias colegiadas e para a população 2.5.3. Falta de órgão ou equipe de Comunicação Social para a Saúde.	2 Incluir na estrutura organizacional da SES ações de Comunicação Social para a organização dos fluxos de informações e produção de material para a educação em saúde, entre outras.
2.6. Controle, Avaliação e Auditoria	2.6.1. O Controle da Oferta e Produção de Ações e Serviços próprios, dos municípios e dos prestadores é centralizado; não possui metodologias de avaliação de qualidade, principalmente ambulatoriais, está restrito ao controle do teto financeiro; as informações produzidas não são utilizadas para a gestão para do sistema de saúde e do modelo assistencial. 2.6.2. Os processos de trabalho são realizadas de forma isolada da coordenação das ações de saúde, da vigilância sanitária e epidemiológica .	1. Elaborar critérios, utilizar parâmetros, definir indicadores e criar instrumentos de avaliação e controle da oferta, distribuição e qualidade da atenção à saúde dos municípios do Estado e das atividades desenvolvidas pela SES por intermédio do serviço de Controle e Avaliação e pactuá-los na CIB, para execução desconcentrada e descentralizada, integrada com outras ações da SES. 2. Realizar a devida capacitação de recursos humanos no nível das DRSs e dos municípios.
2.7. Ciência e Tecnologia	2.7.1. Inexistência de órgão ou equipe responsável por estes aspectos no estado para a ordenação da aquisição de equipamentos, manutenção (incluindo área física e equipamentos) substituição e ainda, inexistência de estudos e critérios de incorporação de novas tecnologias (equipamentos e recursos cognitivos) bem como, a sua distribuição no Estado.	1. Estabelecer a Política Estadual de Ciência e Tecnologia em parceria com instituições afins.
2.8. Comissão Intergestores Bipartite – CIB	2.8.1. O funcionamento da CIB tem se caracterizado por reuniões com pautas elaboradas exclusivamente pela SES e comunicadas no dia da reunião. 2.8.2. Os critérios de distribuição dos recursos federais entre os municípios não foram pactuados. 2.8.3. Não existe representação das DRSs como membros efetivos da CIB. 2.8.4. As resoluções da CIB não são publicadas.	1. Efetivar a CIB como um espaço de negociação, resolução de conflitos e pactuação de acordos entre os gestores e procurar o cumprimento de suas resoluções, cabendo ao Gestor Estadual traçar estratégias em conjunto com o COSEMS/GO para cumprimento deste objetivo. 2. Promover o funcionamento da Secretaria Executiva da CIB com a participação de representantes do COSEMS, implementando medidas que objetivem: definição de cronograma de reuniões ordinárias, acordo prévio das pautas, efetivar a publicação das resoluções em órgão oficial, bem como divulgar as atas destas reuniões. 3. Submeter as resoluções da CIB ao Conselho Estadual de Saúde para deliberação.
2.9. Comissões Intergestores Bipartites Regionais – CIB/R	2.9.1. Em fase de implantação e ainda não estão definidos os critérios para a tomada de decisão. 2.9.2. Composta por membros das DRSs que não estão informados sobre as decisões do nível central e da CIB.	1. Efetivar a implementação das CIB Regionais para que se constituam como instâncias colegiadas atuantes, favorecendo os processos de decisão sobre problemas locais no nível macrorregional.

2.10. Relatório de Gestão	2.10. Não foi apresentado à equipe deste estudo.	1. Adotar a prática de elaborar relatórios anuais da Gestão Estadual do Sistema.
2.11. Conselho Estadual de Saúde	2.11. O funcionamento do CES tem se caracterizado por: - ter a pauta de reuniões definida pela SES sem a antecedência necessária. - deliberações não formalizadas ou divulgadas oficialmente. - falta de capacitação e assessoria independente aos Conselheiros. - os assuntos em geral são apresentados ao CES como "notícia" e não para discussão ou deliberações.	1.Apoiar a constituição do CES como órgão deliberativo das políticas de saúde do estado, inclusive em seus aspectos financeiros, sendo fundamental que o Gestor Estadual promova cursos de capacitação para os conselheiros. 2. Apoiar a definição pelo CES de assessoria aos conselheiros objetivando as condições efetivas de exercício do seu papel. 3. Envidar esforços para o pleno funcionamento da Mesa Diretora do Conselho Estadual de Saúde, que deve adotar a prática de reuniões freqüentes, buscando a definição democrática da pauta a ser tratada nas reuniões do CES, contemplando os interesses dos diferentes atores que o compõem. 4. Formalizar a convocação das reuniões, bem como, as deliberações do CES mediante a publicação em órgão oficial do estado.

C. PROBLEMAS LOCALIZADOS E ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO, RELACIONADOS COM A GESTÃO DO SISTEMA ESTADUAL DE SAÚDE

Linha estratégica: Modernizar a SES, com a criação e a implementação de todos os instrumentos de gestão; efetivação do relacionamento do Gestor Estadual com as instâncias colegiadas; exercício da coordenação dos fluxos de informações e comunicações que dinamizem o funcionamento, a integração e articulação do Sistema Estadual de Saúde.

ÍTENS DA GESTÃO DO MODELO ASSISTENCIAL	PROBLEMAS DETECTADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO
1. Gestão das Ações de Saúde 1.1. Ações Básicas de Saúde	1.1.1. Inexistência de um órgão na SES/GO, exclusivo para realizar a coordenação de todas as ações e serviços de assistência à saúde, composto por equipes de trabalho, conforme a necessidade: Ações Básicas, Média e Alta Complexidades, Ações Intermediárias, Programas Específicos, Projetos Especiais e Assistência Hospitalar. 1.1.2. Baixíssimo Registro de Mortalidade Infantil. 1.1.3. Alta Taxa de Mortalidade Materna e Alto índice de internação por Complicações da Gravidez do Parto e por Aborto (48,19%) em relação às internações por Parto (1998). 1.1.4. Falta de estudos de morbidade. 1.1.5. Inexistência de Controle e Avaliação da prestação de serviços de Ações Básicas do Sistema de Saúde.	1. Assegurar a organização dos serviços, o controle da oferta e a avaliação da qualidade das Ações Básicas de Saúde. 2. Implantar rapidamente o SIM e o SINASC em todos os municípios e definir os mecanismos e fluxos de informação de morbidade. 3. Constituir na SES um órgão capaz de gerir o Sistema de Atenção à Saúde, que defina o Modelo Assistencial a ser adotado pelo estado e que funcione integrado à Vigilância Epidemiológica, Sanitária e às ações de Controle e Avaliação do Sistema, ao qual a gestão de todos os níveis de atenção e de ações intermediárias, estejam submetidos.
1.2. FUNSAÚDE	1.2. A debilidade da SES nas funções de coordenação, definição de políticas e normas relacionadas ao modelo assistencial, propiciam que a FUNSAÚDE assuma este papel, distorcendo o relacionamento entre as estas duas instâncias administrativas.	4. Elaborar políticas e normas, coordenar e definir a "porta de entrada" do Sistema de Saúde e criar mecanismos, rotinas e fluxos de atendimentos, especialmente de referência e contra-referência dos pacientes.
1.3. Assistência de Média e Alta Complexidade	1.3.1. A característica dos serviços de saúde em Goiás é de concentração na Macrorregião Central; a maioria dos prestadores são de natureza jurídica privada; os recursos do TFD encontram-se todos alocados em Goiânia; há ausência de Sistema de Referência e Contra-Referência. 1.3.2. Incipiente instrumento de pactuação entre os gestores em relação aos recursos e atendimentos da referência de outros estados, entre as regiões e macrorregiões.	1. Estabelecer em conjunto com os gestores municipais uma estratégia para descentralizar a oferta das ações, priorizando as ações básicas e definindo pólos de atendimento de média e alta complexidade, mediante a implantação de serviços próprios municipais ou da contratação de serviços nos municípios de origem da demanda. 2. Instituir os critérios, mecanismos, rotinas e fluxos de referência e contra-referência para acesso a estes serviços, organizando a demanda expontânea. Devem ser asseguradas as condições de transporte, alimentação e hospedagem aos pacientes e acompanhantes,

		quando a referência estiver fora do município de origem, utilizando os recursos do TFD, distribuindo estes recursos de acordo com a necessidade dos municípios. 3. Pactuar com os municípios a responsabilidade pelos atendimentos dos pacientes referenciados dentro do Estado e negociar os recursos recebidos pela pactuação interestadual. 4.Estabelecer mecanismos de controle e avaliação dos serviços prestados por prestadores de natureza jurídica privada (controle público efetivo).
2. Gestão das Ações de Vigilância Epidemiológica	2.1. A Vigilância Epidemiológica no Organograma da SES apresenta diferentes concepções e modelo de organização o que dificulta uma ação integrada, o uso das informações e a comunicação de resultados para a gestão do sistema e DRSs com relação as enfermidades transmissíveis e não transmissíveis. 2.2. Faltam recursos humanos na SES, nas DRSs e nos municípios.	1.Reestruturar de modo geral a Vigilância Epidemiológica na SES: rever a sua localização no organograma; descentralizar as ações; redefinir as atribuições; definir a abrangência de ações; contratar recursos humanos, inclusive para as DRSs; informatizar, entre outros. 2.Atribuir à Vigilância Epidemiológica a responsabilidade de constituir-se como banco de informações da atenção à saúde no Estado sem prejuízo da produção das informações pelos serviços e setores de políticas específicas. 3.Subsidiar com informações demográficas e epidemiológicas a elaboração de projetos prioritários e do Plano Estadual de Saúde. 4.Utilizar o órgão de Comunicação Social para a Saúde como meio de divulgação de informações relevantes.
3. Gestão das Ações Intermediárias	3. Concentração na Macrorregião Central.	1. Descentralizar a oferta destas ações para outras Macrorregiões e DRSs (municípios), submetendo a sua utilização a mecanismos públicos de distribuição, de fluxos de referência e contra-referência, controle e avaliação da oferta e da qualidade. Devem ser asseguradas as condições de transporte, alimentação e hospedagem aos pacientes e acompanhantes, quando a referência estiver fora do município de origem, através de recursos do TFD.
4. Gestão das Ações de Vigilância Sanitária	4.1. Falta de estrutura e de recursos humanos no nível central e nas DRSs para funcionamento enquanto Sistema Estadual de Vigilância Sanitária e para cobrir as ações nos Municípios em Gestão Plena da Atenção Básica de Saúde. 4.2. Deficiência do Sistema de Informação e desconexão com a Vigilância Epidemiológicas sobre riscos à saúde e agravos causados pelo consumo de alimentos e medicamentos, do ambiente em geral, de espaços e ambientes de convivência pública, estabelecimentos de saúde e ambiente de trabalho.	1. Reestruturar de modo geral a Vigilância Sanitária na SES: rever a sua localização no organograma; descentralizar as ações; redefinir as atribuições; definir a abrangência de ações incluindo os municípios em Gestão Plena da Atenção Básica; contratar recursos humanos, inclusive para as DRSs; informatizar, entre outros. 2. Organizar o órgão de Vigilância Sanitária de modo que funcione de forma integrada com a Vigilância Epidemiológica, com o Sistema de Controle, Avaliação e Auditoria e com o órgão responsável pelas ações de atenção à saúde.

5. Gestão da Assistência Farmacêutica	5.1. Centralização da distribuição dos medicamentos de alto custo em Goiânia. 5.2. Falta de recursos humanos no nível central e nas DRSs para a coordenação da política estadual de medicamentos e orientação e distribuição para os municípios.	1. Descentralizar a distribuição dos medicamentos de Alto Custo, pelo menos para as DRSs e para os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde 2. Prover recursos humanos para a equipe de coordenação da política estadual de medicamentos e para as DRSs.
6. Gestão da Política de Sangue e Hemoderivados	6. Existência de poucos serviços públicos, considerando a distribuição geográfica da população no Estado.	1. Organizar com prioridade, a distribuição de sangue no Estado, com controle público de qualidade, de forma descentralizada.

E. PROBLEMAS LOCALIZADOS E ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO, RELACIONADOS COM A ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS

Linha estratégica: Fortalecer a capacidade dos gestores para regular os sistemas de contratação dos prestadores, implantando novas formas de controle, avaliação e auditoria para os serviços contratados e favorecer a adoção de um novo modelo de saúde pactuado entre gestores e discutido nos conselhos de saúde, e um novo processo de trabalho pactuado com os trabalhadores da saúde, orientado para as ações de vigilância e atenção básica e uso racional e otimizado da atenção especializada de média e alta complexidade.

ITENS DA ORGANIZAÇÃO DA REDE	PROBLEMAS DETECTADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO
1. Localização Geográfica dos Serviços	1.1. 60,9% dos serviços ambulatoriais estão localizados na Macrorregião Central. 1.2. Centralização das Ações e Serviços de Média e Alta Complexidades. Das 546 unidades ambulatoriais de Média e Alta Complexidades, 395 (72%) estão na Macrorregião Central. 1.3. 52% dos leitos hospitalares estão na mesma Macrorregião.	1. Estabelecer um novo processo de reorganização de serviços, pactuado entre os gestores, aprovado no CES, no qual sejam considerados critérios técnicos mediante estudo demográfico e epidemiológico; oferta, demanda e necessidade de ações e serviços para que se faça uma redistribuição dos mesmos de forma a atender a população.
2. Prestadores de Serviços e Natureza Jurídica	2.1. A característica dos serviços de saúde em Goiás é de forte presença de serviços cadastrados de natureza jurídica privada (77,5% das unidades ambulatoriais e 80% dos leitos hospitalares): das unidades ambulatoriais privadas, 42,87% são de consultórios médicos. 2.2. A organização do sistema com uma intensa presença do setor privado e uma, ainda, débil regulação de serviços por parte da SES, conflui para dificultar a organização e a gestão da rede de serviços. Esta complexidade dificulta a possibilidade de propor e manter em funcionamento os fluxos de informações (epidemiológicas e administrativas); de estabelecer sistemas formais de referência e contra-referência; o que pode criar possibilidades do uso dos recursos do SUS em benefício privado, pela ausência de mecanismos de controle e avaliação.	1. Implementar controle e a avaliação permanente do funcionamento da rede, com mecanismos de consultas e pesquisas junto aos usuários, incluindo questões que possibilitam a detecção dos problemas citados, além de um trabalho permanente de revisão e autorização para a realização dos procedimentos. 2. Tornar público de forma permanente (educação para a utilização adequada dos serviços) por meio de anúncios, cartilhas, seminários, conferências, entre outros, o que é direito do usuário em relação ao acesso às ações e serviços de saúde.
3. Complexidade da Rede de Serviços	3.1. 68% das unidades ambulatoriais são de nível 1 de complexidade. 3.2. Baixo número de serviços ambulatoriais e de leitos de pediatria (3.144 leitos) cadastrados no Sistema em relação à clínica cirúrgica (4.316). 3.3. As neoplasias são uma das principais causas de mortalidade e é baixíssima a oferta estadual de serviços de radioterapia.	1. Melhorar as condições dos serviços (otimizar) para garantir atendimento e condições de trabalho, considerando a densidade demográfica, a área de abrangência e de influência de cada unidade de saúde, de vez que o custo-benefício de um estabelecimento de nível 1 é semelhante ao de outros mais complexos. Esta otimização deve ser anterior ao planejamento da construção ou novos cadastramentos. 2. Implantar projeto integral de atendimento à criança no Estado assegurando a cobertura e a qualidade das ações. 3. implementar serviços para atendimento ambulatorial as neoplasias, estabelecendo uma rede de estabelecimentos integrados a rede básica e descentralizados por macrorregiões.

4. Recursos Humanos	4.1. Existe um total de 17.903 médicos cadastrados, com carga horária semanal total cadastrada de 187.203 horas, significando que cada médico tem em média 10,45 horas semanais de atividades ambulatoriais no SUS. Não foi possível obter esta informação por DRSs. 4.2. O número de profissionais não médicos, 3.846 para todo o Sistema, é insuficiente para realizar uma mudança do Modelo Assistencial que é, atualmente, centrado no médico, na média e alta complexidade e no hospital.	1. Reavaliar a composição do quadro de recursos humanos existente, tanto do ponto de vista da SES, quanto dos municípios. 2. Priorizar a discussão da composição de recursos humanos próprios e dos municípios, com vistas de modelo de assistência.
5. Produção da Rede de Serviços	4.1. 45% dos atendimentos ambulatoriais de 1998 foram realizados na Macrorregião Central. 4.2. No Estado houve, em geral, maior oferta de serviços ambulatoriais em 1998, exceto na Macrorregião do Mato Grosso Goiano. As consultas médicas tiveram um incremento no Estado de 26%, com relação a 1997. 4.3. 58,8% das internações hospitalares foram realizadas na Macrorregião Central em 1998.	1. Ampliar/otimizar a oferta de ações de saúde ambulatoriais e hospitalares, promovendo a organização das redes de serviços, com vistas ao atendimento dos agrupamentos populacionais de forma descentralizada.
6. Produção da Rede de Serviços por Natureza Jurídica do Prestador	6.1. A produção ambulatorial dos Serviços Contratados de Natureza Jurídica Privada foi de 24,5% do total da produção de 1998, considerando o número de serviços contratados, consumindo 55,5% do total dos recursos gastos. 6.2. A produção de ações da assistência hospitalar dos serviços de Natureza Jurídica Privada em 1998 foi de 77%, correspondendo a 78% do total gasto com esta assistência.	1. Redefinir no estado de Goiás a composição de serviços públicos e privados, com a finalidade de propiciar um acesso mais eqüitativo à população em geral e aos problemas prioritários identificados neste estudo.
7. Coeficientes Técnicos de Produção dos Recursos Físicos e Humanos	7.1. O baixíssimo coeficiente de atendimentos médicos por hora de trabalho. Ver quadro deste item (Coeficientes de produção de atendimentos médicos/98 por especialidade). Ver quadro deste item (Coeficiente de utilização global dos consultórios cadastrados). 7.2. O número de leitos cadastrados no estado é duas vezes superior aos parâmetros preconizados (2,4/1.000 hab X 4,9/1000/habitantes) e tem uma distribuição irregular entre macrorregiões em relação à população. 7.3. A Taxa de Ocupação dos leitos por Usuários do SUS está muito abaixo dos parâmetros preconizados e utilizados, podendo caracterizar uma oferta formal de leitos públicos à população e limitação de acesso real aos serviços:	1. Estudar e implementar novos mecanismos de contratação do setor privado, conforme a legislação vigente, que contemplem critérios de acesso eqüitativo, igualdade de oportunidade e qualidade do atendimento. Assim como melhorar os mecanismos de controle, avaliação e auditoria da oferta de ações e serviços, fluxos e qualidade. 2. Ampliar a área física nas macrorregiões com déficit de serviços (pólos de atendimentos) para comportar o atendimento necessário à população. 3. Realizar um estudo aprofundado no estado, por macrorregiões e DRSs, para cadastramento e contração de prestadores privados, com base na necessidade da população.

	- Clínica Médica: 28,0%. - Clínica Cirúrgica: 18,7%. - Clínica Pediátrica: 12,6%. - Clínica Obstétrica: 11,4%. - Clínica Psiquiátrica: 140,0% dos leitos.	
8. Indicadores que relacionam Ações Ambulatoriais Intermediárias e Finais	8.1. As Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Ações Não Médicas, estão abaixo dos parâmetros em todo o Estado. 8.2. Os Procedimentos Dialíticos apresentam taxas acima do parâmetro nas Macrorregiões Central, Estrada de Ferro e Sudoeste. Está abaixo na Macrorregião Sul e não existem nas outras. A taxa global do Estado está abaixo do preconizado. 8.3. A Radioterapia existe somente na Macrorregião Central. 8.4. A Quimioterapia existente na Macrorregião Central apresenta taxas superiores às preconizadas. Na Macrorregião da Estrada de Ferro tem taxas abaixo do preconizado. 8.5. As ações de reabilitação e recuperação são deficitárias em todo o Estado. Se resumem às ações de fisioterapia, que apresentam taxas abaixo do preconizado em todas as Macrorregiões onde existem os serviços. É inexistente na Sudoeste e Mato Grosso Goiano. Não existem ações universalizadas para toda a população que necessita de equipamentos de órtese e prótese ou de outras ações reabilitadoras. 8.6. Os recursos intermediários de Radiodiagnósticos estão concentrados nas Macrorregiões Central e Sudoeste. A Macrorregião Nordeste apresenta taxas de 1,45% de exames das consultas médicas para um parâmetro de 8%. 8.7. A ultra-sonografia, "outros exames de imagenologia" e exames Hemodinâmicos apresentam taxas abaixo dos parâmetros em todo o Estado. 8.8. A Patologia Clínica apresenta taxas muito superiores aos parâmetros preconizados no estado como um todo (59,91 X 40% das consultas médicas). 8.9. Os "outros exames especializados" apresentam taxas superiores aos parâmetros na Macrorregião Central e muito abaixo nas outras.	1. Priorizar as ações básicas no Sistema Estadual de Saúde, estabelecer programas para detecção e tratamento precoce de enfermidades crônicas (tumores e neoplasias). 2. Redefinir os critérios de solicitação de ações intermediárias; estabelecer rotinas e fluxos pactuados entre os serviços de controle e avaliação dos municípios e do Estado, com os gestores dos respectivos sistemas de saúde e com os profissionais médicos das diferentes especialidades, que atuam na rede, para reordenar e controlar o uso e a distribuição destas ações; possivelmente, contratar pessoal ao nível de coordenação estadual e nas DRSs, para a gestão destes processos.
9. Indicadores de Produção de Serviços e Cobertura por População	9.1. O número de Ações de Vigilância Epidemiológica e Imunização e Ações Não Médicas – AVEIANM, está abaixo do parâmetro proposto de 5,5 atendimentos por habitante/ano exceto na	1.Apresentar projetos específicos de atenção integral, especialmente à criança, ao adolescente, à gestante, à mulher, ao grupo populacional em situação de risco, definindo objetivos, metas, estratégias, custos, prazos e responsáveis para que, de fato para

	Macrorregião Norte. O estado realiza uma taxa de 3,56 atendimentos por habitante/ano. As macrorregiões apresentam as seguintes taxas: 2,65 na Central; 3,8 na Nordeste; 5,6 na Norte; 4,7 na Sul; 3,4 na Estrada de Ferro; 3,6 na Sudoeste e 4,3 na Mato Grosso Goiano. 9.2. O número de consultas médicas no estado está abaixo dos parâmetros preconizados, com 1,8 consultas/habitante/ano 9.3. Os maiores problemas estão nas Macrorregiões Nordeste (1,2), Sudoeste (1,3), Mato Grosso Goiano e Central (1,8). 9.4. O número de consultas médicas realizadas para a população feminina é deficiente em todo o estado (0,5 consulta mulher/ano), em todas as Macrorregiões e em todas as DRSs. 9.5. Situações graves de número de consultas por mulher/ano: DRSs de Formosa (0,04), Campos Belos (0,06), Posse (0), Pontalina (0,02), Catalão (0,06) e São Luiz de Montes Belos (0,03). 9.6. Números muito abaixo do parâmetro para consultas de pré-natal (no mínimo 6 consultas/gestantes). O estado como um todo realiza 1,6 consultas por gestante. 9.7. A Macrorregião Central (1,4 consultas/gestante), a Nordeste (1,3), a Norte (1,7), a Estrada de Ferro (1,4), a Sul (2,6), a Sudoeste (2,6) e a do Mato Grosso Goiano (1,2). 9.8. As DRSs abaixo de uma consulta por gestantes são: Luziânia (0,9); Posse (0,7); Porangatu (0,3); Pontalina (0,3); Catalão (0,5) e Goiás (0,9). 9.9. O índice de consultas de Pediatria realizadas é extremamente inferior ao parâmetro (2,5 consultas criança de 0 a 14 anos/ano), sendo que até 01 ano de idade deve ser, pelo menos, 04 consultas por criança no ano. O estado como um todo realiza, no geral 0,6 consultas/criança de 0 a 14 anos/ano. 9.10. Nas Macrorregiões o número de Consultas de Pediatria por criança/ano é de 0,7 na Central; 0,3 na Nordeste; 0,4 na Norte; 1 na Sul; 0,8 na Estrada de Ferro; 0,6 na Sudoeste e 0,4 no Mato Grosso Goiano. 9.11. As DRSs com taxas de atendimento inferiores a 1 consulta criança por ano são: Goiânia, Jataí e Rio Verde (0,6); Formosa e Posse (0,2); Campos Belos (0,1); Luziânia (0,4); Ceres, Uruaçu, Crixás, Goiás, Iporá e Anicuns (0,5); Porangatu (0,3); Catalão e Quirinópolis (0,7); Pires do Rio (0,9) e São Luiz de Montes Belos com (0).	modificar o gravíssimo quadro atual da atenção à saúde no estado. Esses poderiam reduzir a baixíssima oferta real de ações de saúde no Estado, apesar da grande “oferta” de serviços cadastrados no sistema. 2. Fortalecer as ações de vigilância dos fatores de risco de mortalidade e morbidade, bem assim os programas de assistência à comunidade (PSF e PACS). 3. Promover modificações na forma e perfil de contratação dos prestadores e, também, do financiamento de todas as ações. 4. Rever todas as rotinas de acesso em geral aos serviços de saúde, especialmente as formas mais comuns de marcação de consultas e encaminhamentos aos serviços de referência.

	9.12. As taxas de internações no Estado, pelo SUS, estão abaixo dos parâmetros em todas as especialidades, com exceção para a Clínica Psiquiátrica: - Clínica Médica (parâmetro = 50 internações por 1.000 habitantes/ano). O Estado realiza 38,94 internações por 1.000 habitantes/ano, pelo SUS. - Clínica Cirúrgica (parâmetro = 18 internações por 1.000 habitantes). O estado realiza 12,73 internações por 1.000 habitantes. - Clínica Obstétrica (parâmetro = 28 internações por 1.000 habitantes). O estado realiza 15,81 internações/1.000/habitantes. - Clínica Psiquiátrica (parâmetro = 04 internações por 1.000 habitantes. O estado realiza 5,9 internações por 1.000 habitantes. 9.13. Quando se observa por Macrorregiões, a situação é mais grave ainda, principalmente nas Clínicas Cirúrgica e Obstétrica, na Nordeste (1,37 e 11,38 respectivamente); na Norte (6,84 e 10,28); na do Mato Grosso Goiano (5,29 e 13,75) e na Sudoeste (8,03 e 16,84). A Clínica Psiquiátrica teve índices de internações por 1000 habitantes de 12.5 na Central; 0,79 na Sul e 3,74 na Sudoeste. 9.14. A distribuição das internações por DRSs é pior ainda, pela concentração da oferta de algumas clínicas em algumas macrorregiões. 9.15. Existe uma oferta mínima de “marcação” de consultas ou as consultas são marcadas com grande antecedência fazendo com que os usuários desistam do atendimento e busquem outras formas de resolução dos problemas.	

F. PROBLEMAS DETECTADOS E ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO, NA AVALIAÇÃO DA REDE DE SERVIÇOS

Linha estratégica: Reorganizar as Diretorias Regionais de Saúde e das Macrorregiões para garantir o acesso integral, eqüitativo, com qualidade aos serviços de saúde, estabelecendo o sistema de referência e de contra-referência.

ÍTENS DA AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS	PROBLEMAS DETECTADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO
1. Distribuição Geográfica dos Serviços	1.1. As DRSs não alcançaram seu propósito de favorecer a desconcentração administrativa da Secretaria de Estado. Suas estruturas e recursos humanos, para realizar ações específicas de estado e dar suporte operacional aos municípios, são insuficientes e não correspondem a lógica da organização das macrorregiões. 1.2. A lógica da oferta dos serviços parece contemplar a lógica da existência de prestadores de serviços em cada DRSs ou macrorregião e não a lógica das necessidades dos usuários. 1.3. A divisão administrativa geográfica de outros setores de governo é diferente da saúde.	1.Reordenar as DRSs quanto à estrutura, funções e âmbito regional para favorecer as ações de gestão dos serviços de saúde em Goiás. 2. Redefinir a distribuição e a organização dos serviços de acordo com a lógica da necessidade dos usuários. E construir mecanismos para assegurar a oferta de ações de saúde de qualidade aos usuários do Sistema Estadual de Saúde negociando e pactuando de forma permanente com os gestores municipais.
2. Hierarquização dos Serviços	2.1. Baixíssima resolubilidade da rede de Atenção Básica de Saúde. 2.2. Baixíssima resolubilidade e dificuldade de acesso à Atenção Ambulatorial de modo geral. 2.3. Muita dificuldade de acesso às ações de Média e Alta Complexidades. 2.4. Desorganização do Sistema de Referência e Contra-Referência.	1.Criar metodologias para melhorar o acesso, a resolubilidade e a qualidade da rede básica de atenção fazendo com que ela se transforme em "porta de entrada" para o Sistema de Saúde, organizando os sistemas de referência e contra-referência de forma hierarquizada e integral, para que o hospital deixe de ser o "único" símbolo de resolução de problemas para a população.
3. Universalidade e Integralidade 4. Equidade 5. Cobertura	3.1 Não estão assegurados o acesso universal e a integralidade das ações, desde as necessidades básicas de atenção até as necessidades de ações e serviços de maiores complexidades.	1. O novos projetos a serem elaborados deverão minimamente, obedecer a critérios técnicos de estudos demográficos, epidemiológicos, de avaliação da rede e da distribuição equânime de recursos, conforme a necessidade, por nível de complexidade e distribuição espacial da população, facilitando o acesso eqüitativo dos usuários às ações e serviços.
4. Equidade	4.1. A distribuição dos recursos para a saúde não é baseada em estudos demográficos e epidemiológicos, considerando as populações, grupos de populações e comunidades específicas identificados tecnicamente como mais necessitados. 4.2. A destinação dos recursos para a saúde é inversamente. proporcional aos níveis de resolubilidade do Sistema.	

5. Cobertura	5.1. A disponibilidade dos serviços no estado como um todo é insuficiente pela distribuição geográfica e sócio-organizacional dos mesmos. Não há comodidade de acesso aos usuários. 5.2. Os parâmetros de cobertura das ações e serviços de saúde estão longe de serem alcançados.	

G. PROBLEMAS DETECTADOS E ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO, NA OFERTA, DEMANDA E NECESSIDADE DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Linha estratégica: Modificar os sistemas de planejamento, programação e pactuação, considerando o cálculo de necessidades com base em parâmetros regionais e microrregionais e em indicadores epidemiológicos; no conhecimento da população que tem acesso à saúde suplementar; e estabelecendo uma estratégia progressiva para a descentralização dos serviços em pólos de atendimentos*.

ITENS DA OFERTA DE SERVIÇOS	PROBLEMAS DETECTADOS	ALTERNATIVAS DE SOLUÇÃO
1. Número de Atendimentos por Hora e por Consultório	Este problema foi abordado anteriormente, no Quadro E, item 9.	
2. Oferta, Demanda e Necessidades de Ações de Saúde: 2.1. Ações de Vigilância Epidemiológica, Imunizações e Ações Não Médicas – AVEIANM	2. O percentual de necessidade (déficit) em relação à demanda (calculado sobre os parâmetros da SES) é alto, variando nas Macrorregiões, de 14% na Sul a 51% na Central e nas DRSs, de 6% em Posse a 64% em Anápolis e Rio Verde. Somente Crixás e Anicuns ofertam estes atendimentos acima dos parâmetros propostos.	1. Implementar as condições de gestão destas ações no nível Central da SES e nas DRSs, estimular os municípios a fazê-las, além de implementar as equipes de Agentes Comunitários de Saúde — Pacs e do Programa de Saúde da Família — PSF. 2. Para o funcionamento adequado destes ações e Programas é fundamental a estruturação do Sistema de Referência e Contra-Referência.
2.2. Consultas Básicas e Especializadas	2.2. A necessidade destas ações em relação a oferta e o parâmetro da SES de 2,5 consultas por habitante/ano, varia entre 2% na DRS de Pontalina a 62% nas DRSs de Luziânia e Rio Verde.	1. Reformular os mecanismos de gestão do Sistema de Saúde, de articulação e pactuação entre os gestores e de investimentos na assistência ambulatorial básica. 2. Construir mecanismos de otimização da oferta de consultas médicas, considerando o número de profissionais existentes no Sistema e ampliar os consultórios de atendimentos. 3. Implantar o PSF de forma a contribuir para a diminuição do déficit existente, assegurando mecanismos de integralidade das ações (Referência e Contra-Referência).
	2.3. Nas DRSs de Goiânia, Morrinhos e Pires do Rio não há	1. Otimizar e reformular os ambulatórios existentes, para diminuir a necessidade de atenção à urgência. Uma alternativa emergencial pode ser a organização de unidades de pronto atendimento de referência em locais estratégicos.
2.3. Atendimentos de Urgência/ Ambulatorial	déficit destas ações de saúde. As necessidades apresentam coeficientes altíssimos nas outras DRSs, variando entre 0,7% na de Crixás a 97% na DRS de Posse. As necessidades destas consultas são calculadas em 15% das consultas básicas e especializadas.	
2.4. Atendimento ao Pré-Natal/Gestante	2.4. Para estas ações o parâmetro utilizado foi de 6 atendimentos por gestante. As DRSs com necessidade acima de 70% são: Catalão, Posse, Pontalina, Porangatu, Goiás, Campos Belos, Luziânia, Jatai, Anápolis, São Luiz de Montes Belos, Goiânia, Morrinhos e Iporá.	1. As alternativas propostas anteriormente resolvem os problemas dos itens 2.4, 2.5 e 2.6.
2.5. Atendimento à Criança (0-14 anos)	2.5. O coeficiente de necessidade para este grupo é muito elevado nas DRSs. Está acima de 70% em São Luis de Montes Belos, Formosa, Campos Belos, Posse, Porangatu, Luziânia, Iporá, Goiás, Ceres, Crixás, Rio Verde, Uruaçu, Anicuns, Catalão,	

	Goiânia, Morrinhos, Pires do Rio, Jataí e Quirinópolis. O menor coeficiente é de Pontalina, com 60%. O parâmetro utilizado foi de 4 consultas/ano na faixa etária de 0-1ano/ criança/ano e 2,5 consultas criança ano para o restante.	
2.6. Atendimento à Mulher	2.6. Para um parâmetro de 2,5 consultas mulher/ano, os coeficientes de necessidade estão acima de 70% nas seguintes DRSs: Formosa, Campos Belos, Posse, Luziânia, Porangatu, Pontalina, Catalão, Jatai, Rio Verde, Goiás, Iporá, São Luis de Montes Belos, Goiânia, Anápolis, Ceres, Uruaçu, Crixás, Morrinhos, Pires do Rio, Quirinópolis e Anicuns.	
2.7. Assistência Hospitalar	2.7. Com exceção da Macrorregião Nordeste, todas as outras apresentam suficiência de leitos cadastrados, em todas as Clínicas Básicas. Na prática a ocupação dos leitos é mínima, como já foi visto, em todas as Clínicas, exceto na Psiquiatria.	1. Alternativas apresentadas anteriormente.
2.8. Ações Intermediárias	2.8. Existe déficit para todos os itens no estado.	1. Suprir o déficit existente no bojo dos Projetos de Cobertura de Atendimentos em geral.

A organização regionalizada de atendimentos em saúde por serviços de maior complexidade, facilitando o acesso de forma integral e equânime às ações de saúde, com definição de responsabilidade sanitária por parte dos gestores, tem sido uma das grandes estratégias para a implementação do SUS.

Os instrumentos de gestão, previstos nas normas operacionais do SUS e mais utilizados na definição dos territórios e responsabilidades, são a Programação Pactuada Integrada (PPI), o Plano Diretor de Regionalização (PDR) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI), elaborados pelas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT, respectivamente) e pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Os mecanismos e critérios de definição destes espaços devem contemplar as responsabilidades das três esferas de governo e dos serviços de saúde de referência. O território (a região) não pode ser definido apenas como um lugar geográfico/administrativo, que dificulta o acesso aos serviços, mas como um espaço de referência, móvel, construído no cotidiano da gestão do sistema, com participação da comunidade, a partir da avaliação permanente da sua funcionalidade, considerando as características específicas de cada local: geográficas, viárias, demográficas, políticas, culturais e epidemiológicas, incluindo a capacidade de gestão do sistema (operação da rede de serviços existentes, qualidade, necessidade de investimentos e o nível de satisfação dos usuários).

9.4. CONSTRUÇÃO DE LISTA PRIORIZADA DE PROJETOS

O resultado final da análise da gestão do sistema e da rede de serviços de saúde é a elaboração de uma listagem hierarquizada de projetos, destinados a solucionar os problemas identificados no estudo.

A tarefa de elaborar os projetos não é necessariamente parte da análise funcional da gestão do sistema e da rede de serviços de saúde, podendo realizar-se em uma etapa posterior, pela equipe dirigente do respectivo sistema de saúde. No entanto, com a identificação dos principais problemas e das alternativas de solução, espera-se que o estudo da rede de serviços de saúde seja concluído com uma proposta mínima de projetos a serem elaborados e implementados.

Quadro 49
Ficha básica de um projeto

a) Nome do Projeto
b) Tipo do Projeto: Programas, Infra-estrutura, Desenvolvimento Institucional, Aquisições.
c) Objetivos
d) Benefícios esperados
e) Descrição (com planos, se for necessário)
f) Custos de investimento
g) Custos de recuperação ou de operação
h) Avaliação econômica e social (se for o caso)
i) Cronograma de execução
j) Métodos de acompanhamento e avaliação

Existem numerosos métodos de priorização, mas a maior parte considera os seguintes elementos no seu desenho:

a) metodologias de planejamento que identificam as áreas nas quais o investimento obterá melhor resultado;

b) o conceito de avaliação social;[28]

c) recursos humanos capacitados;

d) indicadores demográficos, sociais, econômicos e epidemiológicos;

e) informação estatística, que determina a qualidade do indicador utilizado.

A aplicabilidade prática dos métodos, assim como a implementação dos projetos, depende da sustentabilidade política e da viabilidade econômica.

No caso da "Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás – Brasil"[29], constatou-se a prevalência de alguns problemas críticos, há muito negligenciados e já "incorporados como características" do sistema, os quais o governo do estado priorizou enfrentar, fundamentando-se na avaliação do estudo[30]:

a) elevada morbi-mortalidade materna e infantil;

b) elevada morbi-mortalidade por causas externas;

c) a inexistência de serviços de reabilitação e readaptação;

28 A avaliação social é um tipo de avaliação econômica que tenta quantificar o benefício que resultará da execução de um determinado projeto para a totalidade da sociedade. Também pode ser entendida como a identificação dos projetos que mais contribuem para o desenvolvimento da sociedade.

29 REZENDE, C. A. P., PEIXOTO, M. P. B. **Análise Funcional da Gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás – Brasil**. Brasília, DF: Opas, mar. 1999. Mimeografado.

30 REZENDE, C. A. P. *et al*. **Perfil do Sistema de Saúde do Estado de Goiás - Brasil, 1998-2000**. Observatório da Reforma do Estado no Brasil, Opas/OMS, jan. de 2003.

d) o excesso de leitos hospitalares e a dificuldade de acesso aos mesmos em decorrência da inclusão de serviços no SUS de forma desordenada e sem planejamento, privilegiando a lógica da oferta e não a da necessidade real da população;

e) a hiperconcentração dos serviços de saúde na capital do estado;

f) a escassez e a desestruturação dos serviços de saúde na região do entorno de Brasília.

A resposta para o enfrentamento dos problemas identificados veio com o desenvolvimento dos seguintes projetos:

1. Pacto de 1.000 dias em favor da mulher e da criança:

Trata-se de projeto de implementação de unidades de referência secundária em 14 cidades do estado, estrategicamente localizadas, para possibilitar uma maior resolubilidade na atenção obstétrica e perinatal. O Projeto conta com dois componentes principais:

a) aquisição de equipamentos para melhorar a resolubilidade dos hospitais e maternidades de referência;

b) capacitação de servidores.

Foi formada uma "força-tarefa" constituída de obstetras, pediatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, que se desloca para cada uma das unidades de referência para realizar os treinamentos.

2. Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência (SIATE):

Projeto de intervenção da Secretaria de Estado da Saúde e do Corpo de Bombeiros do Estado, na atenção ao trauma e emergências. Foi utilizada a rede regionalizada do Corpo de Bombeiros, além da estrutura de Comunicação e Regulação da Corporação. Coube à Secretaria de Saúde a aquisição de equipamentos e a responsabilidade pelo treinamento do pessoal de saúde do Corpo de Bombeiros e da própria Secretaria.

3. Construção e implantação do Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER):

Baseado no modelo do Instituto de Reabilitação de Montreal, vem sendo implementado com a cooperação técnica de pessoal do Canadá.

4. Mudança no sistema de contratação de serviços de saúde:

Em fase de implementação, tem como foco principal a compra de serviços, sob a ótica das necessidades da população e da organização do sistema, por avaliação dos gestores

do SUS. É uma ação no sentido de inverter a antiga prática de contratar os serviços de saúde tendo em conta apenas a oferta dos mesmos.

5. Convênio com o Ministério de Saúde e Serviços Sociais do Québec — Canadá: Cooperação técnica na área de regionalização da assistência à saúde. Foram escolhidas quatro regiões do estado para funcionar como escolas para o processo de planejamento, orçamentação e organização de serviços, tendo em conta a experiência canadense e os preceitos da Norma Operacional de Assistência à saúde (NOAS).

6.Capacitação de servidores:

Dentro de uma política de recursos humanos qualificados para gerir o SUS, foram realizados convênios com algumas das melhores universidades do país para a operacionalização de projetos de formação e desenvolvimento. Assim, foram desenvolvidos os seguintes cursos:

a) Curso de Atualização em Gestão de Saúde para Secretários Municipais, em convênio com a Universidade de Brasília — UnB;

b) Curso de Especialização em Saúde Pública, em convênio com a Universidade de São Paulo — USP;

c) Cursos de Capacitação de Gestores Hospitalares;

d) Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde, em convênio com a Universidade Federal de Goiás - UFGO/SES;

e) Mestrado Profissionalizante, em convênio com a Universidade Federal da Bahia — UFBA.

7. Reestruturação administrativa da Secretaria Estadual de Saúde:

Em implantação.

Com esta "Metodologia para análises funcionais da gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil", os gestores do Sistema Único de Saúde têm um instrumento capaz de aumentar sua capacidade de tomar decisões com relação à gestão do sistema e à organização da rede de ações e serviços de saúde, fortalecendo o processo de descentralização, aprimorando suas conquistas e corrigindo distorções, e os outros atores do SUS têm um instrumento qualificado para a avaliação e controle do sistema.

REFERÊNCIAS

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarollo mundial 1993**. Washington, DC, 1994**.**

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 3, n. 3/4, p. 5-34**,** [s.d]**?**

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei Federal n. 8080**, de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. **Lei Federal n. 8142**, de 28 de dezembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Construindo um novo modelo: os municípios já têm história para contar. **Cadernos Saúde da Família**, Brasília, DF, 1996.

_____. **Guia de referências para o controle social**. Brasília, DF, 1994.

_____. **Incentivo à participação popular e controle social**. Brasília, DF, 1994.

_____. **Plano de Saúde e Relatório de Gestão**. Brasília, DF, 1997.

_____. **Relatórios da Conferência Nacional de Saúde, 8, Brasília. 1986.**

_____. **Relatórios da Conferência Nacional de Saúde, 9, Brasília. 1992.**

_____. **Relatórios da Conferência Nacional de Saúde, 10, Brasília. 1996.**

_____. Sistema Único de Saúde. **Norma Operacional Básica n. 01/1993**. Brasília, DF, 1993.

_____. Sistema Único de Saúde. **Norma Operacional Básica n. 01/1996**. Brasília, DF, 1996.

CAMPOS, F. E.; TONON, L. M.; JÚNIOR, M. O. (Org.). Planejamento e gestão em saúde. **Cadernos de Saúde**: legislação do SUS, Belo Horizonte, n. 1/3, 1988.

CONCHA, M.; AGUILERA, X. Delineamentos metodológicos para a realização de análises funcionais das redes de serviços de saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde. **Organização e gestão de sistemas de saúde**. Brasília, DF, 1999.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Pesquisa de opinião pública sobre a saúde**.Brasília, DF, 1988.

FEKETE, M. C. **Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde, em desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde.** Brasília, DF, 1997.

FERREIRA, S. M. G. **Sistema de informações em saúde, em cursos de aperfeiçoamento para dirigentes Municipais/Programa de Educação a Distância**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ; Brasília, DF: UnB, 1998.

GALLO, E.; MERHY, E. E.; GONÇALVES, R. B. Mendes. **Razão e planejamento**: reflexões sobre política, estratégia e liberdade. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

GOIÁS. Secretaria do Planejamento e Desenvolvimento Regional. Núcleo de Estudos Populacionais. Projeção da população de Goiás: 1997–2020. **Cadernos de Demografia,** Goiânia, n. 5, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Departamento de Geografia. **Brasil**: uma visão geográfica nos anos 80. Rio de Janeiro, 1988.

MENDES, E. V. Território: conceito chave do distrito sanitário. In: **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MOURA, R.; MAGALHÃES, M. V. Leitura do padrão de urbanização do Paraná nas últimas duas décadas. In: **ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS**, 10, Belo Horizonte. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 1996.

REICHENHEIM, M. E.; WERNECK, G. L. Adoecer e morrer no Brasil dos anos 80: perspectivas de novas abordagens. In: GUIMARÃES, R.; TAVARES, A. W. **Saúde e sociedade no Brasil**: anos 80. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

REZENDE, C. A. P.; PEIXOTO, M. P. B. **Análise funcional da gestão do Sistema de Saúde do Estado de Goiás - Brasil.** Brasília, DF: Opas, 1999. Mimeografado.

REZENDE, A. P. R.; FRANCO, T. B. SUS Nacional: o Sistema Único de Saúde: condições de vida no Brasil, nas regiões e estados. São Paulo : CNTSS — **Caderno Temático,** 1998.

REZENDE, C. A. P. **Modelo de gestão em saúde**. Betim, 1998. Mimeografado.

REZENDE, C. A. P. et al. **Perfil do Sistema de Saúde do Estado de Goiás — Brasil, 1998-2000, observatório da reforma do Estado no Brasil.** Brasília, DF: Opas, 2003.

Informações e instruções aos autores para apresentação de manuscritos a serem publicados na Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas

Objetivo da Serie Técnica:

Trata-se de uma publicação científica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da Opas, que tem por objetivo a divulgação de trabalhos de interesse para a saúde, vinculados essencialmente ao processo de cooperação da Organização no Brasil.

Critérios para publicação:

A seleção dos trabalhos a serem publicados está baseada nos seguintes critérios gerais: trabalhos originais inéditos, relevância do tema; qualidade formal do texto e solidez científica; conclusividade; atualidade da contribuição; contribuições teóricas e de aplicabilidade na prática e vinculação com atividades de cooperação da Opas na área de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Excepcionalmente serão analisados trabalhos alheios à cooperação, sempre que tenham relação com áreas temáticas do Projeto.

No caso de publicações com autoria externa, as opiniões dos autores são de sua exclusiva responsabilidade e não refletem necessariamente critérios nem políticas da Opas.

Tipologia de publicações:

A Série publicará, entre outros, textos integrais, como artigos, ensaios, pesquisas, relatórios; textos preparados através de meta-análise; e destaques em seções curtas, demandados pelo Projeto.

Conselho Consultivo Editorial:

O Conselho Consultivo, convidado pela Opas, avalia se os trabalhos cumprem com os critérios estabelecidos para publicação e emite seu parecer ao Projeto, que decide se será publicado. Em alguns casos o Projeto, por recomendação do Conselho, poderá solicitar o parecer de expertos externos para decisão.

Os manuscritos aceitos passam por um processo editorial que, de acordo com o formato da publicação, pode requerer, se necessário, sua condensação, e/ou supressão de quadros ou anexos. A versão editada será remetida ao autor para aprovação, no caso de autores externos à Organização.

Direitos de reprodução:

No caso de manuscritos de autores externos, estes devem ser acompanhados de uma declaração assinada pelo autor indicando que, se o trabalho for publicado, os direitos de reprodução são propriedade exclusiva da Opas.

Apresentação:

O texto deve ser apresentado em folhas tamanho A4 (212 x297mm), em fonte tamanho 12, e escritas a espaço duplo. Os gráficos, tabelas e/ou figuras deverão ser mantidos ao mínimo e enviados em impressão separada de alta qualidade, em preto e branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. A totalidade do trabalho deve acompanhar-se de cópia em disquete.

Todos os artigos deverão ter um RESUMO com um máximo de 14 linhas, incluindo um máximo de cinco palavras-chave. O resumo deve indicar o objetivo do trabalho, a metodologia básica utilizada e os resultados e conclusões principais.

Referências Bibliográficas

São essenciais para identificação das fontes originais de conceitos, métodos e técnicas referidas no texto. Artigos de pesquisa devem conter um mínimo de 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas.

A lista de referências deverá ser apresentada no final do manuscrito em ordem alfabética ascendente. O estilo deverá seguir os padrões da ABNT, sendo recomendadas as seguintes normas relativas à normalização de documentos:

- NBR 6.023 – Referências bibliográficas – Elaboração.
- NBR 6.028 – Resumos.
- NBR 10.520 – Citações em documentos – Apresentação.
- NBR 12.256 – Apresentação de originais.
- NBR 14.724 – Apresentação de trabalhos acadêmicos.

1.Exemplos de Referências Bibliográficas:

a) Série Monográfica:

BOURDIEU, P. **O campo científico**. São Paulo: Ed. Ática, 1976. (Coleção Grandes cientistas sociais).

GOULART, Flávio A. de Andrade; MACHADO, Lucinéia Moreli. **Processos de descentralização da saúde no Brasil: documento analítico.** Brasília: Opas, 2002. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.1).

LEVCOVITZ, Eduardo et. al. **Produção do conhecimento em política, planejamento e gestão em saúde e políticas de saúde no Brasil (1974-2000).** Brasília: Opas, 2003. (Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, n.2).

b) Capítulo de Monografia:

DAVIES, A. M. The evolving science of health systems research. In: World Health Organization. **From research to decision making**: case studies on the use of health systems research. Geneva, 1991. 139p.

c) Artigo de Revista:

NOVAES, H. M. D. e NOVAES, R. L. Políticas científicas e tecnológicas para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n.1, 1996.

d) Artigo de Revista com mais de três autores, sem local de publicação.

FARFAN, G. et. al. Digestive disease in the elderly. **Rev. Gastroenterol**. Lima, v.11, n.3, p.164-170, 1991.

ROSENTHAL, G. et. al. Does good health services research produce good health policy? **Health Policy Quarterly**, [S.l.], v. 1, n.1, 1981.

e) Documento técnico

SECLEN, Juan et. al. **Estudio comparativo de la calidad de atención y uso de servicios de salud materno perinatales (1997-2000).** Lima: Ministerio de Salud del Peru, 2002.

2.Exemplos de Citações

a) Citação Direta

"Apesar das aparências, a desconstrução do logocentrismo não é uma psicanálise da filosofia [...]" (DERRIDA, 1967, p.293)

b) Citação de Citação

Segundo Silva (1983 apud ABREU, 1999, p.3) diz ser [...]

Para maiores informações sobre o estilo da ABNT, consultar o site da Internet: http://bu.ufsc.br/framerefer.html

SÉRIE DE DOCUMENTOS

Volume 1

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil — Documento Analítico
2. Seminário: o Sistema Único de Saúde e a Regionalização
3. Seminário: Perspectiva para a descentralização e a Regionalização no Sistema Único de Saúde

Volume 2

Produção de conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)

Volume 3

Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada

Volume 4

1. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto
2. O Papel e as conseqüencias dos incentivos como estratégia de financiamento das ações de saúde

Volume 5

Modernização das Secretarias de Estado da Saúde: Cooperação Técnica Descentralizada para o Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde no Brasil, Ano 2002

Volume 6

1. Modelo de tenção e formulação de Políticas Públicas: uma abordgem de conteúdo: Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde

Setor de Embaixadas Norte - Lote 19
Brasília-DF - 70800-400
www.opas.org.br

ISBN 85-87943-26-X

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

8

Apresentação

A Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS, exercendo sua atribuição de apoiar um sistema de saúde democrático, integral e equânime, entende que a concretização desta ação, no Brasil, é direcionada ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste sentido, a missão da Opas no Brasil, um país de extensão continental e com um sistema de saúde em processo de permanente construção, requer um exercício contínuo da gestão do conhecimento, que permita a troca de experiências e a reflexão crítica e criativa sobre ações inovadoras, visando a melhoria de políticas e serviços públicos de saúde.

Assim, o Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS apresenta a Série Técnica como uma das atividades de gestão do conhecimento, necessária à construção e à consolidação deste sistema de saúde. Esta Série Técnica se propõe divulgar documentos analíticos, relatórios de reuniões e seminários, pesquisas e estudos originais que fortaleçam o debate de questões relevantes, buscando destacar processos de formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria da qualidade da atenção à saúde individual e coletiva, a redução de desigualdades e o alcance da eqüidade.

Brindamos a comunidade de saúde pública do país e da Região das Américas com esta publicação. Esperamos que possa se tornar um espaço vivo de apoio à construção do SUS no Brasil e que proporcione visibilidade e acesso aos produtos concretos advindos da Cooperação Técnica da OPAS.

Sigamos avançando na conquista da qualidade de vida e saúde da população.

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE — SAS
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA — DAB

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE FAMILIAR: CASO BRASIL

8

BRASÍLIA — DF
2004

Organização Mundial da Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde — Brasil
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Atenção Básica (DAB)

EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS DA ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE FAMILIAR: CASO BRASIL

Organizadores

Juan Seclen

Médico epidemiologista, especialista em qualidade e avaliação de sistemas e serviços de saúde

Afra Suassuna Fernandes

Diretora do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS.

Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8

BRASÍLIA — DF
2004

Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 – Brasília – DF
http://www.opas.org.br
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm
1. Coordenador do Projeto
Júlio Manuel Suárez
2. Conselho editorial
Ministério da Saúde
OPAS/OMS
3. Equipe Técnica/OPAS:
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
4. Equipe Técnica/MS:
Camilla Sá Freire
Danusa Fernandes Benjamim
5.Colaboração/MS
Maria Fátima Sousa
6. Normalização
CEDOC/OPAS
7. Revisão
Manoel Rodrigues Pereira Neto
8. Capa, Projeto Gráfico e DTP
Wagner Soares da Silva
9. Tiragem:
5.000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil

M 689 Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Afra Suassuna Fernandes/Juan A. Seclen-Palacin (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

Xxp.: il.; 26 cm. — (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8)
Inclui bibliografias
ISBN
1. Políticas de saúde 2. Serviços de sistema. 3. Sistemas de saúde. 4. Saúde da Família I. Fernandes, Afra Suassuna. Seclen, Juan. orgs. II. Organização Pan-Americana da Saúde. VI. Série.
NLM: W84

2004 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

SUMÁRIO

PREFÁCIO 07
APRESENTAÇÃO 09
INTRODUÇÃO 11

CAPÍTULO 1
ENFOQUE DA SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU POTENCIAL DE CONTRIBUIÇÃO NO ALCANCE DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO
Juan A. Seclen-Palacin 15
ANEXO 31

CAPÍTULO 2
INTEGRALIDADE E REDES DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA-PR
Elisete Maria Ribeiro, Eliane Regina da Veiga Chomatas e Michele Caputo Neto 37

CAPÍTULO 3
A EXPERIÊNCIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTÍMULO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA-BA
Jussiara Barros Oliveira, Stael Cristine Gusmão 63

CAPÍTULO 4
AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA — BAHIA — BRASIL
Simone Andrade Teixeira 77

CAPÍTULO 5
REDE BRASILEIRA DE HABITAÇÃO SAUDÁVEL: HABITAÇÃO SAUDÁVEL COMO ESTRATÉGIA SINÉRGICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL
Simone Cynamon Cohen, Szachna Elias Cynamon, Débora Cynamon Kligerman, Luís César Peruci do Amaral, Lauro Mesquita e Luísa Perciliana Ribeiro 103

CAPÍTULO 6
ENFERMIDADES NÃO-TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO BÁSICA — NOVO DESAFIO PARA O PSF
Maria Lúcia Carnelosso, Maria Alves Barbosa, Ana Luiza Lima Sousa, Estelamaris Tronco Monego e Magna Maria Carvalho 117

CAPÍTULO 7

CÍRCULOS VIRTUOSOS E BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Flavio A. de Andrade Goulart 127

CAPÍTULO 8

ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL — CEARÁ — BRASIL: PRINCIPAIS AVANÇOS E DESAFIOS NA PERSPECTIVA DE PRODUZIR MUDANÇAS POSITIVAS NA SAÚDE.

Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Neusa Goya, Tomaz Martins Júnior 143

PREFÁCIO

A experiência de saúde familiar e o fortalecimento do atendimento primário no Brasil têm despertado a necessidade de serem sistematizados e difundidos entre os interessados em saúde pública nas Américas.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), contribuir com os princípios operacionais de saúde familiar dirigidos à melhoria do acesso, à resolução das demandas em saúde, ao estímulo à participação social e à contribuição para a redução das desigualdades coincide plenamente com as políticas e esforços internacionais por melhorar a qualidade de vida da população.

A OPAS vem acompanhando, na Região das Américas, iniciativas diversas dentro do espectro das reformas em saúde, incluindo as propostas de atendimento primário. É sumamente destacável que os processos de gestão, financiamento, organização e provisão de serviços baseados em ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e manejo de doenças com resolutividade e qualidade têm permitido mudanças no nível de saúde da população brasilera, ainda que existam desafios diversos próprios de um esforço em construção.

Por isso, a Organização tem grande prazer em participar desta iniciativa, pois considera que as experiências resumidas neste texto são de crucial valor na idéia de fortalecer as iniciativas de melhoria dos sistemas locais de saúde das Américas.

Horácio Toro

Representante da OPAS no Brasil

APRESENTAÇÃO

Desde 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil vem experimentando mudanças e inovações em aspectos de gestão, organização e financiamento de seus serviços, respondendo aos princípios de universalidade, eqüidade, integralidade e participação social. Nesse contexto, destaca-se a implementação e expansão da Estratégia Saúde da Família no âmbito do nível primário de atendimento.

Segundo seus postulados de ação, a Saúde da Família constitui o eixo articulador do sistema de saúde em seu conjunto e a porta de entrada do atendimento. Também favorece uma maior aproximação dos serviços à sociedade civil, promovendo sua participação efetiva na perspectiva de melhorar sua qualidade de vida. A estratégia propõe a reorganização do atendimento primário para ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e doenças, resolutividade na assistência e recuperação. A qualidade do atendimento é um dos horizontes imediatos.

As experiências da implementação e funcionamento da estratégia no Brasil são diversas em sua dinâmica, evolução, fortalezas e desafios de gestão. Por isso, torna-se necessário documentar esta experiência e difundi-la no palco de saúde pública nacional e internacional, a fim de contribuir para sua consolidação e legitimidade sanitária e social.

Este documento resgata experiências locais e é um produto do desenvolvimento da Estratégia Saúde da Família no Brasil visto sob diversos aspectos: gestão, organização e prestação do serviço, relação com a comunidade, lições aprendidas e desafios futuros.

A publicação também pretende destacar a experiência e localizá-la dentro do contexto das reformas dos sistemas de saúde de atendimento primário na América Latina.

Humberto Costa

Ministro da Saúde

INTRODUÇÃO

A qualificação da atenção à saúde é um dos principais desafios colocados para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tal, a Saúde da Família tem-se constituído em uma estratégia essencial no âmbito da Atenção Básica.

A Saúde da Família se reflete na efetivação dos princípios da descentralização e integralidade, pois objetiva a constituição de uma ampla rede assistencial regionalizada, partindo de garantia da atenção básica à saúde em cada município do país, devendo constituir-se como o primeiro nível de atenção à saúde, e estar inserido numa rede assistencial. Dessa maneira, a Estratégia Saúde da Família tem sido responsável pela reorientação de toda a rede SUS, evidenciando diferenças loco-regionais do país, e apontando para as necessidades de investimentos, seja na área de apoio diagnóstico, seja nos demais níveis de complexidade do sistema.

Aos profissionais, as ações em Saúde da Família explicitam a necessidade de constituição de novos padrões de relacionamento entre esses e a população, que devem estar baseados na territorialização, no vínculo, na participação popular no controle social.

A Saúde da Família, portanto, desponta como uma estratégia catalisadora, que conforma a possibilidade de transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil e tem provocado profundas reflexões e mudanças, nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros. É uma estratégia que tem colaborado para a efetivação da máxima constitucional que preconiza a Saúde como um Direito Social.

No campo teórico, tem servido de objeto de muitos estudos e análises, mas, acima de tudo: tem estimulado repensar o arcabouço da formação e educação dos profissionais de saúde, culminando na organização de novas estratégias de educação, em especial a Educação Permanente; tem sugerido novas metodologias de gestão das práticas e dos recursos, como os Pólos de Educação Permanente; e tem suscitado a implantação de novas propostas curriculares e metodológicas, tanto na graduação como na pós-graduação.

No campo das práticas de saúde, constitui-se como o grande desafio de superação do modelo pautado na Biomedicina, visto que objetiva a constituição de uma atenção à saúde que aplique os diversos sentidos em que a Integralidade tem sido compreendida no SUS. Nesse sentido, destacam-se: a superação da visão fragmentada do ser humano para a compreensão integral na dimensão orgânica individual, familiar e coletiva, e, portanto o resgate da prática generalista; a contextualização e compreensão dos processos de

saúde e doença a que estão expostos os indivíduos dentro de sua realidade local, comunitária e familiar, baseando as práticas coletivas; a necessidade de mudança na organização dos serviços e da oferta das ações de saúde ora fragmentadas, para a constituição de ações integradas que incluam ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, e que estejam inseridas em novas redes familiares e sociais que servirão de base para a constituição do cuidado em saúde.

No campo político-administrativo, tem sido cada vez mais compreendida como a principal estratégia de organização do SUS, exigindo um amplo debate analítico e reflexivo para a superação de problemas oriundos de sua implantação, num constante empenho da gestão, da academia, das entidades e da sociedade organizada, especialmente nos Conselhos e Conferências de Saúde.

São inegáveis os avanços, como a constituição de uma rede SUS fora do ambiente hospitalar. Numa breve análise, a Saúde da Família, que surge em meados da década de 1990 como uma alternativa de atenção à saúde, ainda na perspectiva das respostas compensatórias de focalização, desponta hoje como alternativa estruturante, reorientadora, organizadora do sistema de saúde brasileiro.

Para que isso se efetive verdadeiramente, o debate acerca da Saúde da Família não pode eximir-se da necessidade de superação de problemas hoje fundamentais, como: a) a urgente demanda de qualificação da rede ora implantada, tanto na perspectiva do profissional de saúde que deve estar inserido a um processo de Educação Permanente, quanto na necessidade de readequação físico-estrutural; b) a constante reavaliação do arcabouço jurídico-legal brasileiro, que tem impossibilitado a expansão e qualificação da estratégia e colaborado com a precarização das relações trabalhistas; c) a necessidade de criação de mecanismos que venham melhorar as respostas às situações de desigualdade da nação brasileira, como as questões da Amazônia Legal, dos assentamentos rurais, dos remanescentes de Quilombos, das periferias dos grandes centros urbanos, entre outros; d) a necessidade de flexibilizar a composição das equipes, dada a imprescindível prática multidisciplinar; e, por fim, e) repensar formas de financiamento, acompanhamento, monitoramento e avaliação que possam cada vez mais tornar a estratégia efetiva.

Os artigos que compõem essa publicação descrevem análises sobre diferentes experiências em diversos contextos de implantação da estratégia Saúde da Família, e têm como objetivo contribuir para o debate nacional sobre os diversos enfoques comentados anteriormente. Não pretende de forma alguma esgotar possibilidades de análise, mas coletivizar essas experiências e ampliar a discussão sobre o tema.

A parceria entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tem sido fundamental na observação dos elementos que determinam a realidade do setor Saúde em toda a América Latina. A realização de publicações desse cunho busca preencher lacunas entre o espaço tempo que decorre entre a formulação da estratégia, sua implantação efetiva e a reflexão acadêmica e dos serviços sobre ela. Pretende compartilhar elementos que venham contribuir para o desenvolvimento dos diversos sistemas locais de saúde que compõem o SUS, acreditando que é possível tornar realidade o ideário do arcabouço constitutivo da Estratégia Saúde da Família no Brasil: a efetivação da Atenção Básica à saúde no SUS.

Dr. Jorge Solla
Secretário de Atenção à Saúde/MS
Dra. Afra Suassuna Fernandes
Diretora do Departamento de Atenção Básica/MS

CAPÍTULO 1
ENFOQUE DA SAÚDE DA FAMÍLIA E SEU POTENCIAL DE CONTRIBUIÇÃO PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

Juan A. Seclen-Palacin

Médico Epidemiólogo. Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Representação no Brasil.

Introdução

O aumento da pobreza e da iniqüidade social teve como conseqüência o fato de que uma maior proporção da população vem tendo menor acesso aos serviços de saúde. Estas mudanças exigem uma reavaliação dos enfoques tradicionais que guiam os modelos de atendimento e seus conteúdos. Os novos métodos que se adotam devem incluir instituições sociais que possam apoiar iniciativas e intervenções em saúde participativas, tendo em conta a diversidade étnico-cultural. Diante disso, faz-se necessário somar os esforços entre os Estados, as diversas organizações internacionais financeiras e de cooperação técnica e a sociedade civil para garantir o direito ao atendimento e um melhor estado de saúde dentro de uma concepção de justiça social.

Enfoque de Saúde da Família e sua inserção no modelo de atenção à saúde

Que se entende por família?

Considera-se que a família é a unidade social básica por excelência, conformada por um grupo de pessoas unidas por laços consangüíneos, geográficos e/ou sociais que compartilham um palco comum de vida.

A família constitui o palco social de maior relevância na vida dos indivíduos; sua conformação, dinâmica comunicacional, relações entre seus membros e seus valores dependem de condutas relacionadas, entre outros aspectos, com a saúde.

A família é o meio básico onde se estabelecem as bases do comportamento e decisões em matéria de saúde e onde se originam a cultura, cultivam-se as bases educacionais, os valores e se expõem as normas sociais básicas.

Papel da família na saúde, risco e enfermidade

Em várias reuniões e encontros internacionais, sobretudo no último decênio, o tema de família foi amplamente abordado. As declarações destes encontros estipulam que a família, por ser a unidade básica da sociedade, é merecedora de proteção e apoio integrais, e deve se fortalecer; assim na Declaração do México (2000) propõe-se que se realizem atividades de promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida e que se estabeleçam políticas públicas favoráveis à saúde, com vistas ao fortalecimento da família(OPS, 2003).

A família influi na adoção de hábitos, estilos e condutas relevantes no processo de saúde, risco e doença. Os indivíduos vêem a família como seu palco mais próximo onde se encontram valores, interpretações, percepções, modelos de conduta, orientações, proteção ante os desafios diários da vida e de processos relacionados com a saúde, o bem-estar e a doença.

O papel da família em saúde é inquestionável, e a adoção de atitudes favoráveis ou de riscos para a saúde se relaciona com a dinâmica biossociocultural da família. A fragmentação na conformação e a dinâmica familiar se relacionam com problemas sociossanitários entre seus membros: violência intrafamiliar, uso de drogas, alcoolismo, prostituição, gravidez precoce, abandono escolar, desnutrição, para citar algumas de maior prevalência; infelizmente as conseqüências negativas de tais situações transpassam a fronteira do individual.

A família também influi em aspectos positivos para a saúde; por exemplo, a adoção de estilos de vida saudáveis é maior em famílias onde alguns de seus membros têm conhecimentos e condutas positivas. Na população peruana, notou-se que a atividade física esportiva é maior entre os membros de uma família quando o chefe familiar é esportista (SECLEN & Jacoby, 2003). Inversamente, a família pode influir em hábitos alimentícios inadequados, pobre atividade física, tabagismo, consumo de álcool e drogas, entre outros.

A família tem impacto, positivo ou negativo, sobre seus membros durante todo seu ciclo de vida, isto é, desde o período gestacional até a velhice, o que tem importância no entendimiento dos problemas em saúde e sua abordagem integral.

Nas Américas, os fatores culturais das famílias repercutem significativamente no acesso à saúde e nas atitudes saudáveis; por exemplo, as mulheres podem dar menos prioridade a suas necessidades em saúde que a outras necessidades familiares como a alimentação e a educação.

Estrutura e dinâmica familiar

A estrutura familiar considera a composição familiar e seu meio físico cotidiano; vale dizer que os chefes de família (pais), seus descendentes (filhos) e os parentes (consangüíneos ou de outra natureza) fazem parte constitutiva e permanente da família. Este aspecto é de valor no sentido de oferecer as condições primárias para a construção de valores, práticas sociais e de cidadania ao interior da família.

A dinâmica familiar se relaciona com outra dimensão, a das relações entre os membros da família; aqui os aspectos comunicacionais e de relação social, o estabelecimento de princípios e regras de comportamento, a definição de princípios e valores para o indivíduo, a família e a sociedade, bem como a resposta frente ao meio social mutante, constituem aspectos de relevância fundamental para o desenvolvimento e o futuro das pessoas.

No momento de analisar a influência da família sobre a saúde, é importante diferenciar dentro de seu enfoque explicativo, tanto o aspecto estrutural como a dinâmica familiar. Isso permitirá a identificação de raízes causais específicas frente a uma determinada situação de saúde que possam orientar intervenções mais racionais e eficazes.

A saúde da família como enfoque estratégico para a organização da Atenção Primária em Saúde

Tradicionalmente os sistemas de saúde desenvolveram modelos de atendimento centrados no indivíduo como unidade do processo saúde-doença, desconhecendo sua relação com o contexto, sendo o hospital o espaço privilegiado do atendimento sanitário.

A influência do contexto no entendimento do processo risco-saúde-doença foi documentada, as respostas dos sistemas de saúde, visando abordá-lo através de modelos de maior amplitude baseadas em atendimento primário, são cada vez maiores (HANDLER et al, 2001).

A gênese de condutas de risco para a saúde e a adoção de doença têm base na estrutura e dinâmica familiar. Esses aspectos são de interesse para os sistemas e serviços de saúde em sua perspectiva de organizar sua oferta de serviços.

O enfoque familiar tem uma característica diferente do modelo hegemônico de atendimento à saúde, não se baseia unicamente na cura da doença do indivíduo, pelo contrário, dá ênfase substantiva às ações de promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças; essas ações não se centram exclusivamente no serviço de atendimento primário, mas estendem-se ao meio social e familiar. Este enfoque considera a família como o "nicho ideal" do planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção.

Por outro lado, existem vários problemas derivados do modelo de atendimento centrado no indivíduo. Um deles é a continuidade do atendimento. Citemos o exemplo do manejo das doenças crônicas não-transmissíveis como a hipertensão arterial e o diabetes melito. Como se sabe, essas doenças se localizam dentro das principais causas de morbi-mortalidade no mundo inteiro. Propôs-se que a inclusão do enfoque familiar nas ações dos serviços de saúde contribuiria para a diminuição de um grave problema: a falta de continuidade do tratamento e a adoção de medidas preventivas (OPS, 2003). Isso também traria conseqüências externas, já que, por um lado, contribuiria para melhorar a qualidade de vida das pessoas e seu meio e, por outro, geraria maior eficácia e eficiência do sistema.

Consideramos que os sistemas e serviços de saúde, fundamentalmente os de atendimento primário, têm o enorme desafio de incorporar o enfoque de saúde familiar em suas ações cotidianas e já existem experiências em alguns países da região das Américas bastante ilustrativas, com diferentes evoluções (Cuba, Canadá, Chile, Brasil e recentemente Equador, dentre outros). No caso do Brasil, o enfoque de saúde da família foi norteador de um modelo de atendimento primário em saúde denominado "estratégia de saúde da família", que direciona as intervenções e os esforços de melhoria da saúde para o âmbito familiar (BRASIL, 2002). O Projeto HOPE, do Equador, considera a família como um meio gerador de saúde. Cuba baseia seu modelo na atuação do médico de família, sendo o Estado o financiador, e seus resultados sanitários são alentadores.

Demonstrou-se que a participação ativa das famílias e a comunidade para promover e proteger sua própria saúde melhora a eficácia: o empoderamento das famílias e das comunidades aumentará a concientização e a demanda de serviços de saúde de qualidade. Com efeito, isso pode ser obtido com um modelo baseado em um enfoque de atendimento primário em saúde.

Organização de serviços

O enfoque de Saúde da Família considera que os riscos em saúde e a aparição de doenças, bem como a obtenção do bem-estar têm como um de seus fatores determinantes o aspecto familiar, entendido este em suas concepções estrutural e dinâmica. Se a família tem um papel nos processos de saúde e doença, é necessário que a resposta dos serviços de saúde transite pelo caminho de considerá-la no momento de desenvolver as intervenções em saúde.

Na América Latina, países como o Brasil adotaram esse enfoque e o traduziram em seus serviços de saúde. O governo brasileiro estabeleceu algumas diretrizes de alcance nacional baseadas na territorialização (ou seja, na responsabilidade do serviço pela saúde da população de seu "território"), integralidade das intervenções em saúde, capaci-

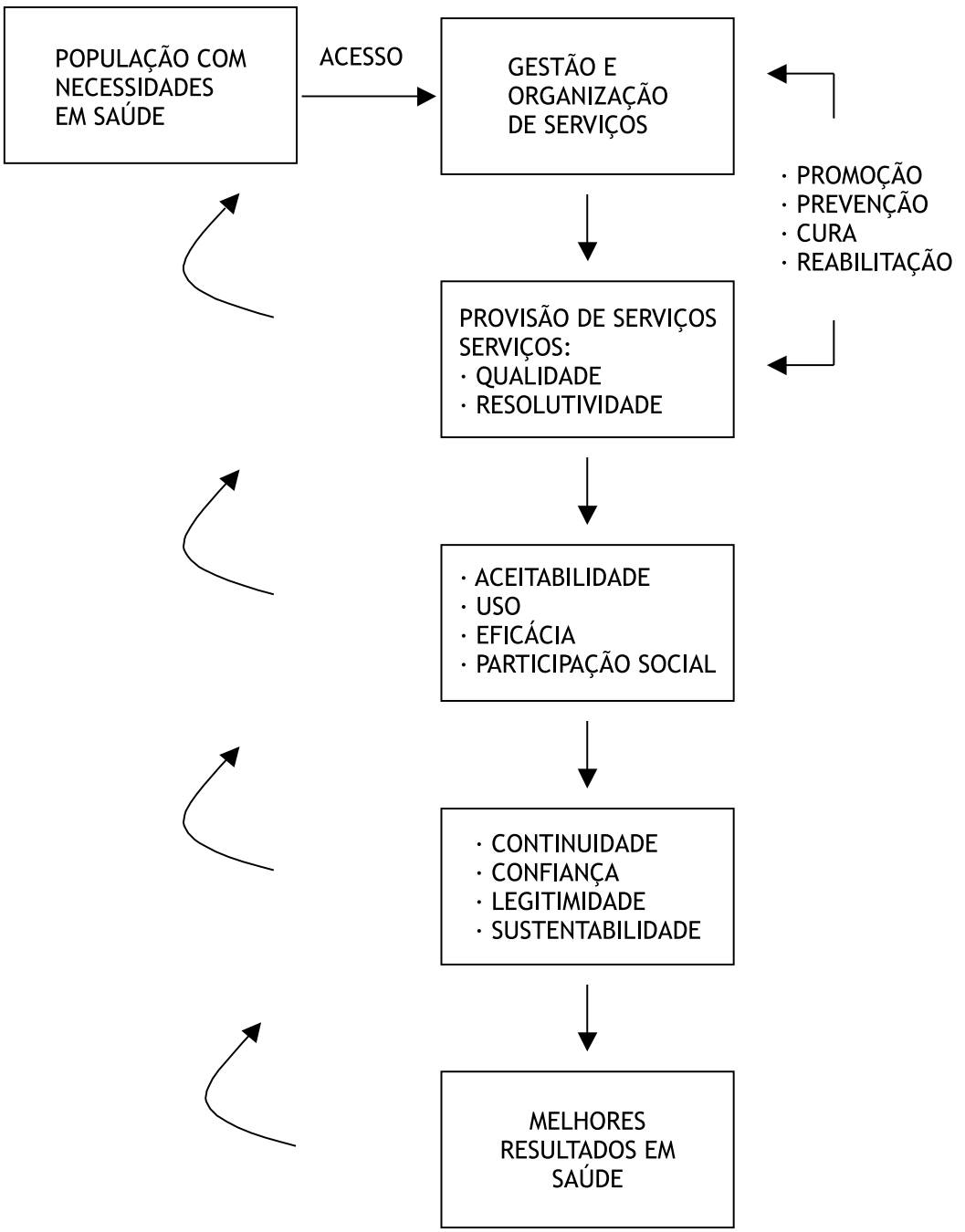
dade resolutiva, continuidade do atendimento e o estímulo à participação social. Equipes multidisciplinares são encarregadas de prover o cuidado integral da saúde da população (BRASIL, 1999). A Estratégia Saúde da Família, após uma década de implementação, está atingido pouco mais de um terço dos brasileiros e a decisão das autoridades é expandi-la ainda mais e consolidá-la como o eixo articulador do sistema de saúde (SOUZA, 2002).

O enfoque de saúde da família traduzido em serviços tem um âmbito preferencial de atuação, que é o nível de atendimento primário, ou seja, o enfoque aplicado a esse espaço potencializa a eficácia e qualidade das ações sanitárias (MENDES, 2002). Países que fortaleceram os serviços de atendimento primário estão conseguido avanços significativos em matéria de saúde, tanto no âmbito do próprio sistema como na qualidade de vida da população. Portanto, é esperado que o enfoque de saúde da família fortaleça o atendimento primário. Promover o trabalho em equipe entre o pessoal de saúde é de suma utilidade para estes fins (STARFIELD, 2002).

No início do século XXI, os serviços de saúde devem responder a três grandes desafios da sociedade: a melhora eqüitativa do acesso a serviços, o fortalecimento de sua qualidade e resolutividade a consolidação da legitimidade social. Os esforços de gestão, financiamento, organização, implementação e avaliação de serviços devem considerar estes desafios, tendo como um de seus referentes o aspecto família (Figura 1).

Figura 1

Esquema das ações e resultados sociais esperados dos serviços de saúde



A população merece um acesso eqüitativo e justo aos serviços de saúde de qualidade (conforme o desenvolvimento tecnológico contemporâneo) e que resolvam suas necessidades e problemas de saúde mais urgentes. Isso exige que a gestão e organização dos serviços supere o individual e se oriente à família e seu meio. A provisão de serviços deve caracterizar-se também pela oferta integral de intervenções baseadas na promoção e prevenção e complementadas com a cura e a reabilitação dentro do âmbito do atendimento primário e fundamentalmente na mesma comunidade.

Conseguir a aceitabilidade dos serviços pelos usuários e pela população contribuirá para uma maior utilização dos serviços e uma maior eficácia ao permitir que a tecnologia em saúde beneficie ao usuário. Simultaneamente devem construir-se as bases que facilitem uma maior participação da sociedade organizada em todo esse processo.

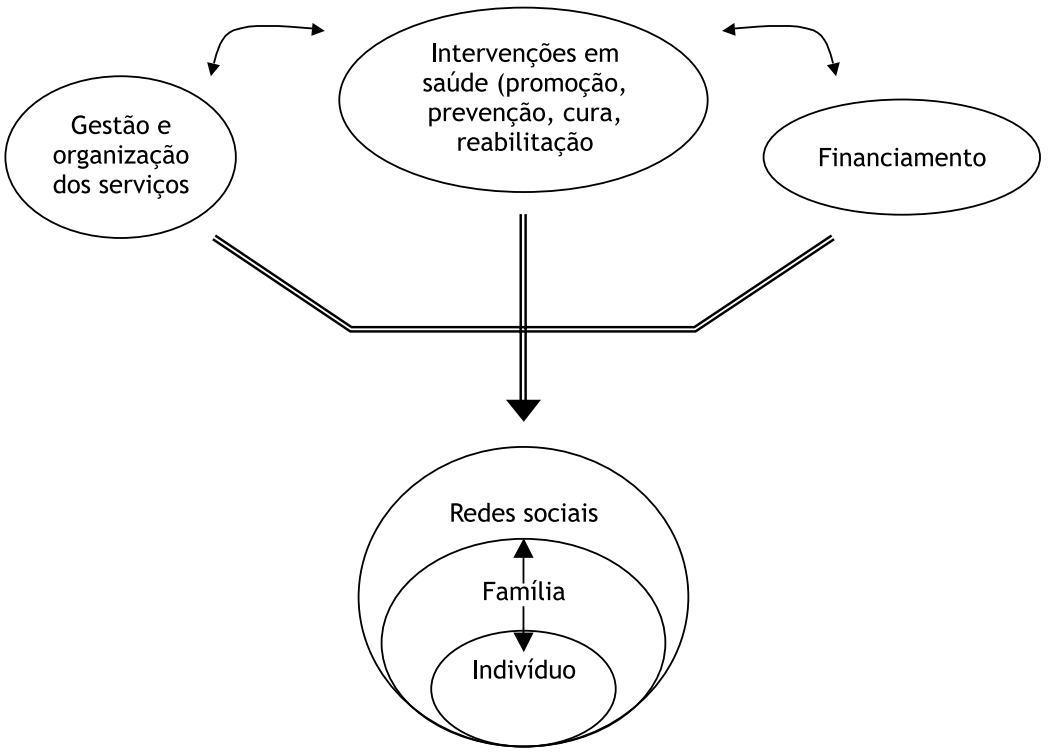
Serviços que resolvem problemas e são aceitos pelo usuário em seu meio favorecem uma maior confiança na segurança das ações que eles realizam, o que se traduz em uma progressiva legitimidade social que contribui para sua sustentabilidade, favorecendo mudanças efetivas na qualidade de vida da população. Os governos deveriam esforçar-se para evidenciar os avanços nessa linha.

Essa "rota crítica" aplica-se fundamentalmente ao complexo âmbito do atendimento primário, e consideramos que o enfoque familiar, aplicado a problemas de saúde específicos, potencializará seus efeitos positivos.

Em síntese, o que se pretende é ressaltar que o foco de ação dos serviços não é unicamente o indivíduo, mas também a família e suas redes sociais (Figura 2).

Figura 2

Focos de ação dos serviços de saúde



Exemplo: o caso da redução da mortalidade materna

Um dos grandes desafios da saúde pública nos países de América Latina é a redução da mortalidade materna. Estima-se que no mundo, anualmente, morrem pouco mais de 500.000 mulheres por motivos da gravidez, parto e puerpério. Dessas mortes pouco mais de 90% ocorrem em países em vias em desenvolvimento. Na América Latina, 1 de cada 130 mulheres grávidas morre por causas relacionadas por gravidez, parto ou puerpério. Nos países desenvolvidos, o risco de morte é de 1 em 1.800. A gravidez e o parto não são doenças, mas as mulheres na Região das Américas atualmente morrem das mesmas causas que as mulheres dos países industrializados nos inícios do século XX (OPS, 2002).

É consenso internacional, devido à experiência acumulada, que o acesso oportuno a serviços obstétricos de qualidade é fundamental para reduzir a mortalidade materna no mundo (DONNAY, 2000). Se isso é assim, encontraremos a necessidade de incluir a família como ator chave na abordagem desse problema. Com base em diversos estudos, constata-se que o parto institucional e a resolução oportuna das complicações obstétricas são os fatores de maior relevância para diminuir o risco de morte materna. Também se sabe que o controle pré-natal é sumamente importante na redução da morbi-mortalidade do neonato e indiretamente favorece a redução da mortalidade materna ao associar-se a maiores probabilidades de atendimento do parto por pessoal de saúde qualificado (CARROLI et al, 2001).

A pergunta é como melhorar o acesso a serviços de parto, de controle pré-natal e de emergências obstétricas? Thadeus e Maine, 1998, propuseram um modelo explicativo baseado nos atrasos "associados a mortalidade materna". Esses atrasos são:

- Atraso 1: Atraso no reconhecimento do problema.
- Atraso 2: Atraso em decidir a busca do atendimento.
- Atraso 3: Atraso em chegar ao serviço de saúde.
- Atraso 4: Atraso em receber tratamento de qualidade no serviço de saúde.

O Atraso 1 tem relação com aquelas mulheres grávidas que estão na comunidade e têm problemas para reconhecer o benefício do controle pré-natal, os signos de alarme durante a gestação, as vantagens do atendimento do parto e o puerpério imediato. Nisso influem questões relacionadas com a visão local, crenças, pensamentos predominantes no âmbito familiar.

O Atraso 2 se relaciona com a tomada de decisões em saúde e está associado a razões culturais que, em certas ocasiões, derivam da família e dificultam que as mulheres optem por ir oportunamente aos serviços obstétricos.

O atraso para chegar até os serviços de saúde (Atraso 3) relaciona-se com o aspecto acesso. Entendendo como acesso a facilidade com que uma potencial usuária chega e utiliza os serviços, aqui se incluem aspectos não só de distância geográfica, mas também o financeiro, a organização do atendimento e o sociocultural.

O Atraso 4 relaciona-se com a capacidade do estabelecimento para resolver oportunamente as necessidades de saúde da mulher grávida. A qualidade do atendimento e a disponibilidade de tecnologias constituem aspectos-chave para garantir a vida das usuárias, e obter legitimidade social e confiança na população.

Esses atrasos variam segundo o lugar e não necessariamente têm que ocorrer seqüencialmente. Como se observa, uma abordagem com enfoque familiar e um sistema de saúde baseado em atendimento primário resolutivo e articulado com os demais níveis de complexidade são importantes para diminuí-los. Experiências comunitárias internacionais na América Latina e no sudeste asiático trabalharam com as famílias das gestantes, conseguindo avanços substantivos na redução dos três primeiros atrasos (ROSS, 1998).

Desafios para implementar modelos de saúde da família

É inquestionável que o anseio de implementar modelos de APS centrados na família exige considerar que o âmbito familiar é, por um lado, o foco de intervenção em saúde e, por outro, parte vital do meio do processo de saúde-doença. Isso significa que a família é o espaço para onde se dirigem os esforços em saúde e também um fator determinante e como tal deve ser considerado durante o desenho de intervenções específicas.

Requer-se de um compromisso político decidido, franco e conseqüente já que a resistência dos atores e círculos de poder para transformar o modelo tradicional hegemônico seria substantiva e poderia ocasionar problemas. Esse compromisso deve concretizar-se na adoção de políticas efetivas, proporcionar o marco jurídico necessário e desenvolver uma eficiente e racional distribuição dos recursos.

São necessárias mudanças efetivas nas concorrências e atitudes do pessoal de saúde (profissionais e técnicos), para o qual as políticas de desenvolvimento de recursos humanos devem se reorientar.

A legitimidade social também é indispensável e deve constituir-se em um espaço onde a credibilidade, a confiança e a segurança no modelo sejam sentidas pela população como uma realidade.

Para isso, é importante melhorar a qualidade dos serviços, sua capacidade de resolução de problemas em saúde, sua adaptabilidade ante a diversidade social e favorecer

a gestão participativa efetiva. É necessário adotar um modelo que abarque todo o ciclo de vida para responder a necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias no meio de sua comunidade.

Potencial de contribuição do enfoque de saúde da família para os objetivos de desenvolvimento do milênio

Em setembro de 2000, representantes de 189 países, entre eles 147 chefes de Estado, estiveram presentes em Nova York, no Encontro do Milênio para adotar a Declaração do Milênio das Nações Unidas. Nesta ocasião foram enunciados os princípios e valores que deviam reger as relações internacionais no século XXI. Os dirigentes dos diferentes países assumiram compromissos em sete esferas: a paz, a segurança e o desarmamento; o desenvolvimento e a erradicação da pobreza; a proteção do meio comum; os direitos humanos, a democracia e o bom governo; a proteção de pessoas vulneráveis; o atendimento às necessidades especiais da África; e o fortalecimento das Nações Unidas. Foram estabelecidas metas e objetivos a serem atingidos no ano de 2.015 para cada uma das sete áreas.

Os objetivos da área de desenvolvimento e erradicação da pobreza foram denominados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs). Representam os compromissos contraídos pelos governos para redobrar os esforços encaminhados no sentido de reduzir a pobreza e a fome e dar resposta a problemas, como a má saúde, as desigualdades de gênero, a falta de educação, a falta de acesso à água potável e a degradação ambiental. Os ODMs também incluem compromissos para reduzir a dívida, fomentar a transferência de tecnologia e estabelecer novas alianças em prol do desenvolvimento (OMS, 2003).

Os ODMs constituem um meio para a avaliação e a continuidade dos avanços que se vão conseguindo numa série de testes decisivos. Representam um resumo das metas ou resultados, que os governos se comprometeram a cumprir, sem mencionar os meios com que se devem atingir essas metas.

Os ODMs relacionados com a saúde se apresentam na Tabela 1.

Para promover a eqüidade e a redução das brechas de desigualdade, recomenda-se que os países considerem os dados relativos à saúde por critérios, como o nível de rendimentos (como medição do nível econômico) na perspectiva de formular políticas fundamentadas.

Em países em vias de desenvolvimento, os ODMs poderão ser atingidos e mantidos na medida em que se fortaleçam fundamentalmente os sistemas de saúde baseados em atendimento primário. Um sistema de saúde baseado em atendimento primário:

• estará baseado nos princípios de Alma-Ata de eqüidade, acesso universal, participação da comunidade e ação intersetorial;

• terá em consideração questões sanitárias gerais de âmbito populacional, refletindo e reforçando as funções de saúde pública;

• criará as condições necessárias para assegurar um fornecimento eficaz de serviços aos pobres e aos grupos excluídos;

• organizará uma assistência integrada e sem fissuras, que vinculará a promoção de saúde, a prevenção, o atendimento aos enfermos agudos e o atendimento aos enfermos crônicos em todos os elementos do sistema sanitário;

• avaliará continuamente a situação para tentar melhorar o desempenho.

Como pode apreciar-se estas características do atendimento primário ganhariam um substantivo valor agregado na medida em que o enfoque familiar aponte para seu desenvolvimento e consolidação.

A melhoria da saúde infantil, da saúde materna e a redução dos índices de ocorrências de doenças transmissíveis como o HIV/AIDS, malária e tuberculose (considerados nos ODMs) incluem dentro do arsenal de respostas dos serviços o cuidado integrado. isso será mais eficaz e sustentável na medida em que o enfoque familiar consiga traduzir seus princípios em modelos e estratégias baseados em atendimento primário.

Cabe aos diversos gestores dos sistemas de saúde adotar estes critérios plasmando-os em seus serviços: a evidência disponível respalda o uso desses modelos, pois se observou uma redução do gasto em saúde, um menor uso de serviços de atendimento hospitalar e um melhor estado de saúde.

A OPAS postula a necessidade de uma combinação de estratégias de promoção da saúde, que abarcam a geração e difusão de conhecimentos científicos e experiências, o desenvolvimento de modelos locais para a saúde e a educação centrados na família. Além disso, busca favorecer o aumento do poder de decisão e da participação das comunidades em matéria de saúde familiar. Será apoiada pela formulação de políticas públicas pela legislação a favor da saúde, às quais, por sua vez, dará o seu apoio (Anexo).

Tabela 1

Objetivos de desenvolvimento do milênio relacionados com a saúde, suas metas e indicadores

Objetivo 1: Erradicar a pobreza extrema e a fome
Meta 2: Reduzir à metade, entre 1990 e 2015, a porcentagem de pessoas que padeçam de fome Indicador 4. Número de crianças < de 5 anos com peso inferior ao normal Indicador 5. Porcentagem da população abaixo do nível mínimo de consumo de energia alimentar.
Objetivo 4: Reduzir a mortalidade na infância
Meta 5: Reduzir em dois terços, entre 1990 e 2015, a mortalidade das crianças < de 5 anos. Indicador 13. Taxa de mortalidade infantil nas crianças < de 5 anos Indicador 14. Taxa de mortalidade infantil Indicador 15. Porcentagem de crianças de um ano vacinadas contra sarampo
Objetivo 5: Melhorar a saúde materna
Meta 6: Reduzir, entre 1990 e 2015, a mortalidade materna em três quartos Indicador 16. Taxa de mortalidade materna Indicador 17. Porcentagem de partos com assistência de pessoal sanitário especializado
Objetivo 6: Combater o HIV/AIDS, a malária e outras enfermidades
Meta 7: Haver controlado e começado a reduzir, para o ano de 2015, a propagação do HIV/AIDS Indicador 18. Prevalência do HIV entre jovens de 15 a 24 anos Indicador 19. Taxa de uso de preservativos na taxa de uso de anticonceptivos Indicador 20: Número de crianças órfãs por causa do HIV/AIDS **Meta 8:** Haver controlado e começado a reduzir, para o ano de 2015, a incidência de malária e outras enfermidades graves. Indicador 21. Prevalência e taxa de mortalidade por malária Indicador 22. Proporção da população de zonas de risco de malária que aplica medidas eficazes de prevenção e tratamento de malária Indicador 23. Prevalência e taxas de mortalidade da tuberculose Indicador 24. Proporção de casos de tuberculose detectados e curados com o tratamento acordado sob observação direta (DOTS)
Objetivo 7: Garantir a sustentabilidade do meio ambiente
Meta 9: Incorporar os princípios de desenvolvimento sustentável nas políticas e programas nacionais e inverter a perda de recursos do meio ambiente Indicador 29. Proporção da população que usa combustíveis sólidos **Meta 10:** Reduzir à metade, para o ano de 2015, a porcentagem de pessoas que careçam de acesso à água potável Indicador 30. Proporção da população com acesso sustentável a melhores fontes de abastecimento de água, urbanas e rurais **Meta 11.** Haver melhorado consideravelmente, para o ano de 2020, a vida de, pelo menos, 100 milhões de habitantes de favelas Indicador 31. Proporção de população urbana com acesso a melhores serviços de saneamento
Objetivo 8: Fomentar uma associação mundial para o desenvolvimento
Meta 17. Em cooperação com as empresas farmacêuticas, proporcionar acesso a medicamentos essenciais que possam ser adquiridos por países em desenvolvimento Indicador 46. Proporção da população com acesso a medicamentos essenciais que possam ser adquiridos de maneira sustentável

Referências

BODENHEIMER, T. et al. **Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness —** the chronic care model, part 2. JAMA, 2002; 288:1909-1914.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica.** Brasília: SAS/Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, Ministerio da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Relatório de Gestão 1998/2001**, Brasilia: SAS/ Ministerio da Saúde, 2002.

CARROLI, G.; ROONEY, C.; VILLAR, J.. "How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity: an overview of the evidence". **Paediatric and Perinatal Epidemiology,** 2001; Vol. 15 Suppl 1: 1-42.

DONNAY, F.. "Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade". **Int J Gynecol Obstet**, 2000; 8: 89-97.

HANDLER, A.; ISSEL, M.; TURNOCK, B.. "A conceptual framework to measure performance of the Public Health System". **Am J Public Health,** 2001; 91(8): 1235-1239.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Informe sobre la salud en el mundo**: forjemos el futuro. Ginebra, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. "Currents topics: poor adherence to long-term treatment of chronic diseases is a worldwide problem". **Rev Panam Salud Pública,** 2003; 14(3): 218-221.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. **Estrategia regional para la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas**. 26ª Conferencia Sanitaria Pan Americana. 54º sesión del comité regional. Washington, DC, Septiembre 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD:44ª Consejo Directivo. **55ª Sesión del comité regional.** Washington, DC, Septiembre 2003.

ROSS, Susan R.. **Promoviendo la calidad del cuidado materno y del recién nacido**. CARE, 1998.

SECLEN-PALACIN, J.; JACOBY, E.. Factores sociodemográficos y ambientales asociados con la actividad física deportiva en la población urbana del Perú. **Rev Panam Salud Pública**, 2003; 14(3):255-264.

SOUZA, M. H.. "Reforma da reforma". **Revista Brasileira de Saúde da Família.** Ano II, N.04, Janeiro 2002.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

THADEUS, S.; MAINE, D.. **Too far to walk:** maternal mortality in context. Soc Sci Med 1998; 38:1091-1101.

ANEXO

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

44º CONSELHO DIRETOR

55ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 22 a 26 de setembro de 2003

RESOLUÇÃO
CD44.R12

FAMÍLIA E SAÚDE

O 44° CONSELHO DIRETOR,

Havendo considerado o Document CD44/10, sobre Família e Saúde;

Reconhecendo que os pais, as famílias, os tutores legais e as outras pessoas encarregadas de dar proteção têm como principal função e responsabilidade o bem-estar das crianças;

Relembrando nosso compromisso comum de preservar e proteger a saúde e a dignidade humanas;

Reconhecendo ainda que as normas culturais, as condições socioeconômicas e a educação são importantes fatores determinantes da saúde;

Ressaltando a importância das famílias e das comunidades como núcleos onde primeiro se manifesta o comportamento saudável e onde a cultura, os valores e as normas sociais são moldados pela primeira vez;

Reconhecendo que a ciência agora revela como as famílias e os grupos sociais unidos têm impacto positivo sobre a saúde;

Notando que as mudanças na estrutura das unidades familiares, com aumento do número de mulheres e adolescentes pertencentes à força de trabalho, com as famílias dependentes de um só dos pais, com o desaparecimento das famílias ampliadas e com o aumento da incidência e prevalência de doenças não-transmissíveis e das sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS, aumentaram os desafios da família;

Observando que ocorrem no meio familiar e na sociedade comportamentos malsãos —

abuso de crianças, descuido, violência entre esposos e no lar, e o abandono das pessoas idosas**,** especialmente das portadoras de incapacidades — os quais, mesmo sendo considerados ilegais em nossos países, são acontecimentos comuns de crescente importância em saúde pública;

Relembrando os compromissos, objetivos e resultados das conferências e reuniões de cúpula das Nações Unidas que trataram dos problemas da família, e

Notando que o Décimo Aniversário do Ano Internacional da Família será celebrado em 2004;

RESOLVE:

1. Tomar nota do documento CD44/10, Família e Saúde, que ressalta o papel das famílias na manutenção e melhoria da qualidade de vida e dos resultados da saúde da população das Américas, bem como a necessidade de melhor orientar os cuidados e os serviços para apoiar esse papel.

2. Instar os Estados membros a:

(a) fortalecer as ações nacionais a fim de garantir suficientes recursos para o cumprimento dos compromissos, objetivos e resultados internacionais das relevantes conferências e reuniões de cúpula das Nações Unidas, relacionadas com a família;

(b) garantir a disponibilidade de infra-estruturas apropriadas para apoiar os pais, as famílias, os tutores legais e outras pessoas encarregadas de dar proteção, a fim de fortalecer sua capacidade de cuidar, criar e proteger as crianças;

(c) tomar medidas para garantir que as políticas, os planos e os programas de saúde reconheçam as amplas necessidades de saúde das famílias e de seus membros;

(d) fortalecer a implementação efetiva das estratégias de promoção social, econômica e de saúde para as famílias, a fim de corrigir as lacunas e iniqüidades de saúde existentes, concentrando-se nos grupos vulneráveis, marginalizados e de difícil acesso;

(e) estabelecer e manter sistemas de informação e vigilância a fim de proporcionar dados desagregados por gênero, condições socioeconômicas, origem étnica e níveis de educação, a fim de garantir o planejamento, a implementação, a monitorização e a avaliação apropriados das intervenções de saúde baseadas em evidência e concentradas na família;

(f) promover a ação e a liderança nacionais, nos mais altos níveis do governo, a fim de aumentar a conscientização e enfrentar os desafios relacionados com a saúde

pública que afetam a família, inclusive as complexidades vinculadas ao abuso contra as crianças, ao abandono, à violência entre os esposos e à violência doméstica em geral, bem como ao abandono das pessoas idosas**,** especialmente as portadoras de incapacidades;

(g) desenvolver e/ou fortalecer alianças e parcerias, incluindo organizações não-governamentais, organizações comunitárias ou religiosas, instituições acadêmicas, comunidades de pesquisa e agências governamentais relevantes, para ajudarem a aumentar e a expandir as políticas e programas de saúde centrados na família.

3. Solicitar ao diretor que:

(a) assessore os Estados membros no desenvolvimento de sistemas de informação e vigilância a fim de proporcionar dados desagregados por gênero, condições socioeconômicas, origem étnica e níveis de educação, para garantir o planejamento, a implementação, a monitoração e a avaliação apropriados das intervenções de saúde baseadas em evidências e centradas na família;

(b) assessore os Estados membros no apoio aos elos entre a ativa participação das famílias e comunidades e a promoção e proteção de sua própria saúde;

(c) proporcione apoio técnico aos Estados membros no tocante aos seus esforços por cumprir seus compromissos com os objetivos e resultados das relevantes conferências e reuniões de cúpula das Nações Unidas que trataram dos problemas das famílias, em cooperação com os parceiros relevantes e com outras entidades interessadas;

(d) desenvolva e apóie uma estratégia centrada na Saúde da Família em toda a organização e garanta a sinergia entre essa estratégia e outras estratégias relevantes, dentro da organização;

(e) aproveite a celebração do Décimo Aniversário do Ano Internacional da Família, em 2004, para aumentar a consciência acerca desse assunto e para ajudar os países a maximizarem as contribuições da Organização Mundial da Saúde (OMS), em cooperação com as entidades relevantes das Nações Unidas e outros parceiros, a fim de aumentar os esforços de programação para apoiar as políticas de saúde centradas na família;

(f) intensifique esforços no sentido da mobilização de recursos para ajudar os países a desenvolverem políticas, estratégias e programas de saúde abrangentes, centrados na família, com especial ênfase nos grupos vulneráveis e de mais difícil acesso; e

(g) informe o 46° Conselho Diretor, em 2005, sobre o progresso alcançado.

(Nona reunião, 26 setembro de 2003)

CAPÍTULO 2
INTEGRALIDADE E REDES DE ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE FAMILIAR: A EXPERIÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CURITIBA–PR

Elisete Maria Ribeiro
Coordenação de Atenção Básica, SMS Curitiba.
Eliane Regina da Veiga Chomatas
Diretora do Centro de Informação em Saúde, SMS Curitiba.
Michele Caputo Neto
Secretário Municipal da Saúde de Curitiba.

Resumo

A Rede de Atenção Básica e Saúde Familiar em Curitiba é orientada e consolidada pelo princípio da integralidade, tanto no âmbito da organização do sistema e dos serviços de saúde, como na atenção e cuidados à saúde prestados à população. Os passos metodológicos da experiência são orientados por concepções, diretrizes, estratégias e instrumentais que fundamentam as práticas e o processo de trabalho dos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde — SMS e demais pontos da rede de atenção que compreendem o Sistema Integrado de Serviços de Saúde — SISS. Os conteúdos demostram que um sistema é fruto da determinação política e capacidade técnico-operativa assumida pelas gestões da SMS, cujos resultados são comprovados pelos indicadores de saúde e de qualidade de vida alcançados nos últimos anos. Neste espaço, insere-se uma questão mais ampla, qual seja, a determinação social das práticas em saúde, constituída de acordo com os pressupostos da Atenção Primária á Saúde, do Sistema Único de Saúde (SUS), que orientam a integralidade da atenção à saúde.

DESCRITORES: Integralidade no SISS e na Atenção e Cuidados à Saúde.

Introdução

Assim, considera-se importante apresentar o desenvolvimento histórico que consolidou a Rede de Atenção Básica e Saúde Familiar, com destaque para a participação de uma grande equipe, constituída por milhares de sujeitos institucionais que, em tempos diversos e inserções diferenciadas, construíram o atual sistema de saúde.

Um sistema construído em base democrática, fruto da participação dos sujeitos sociais que o compõem em todos os níveis de sua realização, incluindo o cidadão curitibano.

Destaca-se ainda que esse processo foi sedimentado pela descentralização, distritalização e planejamento local da saúde, aos quais se agregaram experiências na gestão de sistema, serviços e programas de saúde. A iniciativa, construída em diferentes momentos conjunturais, acima de interesses partidários, manteve-se e foi sedimentando-se passo a passo pela determinação e compromisso político gerencial com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pautado na universalidade, integralidade e resolutividade, como forma de responder aos anseios e necessidades da população. Foi um trabalho que envolveu mediações intra e extra-institucional, saber e poder legitimado coletivamente e ações interdisciplinares e intersetoriais.

Organização do Sistema e dos Serviços de Saúde: semeadura da integralidade

O início da atuação em saúde pública por parte do Município de Curitiba foi desenvolvido numa parceria com a Secretaria de Saúde Pública do Paraná, quando o então Departamento de Educação, Recreação Orientada e Saúde da prefeitura inaugurou o Centro de Treinamento Tarumã, em 1963. Essa iniciativa foi determinante para que as unidades sanitárias fossem alocadas, nos anos seguintes, em espaços compartilhados com as escolas da rede pública de ensino.

Em 14 de novembro de 1964, o já referido departamento, transformado em Departamento de Bem-Estar Social, inaugurou a primeira Unidade Sanitária, localizada no espaço da associação de moradores do bairro, denominada US Municipal Cajuru, que foi produto de uma reivindicação da comunidade local. A primeira equipe de saúde foi formada por um engenheiro sanitarista, um médico, auxiliares de saneamento e visitadores sanitários.

Nesse período, foi criada a Divisão de Odontologia Escolar, dando início ao trabalho da Odontologia na proposta de atenção à crianças na faixa etária escolar. Em 1966, ocorreu o primeiro levantamento epidemiológico na área da Odontologia, através dos consultórios instalados em três escolas periféricas do município.

Nos anos 70, acentuaram-se as pressões dos movimentos migratórios, cuja conseqüência foi o adensamento populacional da periferia da cidade e Região Metropolitana. Os movimentos sociais organizados manifestavam inquietações em relação à falta de acesso aos serviços públicos de saúde, creche, escola, transporte, entre outros.

Como resposta às demandas sociais foram implantados Núcleos Comunitários, que na época desenvolviam estratégias no sentido de promover a educação integral da comunidade, com unidades operacionais que executavam a política de Serviço Social, Educacional e de Saúde, no âmbito das regiões onde se localizavam, através de uma construção que abrigava centro de saúde, escola e centro social. Nos primeiros anos da década de 70, existiam em Curitiba 6 núcleos comunitários, todos localizados em áreas periféricas. Os centros ofereciam atenção às famílias em suas múltiplas necessidades básicas, de forma intersetorial e multidisciplinar, viabilizada pela adequação destes recursos.

Até 1974, Curitiba contava com 5 unidades sanitárias (US) e 12 consultórios odontológicos (COs) de responsabilidade da gestão municipal, sendo que no período seguinte, até 1979, somaram-se 10 US e 13 COs.

A proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) no município teve, em sua origem, influências institucionais de municípios brasileiros que já estavam trabalhando com posturas da Medicina Comunitária. Essas experiências antecedem a Conferência de Alma-Ata (1978). Portanto, constata-se que já havia incipientes iniciativas e propostas para atenção primária (ainda que esse conceito não fosse utilizado na época) em alguns municípios brasileiros. Provavelmente sem consciência disso, constituíram, em sua especificidade, uma semente de reversão do modelo vigente na esfera nacional, ou, mais radicalmente, foram os municípios que historicamente exemplificaram a possibilidade de redefinição de sistemas de saúde, tornando-os mais próximos e comprometidos com as necessidades de saúde da população brasileira.

Já se discutia naquela época que a implantação de unidades de saúde sob a responsabilidade dos municípios deveria garantir a facilidade de acesso para a população, a universalidade, o atendimento integral, o trabalho em equipe multidisciplinar e a participação da comunidade. Esses fundamentos orientaram a implantação do primeiro projeto de Atenção Primária à Saúde em Curitiba, em 1979.

As principais características da estruturação dos serviços de saúde eram: todas as unidades de saúde estavam localizadas na periferia da cidade, atendendo a uma população mais vulnerável à situações de risco; desenvolvimento de atividades de medicina preventiva e curativa; baixa expressão da participação comunitária organizada; nenhuma articulação formalizada com outras instâncias de serviços de saúde no município; participação da Secretaria do Estado da Saúde e Bem-Estar — SESB no provimento de vacinas, exames laboratoriais e medicamentos, que eram repassados ao município.

As diretrizes contidas no documento "Proposta de Atuação da Diretoria de Saúde," de novembro de 1979, estabeleceram parâmetros para o desenvolvimento das atividades

da rede de postos de saúde em Curitiba, reportando-se ao Projeto Vizinhanças como eixo central desta gestão.

A política municipal optou pela estruturação de uma rede de atenção primária que representasse não apenas a extensão de cobertura dos serviços de saúde, mas um significativo impacto junto à população a ser beneficiada, corrigindo as distorções existentes no setor saúde, incluindo as seguintes questões: a) democratização da atenção médica; b) extensão de cobertura e hierarquização dos níveis de atenção; c) medicina integral; d) participação comunitária; e e) delegação de funções na equipe.

Num contexto referencial que tomou por base as recomendações da Conferência de Alma-Ata, foram pautados os princípios da universalidade, atendimento integral, facilidade de acesso, trabalho em equipe e a participação da comunidade para a criação das unidades de saúde pelo município de Curitiba. A proposta de APS não implicou expansão estrutural imediata da rede de serviços. O município encerra a década de 70 com uma dezena de postos de saúde, a maioria deles funcionando, ainda, nos Núcleos Comunitários.

Estes, entre outros, constituíram-se em mecanismos político-gerenciais no município para reversão de um modelo assistencial baseado na doença, a exemplo da atuação na época dos postos do INAMPS, que funcionavam como estruturas de atendimento a trabalhadores e seus dependentes e, na prática, excluíam a maioria da população que não estava vinculada ao mercado formal de trabalho.

Portanto, o processo histórico de construção do modelo de organização da Atenção Primária no município de Curitiba foi influenciado pelas diretrizes da Conferência de Alma- Ata, a qual orienta o embasamento conceitual adotado, sedimenta as determinações política, administrativa e técnica, cujas repercussões de continuidade configuraram o atual sistema de saúde.

Desde o início, a organização dos serviços foi pautada pela territorialidade, responsabilização das US junto às áreas de maior vulnerabilidade social, priorizando-se a alocação dos equipamentos de saúde nas comunidades que exerciam maior explicitação da participação e reivindicação popular.

Por outro lado, os equipamentos e serviços, coordenados na época pela Secretaria Estadual de Saúde e INAMPS, agregavam mais recursos de infra-estrutura para atenção à saúde dos seus beneficiários e, ao mesmo tempo, situavam-se na área central ou bairros mais importantes economicamente da cidade, servindo uma população específica. A concepção ideológica da gestão administrativa das instâncias estatal e federal, orientavam condutas que imprimiam a seletividade e exclusão do acesso aos serviços de saúde à maioria da população curitibana, ou seja, daqueles que não estavam inseridos no mercado formal de trabalho.

Foi contra esses e outros meios de exclusão que se colocaram os fundamentos, os princípios e as diretrizes para a implantação da rede de atenção básica pelo município e mais tarde da formatação SUS, ambos gestados em experiências e debates nos municípios e estados brasileiros.

Mais especificamente no campo da política de saúde em Curitiba, criou-se, em 2 de janeiro de 1986, através da Lei 6.817, a Secretaria Municipal da Saúde — SMS em substituição à Diretoria de Saúde — DDS, o que determinou avanços significativos na agregação de força política e administrativa a esse setor específico.

Na época, a rede municipal de serviços de saúde já havia acumulado experiência de trabalho com área delimitada de responsabilidade e abrangência para a atenção à saúde, oferecendo atendimento a situações de risco, principalmente às gestantes, crianças, lactentes, escolares e hipertensos, entre outros, que residiam no território de abrangência dos Centros de Saúde, assim denominados.

Naquele ano, foi assinado o convênio das Ações Integradas de Saúde, implementando-se o repasse de recursos financeiros ao município, contribuindo para a expansão das US, a melhoria da infra-estrutura assistencial e o incremento do apoio laboratorial (ampliação do laboratório próprio) e da disponibilidade de medicamentos para a Atenção Básica (PARANÁ, 1991).

A gestão da SMS de 1985 a 1988 foi marcada pela continuidade do trabalho anterior, mesmo com a mudança significativa da tendência político-partidária. A expansão da rede teve novo impulso chegando a 40 Centros de Saúde em 1986. Os centros funcionavam em três turnos com 3 pediatras, 2 clínicos gerais, 1 ginecologista-obstetra, 1 enfermeiro, 1 auxiliar administrativo, 1 vigilante, 1 auxiliar de serviços gerais e 14 auxiliares de saúde. As clínicas odontológicas foram sendo instaladas junto aos centros de saúde, contando com 6 cirurgiões-dentistas, 11 auxiliares odontológicos e um técnico em higiene dental.

Em junho de 1987, iniciou-se o processo de reformulação do sistema de informação nos serviços de saúde da rede municipal, ampliando-se o volume e a especificidade dos dados que eram colhidos através de um sistema de fichas perfuradas, denominadas "Mac bee" e que foi substituído em 1988 pelo sistema SICA — Sistema de Informação e Controle Ambulatorial. Este novo modelo propunha-se a responder às necessidades de se trabalhar com maior precisão com os dados gerados nos Centros de Saúde, de obter informações relevantes para a construção do planejamento das ações básicas de saúde e para conhecimento do perfil epidemiológico do município, servindo ainda como base demonstrativa da produtividade dos profissionais e dos serviços.

O marco político da VIII Conferência Nacional de Saúde e seus desdobramentos culminaram com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, via Constituição Federal, o que

determinou instrumentalidade legal, política e financeira para o processo de municipalização e implementação da política de saúde, já em andamento na prática em Curitiba.

Foi uma década de consolidação e expansão da Rede Municipal de Saúde em Curitiba, que em 1989 já contava com 53 Unidades de Saúde e 34 clínicas odontológicas, na sua maioria funcionando em estrutura construída pela prefeitura. Também foi nesse momento de municipalização da saúde que se desenvolveu uma participação expressiva de trabalhadores de saúde, movimentos populares e entidades privadas, no sentido de dar legitimidade à política setorial necessária aos embates de correlação de forças com as estruturas centralizadoras das instâncias federal e estadual.

Demarcaram-se posicionamentos por parte dos sujeitos históricos que participaram da construção do modelo de atenção à saúde em Curitiba, como se refere a concepção de que:

> Um modelo não é apenas um conjunto de práticas, mas também as concepções que as precedem e segundo as quais elas são organizadas. Tais concepções se impõem hegemonicamente por razões históricas e conferem aos modelos tal historicidade (RAGGIO; GIACOMINI, 1996, p.9).

Os sujeitos institucionais apontam que a historicidade dos modelos de saúde devem ser analisados no sentido de *entender o presente e informar sua construção como processo social.* Nessas bases, compreendemos que não existe nada acabado ou definitivo como modelo assistencial à saúde, como também sua realização não está circunscrita à vontade de um grupo gestor, mas antes associada a competências técnicas e políticas e à capacidade de mediação e estruturação progressiva e continuada da organização do sistema. Um sistema que não foi abalado ou desmantelado por conjunturas partidárias, como acontece em vários municípios brasileiros.

Nesse momento histórico, a Secretaria Municipal da Saúde, que mantinha um razoável grau de mobilização, realizou, no ano de 1991, sua primeira Conferência Municipal, num contexto de articulação e legitimidade que incluía o início do processo de municipalização da saúde. O tema central foi "*A Prática da Saúde no Município"* e teve a participação de 600 delegados.

O debate versou sobre as diretrizes da Política Municipal de Saúde, a regionalização e hierarquização das ações de saúde, tendo em vista a municipalização dos serviços de saúde, o controle social, o fundo municipal de saúde, entre outros temas fundamentais. Foi após a Conferência Municipal de Saúde que, através de Decreto-Lei Municipal, instituiu-se o primeiro Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. As articulações posteriores envolvendo o espaço institucional, bem como os movimentos organizados da sociedade, foram indicando a composição do conselho, a ser legitimada nas conferências seguintes.

A partir da conferência e das diretrizes da política municipal de saúde dali emanadas, como estratégia de descentralização político-administrativa, determinou-se o início de

uma profunda reforma na estrutura de gestão administrativa dos serviços de saúde na cidade. Na seqüência, deu-se a implantação de 7 Núcleos Regionais de Saúde, que passaram a ser responsáveis pela organização do gerenciamento descentralizado da saúde.

Os parâmetros para a demarcação dessas regionais foram definidos pela administração municipal, levando em conta os limites dos já existentes distritos rodoviários. Assim, a SMS abriu mão de sua definição particular de área regional, que considerava: os serviços próprios e de referência secundária e hospitalar; as vias de transporte coletivo; a especificidade e características estruturais demarcadas pelas vias de integração e interdependência da população; acesso à infra-estrutura de serviços públicos e as condições epidemiológicas e sociais semelhantes em cada região do município. Mas, no médio prazo, ganhou-se em integração interinstitucional, linguagem e planejamento integrado em toda a prefeitura.

Para garantir o acesso e eqüidade às populações que mais necessitam de atenção à saúde, em 1991 o município implantou o trabalho do médico de família, que atuava com a participação de uma equipe multidisciplinar, incluindo o serviço de odontologia. Assim foram construídas as primeiras experiências de integralidade da atenção à Saúde da Família — SF, como uma estratégia de consolidação da Atenção Primária à Saúde — APS, voltada prioritariamente às áreas periféricas da cidade, nas quais agregam-se situações de vulnerabilidade social, ou seja, condições específicas de adoecer e morrer.

Nesse período, aconteceu também a fusão dos Centros de Saúde e Clínicas Odontológicas em Unidades Municipais de Saúde e o processo seletivo interno para as funções das gerências distritais e chefias locais das US, as chamadas Autoridades Sanitárias Locais — ASL.

A municipalização da saúde em Curitiba, a partir de 1991, congregou esforços no sentido da implantação e implementação do sistema municipal de serviços, estruturados na perspectiva da Atenção Primária à Saúde, cuja organização foi influenciada pelas experiências de trabalhadores de saúde que haviam participado da implantação da proposta em outros municípios brasileiros, que já atuavam e defendiam a municipalização como estratégia e a Medicina Comunitária como processo de trabalho. Nesse cenário, ainda em 1991, foi iniciada a implantação da proposta de atenção à Saúde da Família, com a experiência de médico de família na US Pompéia, unidade que já desenvolvia a proposta da atenção primária e demonstrava condições técnicas e políticas para sua viabilização, com bases territoriais definidas.

Os avanços no processo da municipalização da saúde, a partir de 1992, foram implementados principalmente por meio da incorporação da infra-estrutura física, adequação de recursos humanos e repasse de equipamentos e insumos de posse do estado ou do antigo INAMPS, que passaram a ser administrados pelo município. Inicia-se nesse

ano o processo de descentralização político-administrativa da saúde com a criação dos Distritos Sanitários e a implantação dos sistemas locais de saúde, determinando-se a direção e estruturação do sistema municipal de saúde.

Uma política pautada na estratégia da territorialização, implantação de sistemas locais de saúde e construção de um modelo assistencial para a saúde, capaz de responder às novas demandas postas pela população, passou a constituir a base do modelo de atenção à saúde no município.

> A grande ênfase desse período era a reorientação do modelo de atenção, através da construção social de um novo sistema de saúde. Vai implicar mudanças que se darão na concepção de saúde, no paradigma sanitário e na prática sanitária. Por concepção de saúde entendo o sistema dominante de crenças que existe num determinado momento e em dada sociedade sobre o que é ou como se representa o processo saúde- enfermidade (MENDES, 1995, p. 21).

A citação descrita faz referência à implementação do sistema de saúde em Curitiba, o qual tomou por base as concepções teórico-metodológicas do "Paradigma Assistencial da Promoção da Saúde e Prática Sanitária da Vigilância à Saúde", defendida por Eugênio Vilaça Mendes, na época consultor da SMS, que contribuiu no processo de formação do grupo gerencial, os quais sedimentaram a condução desses conhecimentos junto a suas equipes, consolidando novo processo de trabalho.

Em 1993, acontece a 2ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema central: "Em defesa do Sistema Único de Saúde" — estratégia de fortalecimento da gestão do SUS, das diretrizes da política municipal e do encaminhamento de suas propostas. Nesse período, houve a consolidação dos conceitos de vigilância à saúde na prática dos profissionais da atenção básica, destacando-se a implantação do Projeto Nascer em Curitiba.

Essas estruturas favoreceram a lógica da descentralização da saúde, em 1994, com a implantação dos distritos sanitários, estratégia de deslocamento de poder para a gestão local, legitimando o processo de distritalização da Secretaria Municipal da Saúde. Por outro lado, destaca-se a estruturação da Central de Marcação de Consultas Especializadas e Central de Atendimento aos Usuários — CAU. A primeira caracteriza-se ainda hoje como uma estratégia de encaminhamento e resolutividade da Atenção Básica, enquanto a segunda constitui um espaço de expressão da manifestação do controle social do SUS em Curitiba.

Esse processo trouxe contribuições para a implementação da proposta da APS, num momento em que se intensificaram as "práticas participativas de gestão", relacionadas principalmente à gerência participativa dos sistemas locais de saúde. Estes deveriam comprometer o exercício das práticas de planejamento com participação efetiva das equipes, num espaço territorial local, como também da população, através do controle social.

Portanto, algumas Unidades de Saúde avançaram nas estratégias de participação da comunidade no planejamento local e na constituição da vigilância à saúde sobre um espaço-população sob sua responsabilidade, para reverter os indicadores epidemiológicos sociais. Nesse sentido, reforçavam o consenso de que "Curitiba já vinha construindo há décadas um padrão consciente e planejado de política de saúde. Esta política sempre teve uma linha, um fio condutor de direcionalidade estratégica, que sobreviveu a vários governos e atores sociais" (PEDOTTI; MOISÉS, 2000, p. 10).

Nos anos 90, grandes temas delinearam as propostas de intervenção da SMS. As principais tratavam dos propósitos e processos sociais de construção do SUS na cidade e das preocupações da equipe gerencial, bem como dos técnicos mais comprometidos politicamente com as necessárias mudanças. Outra questão relevante foi a função ampliada do gerenciamento das questões locais, entendido como uma função política, a despeito da visão da saúde, como uma questão restrita ao âmbito da competência técnica, que foi o pressuposto orientador em anos anteriores.

A Política Municipal de Saúde, nesse momento, concebeu uma prática voltada à prevenção e promoção da saúde que deveria aliar-se às ações de assistência em um sistema de saúde que demandava novas responsabilidades. A rede básica de serviços, implementada a partir de nova base político-gerencial, envolvia papéis mais firmes da SMS com relação à assistência secundária e terciária, incorporados à responsabilidade do município pela gestão do SUS.

Problemas determinados pelo adensamento urbano, como desemprego e precariedade das habitações na periferia da cidade, aliados a conflitos de relações familiares e comunitárias, violência doméstica e urbana, passaram a demandar atendimento pelas equipes de saúde. Enfrentar tais problemas de forma resolutiva determina um espaço político intersetorial. Não é possível concretizar-se a promoção da saúde independentemente dos determinantes da qualidade de vida. Principalmente a gestão de recursos do meio ambiente e a participação efetiva e resolutiva nas políticas sociais, que são algumas das condições materiais que movem a consciência de cidadania de uma população.

Em 1995, realizou-se a 3ª Conferência Municipal de Saúde com o tema: *"Saúde e Qualidade de Vida"*. Nesse momento, havia uma ênfase no trabalho de saúde, valorizando-se programas de melhoria da qualidade das habitações, saneamento básico, hábitos de vida saudável, entre outros. No plano de políticas de formação de recursos humanos, destacou-se a realização do curso de Especialização de Gerência em Saúde Coletiva, com enfoque na Gestão de Unidade Básica de Saúde — GERUS, para todo o grupo de autoridades sanitárias locais da SMS, aproximadamente 100 gestores.

Foi um dos períodos de expansão da proposta de trabalho da Saúde da Família, o que representava a implantação de 5 US com equipes em número proporcional de Equipe de Saúde Bucal — ESB para Equipe de Saúde da Família — ESF, nesse momento bancada apenas com incentivos financeiros da SMS.

Em 1996, Curitiba assinou o convênio do Programa Saúde da Família com o Ministério da Saúde, possibilitando a ampliação do número de equipes do PSF. Nesse momento, as lideranças das comunidades onde se localizavam as unidades básicas iniciaram, junto com as equipes de saúde, um processo de mobilização no sentido de transformar essas unidades em unidades do PSF.

A partir desse processo, foram estabelecidos os incentivos financeiros a serem pagos às equipes, bem como as estratégias gerenciais, principalmente no que se referia à necessidade de capacitação continuada dessas equipes no sentido da implementação conseqüente da prática específica. Em maio de 1996, realizou-se o Seminário Internacional de Atenção à Saúde da Família, que desencadeou o processo de capacitação para profissionais, recém-ingressos no PSF de Curitiba. Nesse período, implantou-se a Auditoria Ambulatorial e Hospitalar e a Central Metropolitana de Leitos Hospitalares — CMLH, iniciando-se ainda a Gestão Semiplena do SUS no município.

No plano dos debates para consolidar o sistema público de saúde no município, aconteceu em 1997 a 4ª Conferência Municipal de Saúde, cujo tema, "Sistema Único de Saúde — SUS: Saúde Pública com Qualidade", demonstrava a busca pelo aprimoramento do sistema, por meio da qualidade na prestação dos serviços, entendida como uma tarefa coletiva da gestão municipal, dos conselheiros de saúde e de toda a sociedade.

No campo da expansão e organização dos serviços, aconteceu nesse período a criação do 8º Distrito Sanitário do Bairro Novo, a implantação do hospital próprio — Centro Médico Comunitário Bairro Novo — com 60 leitos. O sistema municipal fechou o ano com 97 US, das quais cinco eram estruturadas para atendimento 24 horas.

Em 19 de março de 1998, a SMS assume o Modelo de Gestão Plena do SUS conforme a NOB-96. Houve significativa redefinição do financiamento, ampliando-se a transferência de recursos financeiros fundo a fundo e a criação do Piso de Atenção Básica — PAB, que mudou a lógica do sistema. O PAB permitiu ao município ampliar os investimentos, correspondendo às exigências do Plano Municipal de Saúde, que priorizava a atenção aos problemas com maior peso epidemiológico e de impacto social. A partir desse momento, fortaleceu-se a capacidade política do sistema municipal, consolidando-se como Gestor Único do SUS, com impacto na implementação de um conjunto de programas priorizados pelo Plano Municipal de Saúde.

No campo da implementação do debate e da prática da política de saúde, realiza-se em 1999 a 5ª Conferência Municipal de Saúde, com o tema "SUS no Terceiro Milênio em Defesa da Vida", novamente confirmando uma tendência de preocupação da gestão pública com os princípios universais contidos no SUS, que orientam a política municipal de saúde. Em 1999, estavam implantadas 29 Unidades de Saúde da Família com 44 equipes ESF e ESB.

No início deste milênio, retomam-se os debates sobre o planejamento urbano em Curitiba, considerando que o mesmo tem apresentado, ao longo do tempo, uma tendência endógena. Isso justificaria seu esgotamento frente à realidade atual, principalmente determinado pelo crescimento importante da Região Metropolitana de Curitiba — RMC. Houve um aumento significativo da população da cidade que, sozinha, já superou a marca de 1,6 milhão de habitantes e que, se somada com a RMC, supera 2,6 milhões.

No ano 2000, considerando a perspectiva do processo político da SMS, deu-se a transformação, para o PSF, de todas as unidades básicas do Distrito Sanitário Bairro Novo, que se tornou o primeiro distrito sanitário brasileiro estruturado com uma base hegemônica de Unidades do Programa de Saúde da Família, passando a constituir a porta de entrada do sistema hierarquizado de serviços de saúde lá existentes. Convém ressaltar que a determinação resultou das perspectivas de constituição de respostas às demandas sociais daquela região, bastante agudizadas, principalmente pelos fatores de carências socioeconômicas. Uma grande parte dessa região foi paulatinamente habitada por meio de grandes ocupações irregulares do solo. Desde o início da década de 80, movimentos populares lutam pela posse da terra naquele espaço territorial e, em conjunturas políticas específicas, avançam na implantação necessária de uma infra-estrutura de serviços urbanos.

O Distrito Sanitário Bairro Novo, configurado na proposta de distritalização da saúde, conta com uma rede estruturada e integrada de atenção terciária, secundária e primária. O Centro Médico Comunitário Bairro Novo (hospital/maternidade municipal, de baixa complexidade) que funciona em parceria com o Hospital Evangélico de Curitiba (de alta complexidade), e o Centro de Especialidades Médicas Bairro Novo, buscam dar resposta às demandas na área de assistência secundária juntamente com uma US 24 horas, com perfil para atendimento de urgência e emergência. Como base fundamental dessa estrutura, estão 11 Unidades de Saúde da Família, das quais sete já trabalhavam anteriormente como PSF, e mais quatro eram básicas, do modelo tradicional. Naquele ano ingressaram no PSF mais três US de diferentes distritos de saúde, além daquelas do Bairro Novo.

No ano de 2001, realizou-se a 6ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba com o tema "Avançando na Construção do SUS — Sistema Integrado de Saúde". Essa temática central suscitou polêmica na compreensão referencial por parte de alguns segmentos do movimento social, gerando controvérsias sobre a utilização do conceito de Sistema Integrado de Saúde,

que havia sido entendido como substituto do SUS. A estratégia institucional foi apoiada no referencial do debate teórico que aponta "O dilema da fragmentação ou integração dos sistemas de serviços de saúde" (MENDES, 2001, p.70), base que influenciou a formulação do Plano Municipal de Saúde para o período de 2001 a 2005.

Nos últimos anos, a equipe gerencial da SMS tem buscado implementar um processo de discussão baseado em problemas relacionados ao sistema municipal de saúde. Para efeito de apoio técnico, firmou-se novamente consultoria com Eugênio Vilaça Mendes, considerando que este é autor da estratégia "Sistemas Integrados de Serviços de Saúde", a qual analisa e apresenta meios de superação para a problemática dos serviços fragmentados — atenção descontínua, polarização entre o hospital e o ambulatório, a hegemonia da atenção hospitalar e a ausência de integração entre pontos de atenção à saúde.

No ano de 2002, foram implantados os contratos de gestão com os Distritos Sanitários-DS e Unidade de Saúde — US, denominado Termos de Compromissos — TERCOM, pelos quais são realizadas as pactuações de metas de indicadores de cobertura da atenção básica a serem alcançadas com gestões distritais e cada US de Atenção Básica de Saúde — ABS e do Programa Saúde Família — PSF. *Decisão política* e capacidade técnico-operativa podem ser apontadas como os principais motivos que levaram à implantação de uma estratégia de monitoramento e avaliação de serviços de saúde em Curitiba. Os termos de compromisso firmados podem ser traduzidos como uma ferramenta útil para reorientar o planejamento local pelas equipes das US, estabelecer um processo de vigilância à saúde, impactando positivamente nos indicadores de qualidade de vida e saúde dos cidadãos residentes no município.

Durante os anos de 2002 e 2003 foram desenvolvidas oficinas com a participação do grupo gestor das US, DS, diretorias e coordenações, buscando sedimentar a base de dados referenciais para monitorar e avaliar os indicadores, acompanhar as metas e resultados alcançados.

Atualmente, a Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba encontra-se em gestão plena e vem implementando o SUS através do Sistema Integrado de Serviço de Saúde — SISS, cuja estratégia é consolidar a Unidade de Saúde como porta de entrada do usuário ao sistema. Dessa forma, a Unidade de Saúde é a principal responsável pelo acolhimento e fluxo do cidadão no sistema de saúde, viabilizando o acesso aos demais pontos de atenção, ou seja, a estrutura de serviços especializados que constituem a rede secundária e também os serviços hospitalares de âmbito da estrutura terciária. Os resultados podem ser aferidos através do aumento significativo da cobertura dos programas, redução da mortalidade materna e infantil, aumento da expectativa de vida, entre outros.

A rede municipal conta com uma estrutura de serviços próprios composta de 105 unidades de saúde, entre as quais 5 funcionam 24 horas, realizando serviços de urgência de baixa e média complexidade; muitas unidades agregam serviços de referência especializada, dando suporte à rede de ABS/SF na abrangência do DS. Ainda são 57 caracterizadas como UBS, e 42 atuam na estratégia da SF. Nesse universo, 95 possuem Clínicas Odontológicas.

A rede de serviços, suporte da Atenção Básica, possui um Laboratório Municipal, que tem realizado anualmente uma média de 1,2 milhão de exames; 154 serviços de média complexidade, a exemplo da órtese prótese e fisioterapia; 31 serviços de alta complexidade de atenção clínica da hemodiálise, quimioterapia e radioterapia, medicina nuclear e tomografia computadorizada, entre outros e uma rede de 33 hospitais credenciados ao SUS — Curitiba. A SMS tem buscado sistematicamente pactuar com os gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários, para que estes sujeitos sintam-se co-responsáveis pela construção do sistema de saúde pautado na integralidade, responsabilidade e resolutividade. Espera-se também que os Pólos de Educação Permanente, constituídos de estruturas de ensino-serviço, sejam co-responsáveis pela construção da integralidade da rede de atenção do Sistema Integrado de Serviços de Saúde — SISS — Curitiba.

Desafios para Consolidar a Integralidade no SISS — Curitiba

Para consolidar o SISS — Curitiba, perseguiu-se um conjunto de princípios e estratégias, que envolveu, num primeiro momento, ruptura das fortes heranças do modelo biomédico flexneriano, da cultura que valoriza a hospitalização, da supremacia da alta tecnologia médica e do modelo assistencial ainda muito centrado em procedimentos curativos.

Em sua origem, a medicina desenvolveu-se numa conjuntura político-econômica propícia para a estruturação científica, por se acreditar que as intervenções no campo da especificidade técnica eram suficientes para a resolução das casualidades do adoecer e curar. Assim, deu-se a expansão dos meios de produção da saúde, centrada na implementação tecnológica de instrumentais de apoio diagnóstico e tratamento das doenças de maior complexidade e especialidade lucrativa. Nessas bases, constituíram-se os sistemas de serviços de saúde. Nesses espaços de "produção da saúde", de características fragmentadas, foram alocados recursos financeiros, custeados por fundos públicos, com a justificativa de que a implementação tecnológica daria conta de reverter os indicadores de saúde da população.

Enquanto o modelo flexneriano (EUA, 1910) apontava para a interação dos componentes do processo de trabalho tecnologia-médico-enfermo, outra tendência, com base no relatório Dawson (INGLATERRA, 1920), já demonstrava o caminho para constituir um sistema de saúde envolvendo os recursos da comunidade, além da base estrutural de serviços e ações específicas do setor saúde. Uma prática de atenção primária à saúde é sustentada nas ações de promoção dos meios para prevenção das enfermidades e promoção da saúde, condição possível com a participação da população.

Como estratégia de ruptura da concepção e prática flexneriana, construiu-se um sistema de saúde com ênfase nos princípios da Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde e estratégia operacional Sistema Integrado de Serviços de Saúde — SISS, implantada no sentido de qualificar e legitimar a gestão dos pontos da Rede de Atenção à Saúde no município. O SISS estabelece a US básica como porta de entrada do sistema, ao mesmo tempo que organiza a porta de entrada para a clientela de fora do município. Isso implicou o desenvolvimento da capacidade de absorção de novas demandas gerenciais, na redefinição de papéis da Rede de Atenção, que ainda se encontram implantadas com a lógica do sistema biomédico.

Constitui-se assim a missão institucional que busca consolidar a integralidade como princípio condutor de organização da Política Municipal de Saúde, estruturada pelo SISS, da Rede de Atenção e das práticas da saúde com ênfase no cuidado da saúde da população. Os serviços são conduzidos pelo compromisso da associação entre as práticas assistenciais e de saúde coletiva. Não estão organizados exclusivamente para as demandas de doenças de uma população, mas para antecipar com estratégias de intervenção focadas nas situações de vulnerabilidade ou risco de ocorrência das mesmas.

Em específico na gestão do processo de trabalho, isso implica o desenvolvimento da capacidade de disseminação de bases conceituais e metodológicas da Atenção Básica e da Saúde Familiar. A qualificação do processo de trabalho será implementada através da Educação Permanente para o conjunto de profissionais da saúde, mantendo o envolvimento e o compromisso das equipes com a construção da excelência do sistema, serviços e atenção à saúde da população.

Como estratégia de estabelecimento do vínculo das equipes da ABS/ SF, busca maior aproximação com os demais serviços da Rede de Atenção especializada ambulatorial e hospitalar, rompendo o distanciamento, os preconceitos e as condutas de abuso de poder ainda vigentes nas relações institucionais e profissionais que compõem o sistema.

É um processo de qualificação da capacidade de respostas interdisciplinares e intersetoriais, fortalecendo os vínculos entre equipe e usuário, em especial do profissional

médico e efetivando ações assistenciais resolutivas pelas equipes de enfermagem, sedimentando-se os sistemas de apoio, o uso de protocolos de orientação clínica assistencial.

Starfield (2002) considera que um sistema de serviços de saúde possui duas metas principais: *otimizar a saúde da população*, o que implica no o reconhecimento das causas das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde e *minimizar as disparidades entre grupos populacionais*, principalmente aquelas relacionadas às condições de acesso aos serviços de saúde. Foi assim que Curitiba conseguiu implantar e expandir a rede municipal de serviços de saúde, através da inclusão, via políticas setoriais, dos mais excluídos da participação econômica e da cidadania. Um sistema orientado e construído com base no conjunto de princípios postos para a atenção primária:

> ...dirigidos por valores de dignidade humana, eqüidade, solidariedade e ética profissional; direcionados para a proteção e promoção da saúde; centrados nas pessoas permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; focados na qualidade, incluindo a relação custo efetividade; baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso eqüitativo direcionados para a atenção primária (STARFIELD, 2002, p.19).

Nesse sentido, as gestões institucionais da SMS trabalham a implantação de princípios que orientam as práticas de acolhimento e respeito à dignidade humana. Para isso, foram implementadas as redes comunitárias de solidariedade e apoio às famílias em situação de risco epidemiológico-social, a exemplo dos Comitês Pacto pela Vida, expressão da participação popular, formados por colaboradores na proteção e promoção da saúde, além dos recursos técnicos das US.

Nessa perspectiva, constrói-se um processo de trabalho centrado nas pessoas ou famílias, envolvendo os sujeitos nas discussões de alternativas terapêuticas e de cuidados à saúde. Esse processo se traduz na conscientização dos usuários do sistema da responsabilidade por sua própria saúde e na adoção de condutas que compreendem processos de educação permanente da equipe e das famílias, cujo impacto sedimenta a integralidade na atenção primária à saúde, que caracteriza a experiência de Curitiba nas UBS e USFs.

O processo de trabalho em saúde transformou-se significativamente a partir da descentralização das responsabilidades, tanto dos âmbitos federal/estadual para o municipal, como deste para o local e o comunitário. Descentralizaram-se os atendimentos ambulatoriais e hospitalares e fortaleceu-se a Atenção Básica em nível local e as condutas de atenção primária. Como exemplo: descentralizou-se o tratamento da tuberculose, hanseníase e saúde mental, que têm, ainda, uma cultura muito forte na atenção centralizada em ambulatórios e hospitais. Nesse sentido, a descentralização pode ser considerada como um dos eixos que redefinem a organização do processo de trabalho na atenção primária.

Na prática da atenção primária ou no PSF, a organização do processo de trabalho estruturou-se basicamente na relação de interdependência da ação em equipe, quebrando a verticalização ou a centralização de poder exercido apenas por um profissional, que definia ou estabelecia a divisão do processo de trabalho. Essa forma de organização havia determinado condutas estanques e hierarquizadas entre médico, enfermeiro e auxiliares de enfermagem da mesma forma que, na Odontologia, entre dentistas, técnicos de higiene dental (THDs) e auxiliares de consultório dentário (ACDs).

No âmbito das Unidades de Saúde, a questão da construção do processo de trabalho envolve a apreensão sobre novos objetos postos para as categorias profissionais e equipes do PSF, não mais fundamentados na hegemonia do saber clínico tradicional, mas na construção da evidência clínica contextualizada, nas acumulações de saber e em práticas interdisciplinares que dêem conta dos problemas numa realidade social contraditória. Nesse sentido, um dos desafios será conseguir alterar as condutas de resistência dos profissionais, sobretudo dos médicos. Sabe-se da acumulação cultural e histórica de tal resistência, bem como das dificuldades de mudança nas práticas em saúde ainda hoje vigentes, inclusive na atenção primária ou no PSF. Essas resistências são determinadas por acumulações geradas nos espaços de formação de recursos humanos da área da saúde e que caracterizam o perfil de algumas categorias profissionais.

A Integralidade na Atenção e Cuidados à Saúde

Na experiência acumulada de mais de duas décadas de implantação gradativa e contínua da rede municipal de saúde, somada aos 15 anos de criação do Sistema Único de Saúde — SUS — Curitiba, destaca-se a organização de serviços fundamentada na universalidade, eqüidade e integralidade, condições necessárias à consolidação da saúde como direito de cidadania e dever de Estado. A organização da assistência é baseada na ordenação da gestão da saúde, que toma como referência o diagnóstico de realidades locais e do município como um todo, respondendo às necessidades da população, seja no âmbito da ABS/SF ou da atenção especializada em todos os níveis de resolutividade.

A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba investe num conjunto de programas estratégicos para a população nos diferentes ciclos de vida, e em problemas específicos, e orienta práticas clínicas assistenciais, a partir de pressupostos da Medicina baseada em evidência, definindo assim novos instrumentais de trabalho, a exemplo dos protocolos clínicos assistenciais. Esses protocolos servem como linhas de condutas das ações e práticas profissionais, orientando procedimentos específicos ou um conjunto de atividades, desenhadas seqüencialmente, com papéis e funções pré-referidas do que se espera na atenção à saúde por parte de profissionais, o que resulta na integridade e qualidade da atenção à saúde.

Nesse sentido, os protocolos assistenciais, quando implantados e efetivamente incorporados à prática dos profissionais de saúde, são instrumentos que asseguram a integralidade da atenção à saúde da população. Podem ser considerados aportes instrumentais da gestão da clínica e gestão de patologias, que ampliam a resolutividade na ABS/SF e demais pontos de atenção do SISS.

Num momento histórico, a implementação político-financeira da Atenção Básica foi impulsionada pela assinatura do termo de compromisso entre o município e o governo federal, através do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família — PROESF, uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial — BIRD, voltada à organização e ao fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no país. Nesse sentido, o PROESF expande e consolida hegemonicamente a estratégia de Saúde da Família de Curitiba para 50% de uma população de 1.644.600 pessoas residentes no município.

As pactuações de compromissos com as equipes para cobertura de indicadores da Atenção Básica são negociadas a partir dos recursos de infra-estrutura instalados, de parâmetros do pacto municipal, assumidos com o Ministério da Saúde, das diretrizes firmadas nas Conferências Municipais de Saúde, realizadas a cada dois anos, e das metas mobilizadoras da política municipal de saúde, a exemplo da "Redução da Mortalidade Infantil a um Dígito", cuja taxa em 2002 fechou em 11,8 por mil nascidos vivos.

Cada meta se traduz em uma estratégia de vigilância à saúde para as equipes e US. Os resultados podem ser aferidos através do aumento significativo da cobertura dos programas, na atenção interdisciplinar e na qualidade dos cuidados desenvolvidos pelas equipes, que se traduzem na redução da mortalidade materna e infantil, aumento da expectativa de vida e outros.

As equipes atuam orientadas por protocolos que representam consensos e normalizam condutas clínicas assistenciais no processo de trabalho das equipes ABS/ SF, e que repercutem também na rede de atenção especializada e hospitalar que compõem o SISS — Curitiba. Encontram-se implantados os protocolos dos programas: Mãe Curitibana; Saúde Mental; Atenção às Mulheres Vítimas de Violência; Mulher de Verdade; Prevenção de Câncer de Colo e Mama; Planejamento Familiar; Saúde Bucal; Crescendo com Saúde e Saúde do Adolescente; entre outros desenvolvidos pela SMS, que reproduzem a lógica da integração dos serviços e integralidade da atenção e cuidados à saúde em todas as fases do ciclo de vida.

As Unidades Básicas trabalham com a atuação de clínicos, pediatra e gineco-obstetra, enquanto as unidades de Saúde da Família atuam na prática médica generalista. Essas duas modalidades de serviços organizam a atenção à saúde numa territorial definida, cadastram os usuários estabelecendo vinculação da população residente com a US,

estruturam o planejamento local no contexto de abrangência, pactuam metas de cobertura dos programas estratégicos com as equipes, realizam a vigilância à saúde, monitoram e avaliam os resultados. É construído através de uma trajetória específica e qualificada no processo de descentralização e regionalização do setor, resultando no fortalecimento da gestão local e ampliação do acesso aos serviços de saúde pela população.

As Unidades de Saúde da Família, mais especificamente, focalizam atenção a uma população adscrita de microáreas de responsabilidade de uma Equipe de Saúde da Família — ESF (1 médico, 1 enfermeiro,4 auxiliares de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde) e uma Equipe de Saúde Bucal — ESB (1 dentista, 1 técnico de higiene dental e 2 auxiliares de consultório dentário), responsáveis por aproximadamente, 3.450 pessoas ou mil famílias. Essas duas equipes desenvolvem em conjunto as ações estratégicas no âmbito da assistência e vigilância à saúde no espaço extramuro da US e realizam procedimentos clínicos e de cuidados às famílias no domicílio, quando necessário. Assim, constroem um processo de trabalho específico, pautado nos princípios da humanização, vínculo, responsabilização e integralidade da atenção às famílias que necessitam de uma abordagem diferenciada e longitudinal no seu ciclo de vida familiar.

Para ampliar a qualidade da atenção, destacam-se os convênios estabelecidos com as universidades e associações de profissionais para a formação do potencial de trabalhadores de saúde, a exemplo dos cursos de especialização em Gestão da Saúde, Saúde da Família, Habilidades Clínicas na APS (PROFAM), além de outras capacitações e educação permanente em serviço, que são continuamente desenvolvidas para implementar o processo de trabalho e resolutividade nas Unidades Básicas de Saúde — UBS e Unidades Saúde da Família — USFs.

A experiência da gestão de cuidados pelas equipes de saúde na ABS/ SF é demonstrada pela efetivação das práticas de acolhimento dos usuários, busca ativa a programas específicos, internação domiciliar ou ambulatorial, atividades de educação em saúde e fortalecimento do vínculo com as famílias e comunidade, entre outras ações sistematizadas de cuidados que promovem a integralidade da atenção à saúde.

A prática do acolhimento é realizada pelos profissionais de saúde na abordagem dos usuários que buscam as US em relação à uma demanda específica, ou junto às famílias ou comunidade, nos equipamentos sociais, quando são realizadas as visitas de diagnóstico ou monitoramento da atenção pela equipe. O denominado "acolhimento solidário" é uma estratégia do processo de trabalho implantada para dar respostas à demanda imediata, agilizar condutas administrativas, ordenar prioridades da atenção assistencial e humanizar a abordagem através da escuta ativa aos usuários dos serviços. Por outro lado, foi um

modo de inverter o eixo da atenção à saúde, centralizado na consulta médica, que trouxe benefícios para os usuários, deslocando a pressão da demanda para a categoria da enfermagem, hoje a responsável pelo acolhimento.

Quando se implantou esta estratégia, foram mobilizados todos os profissionais lotados na rede de serviços próprios da SMS, os quais participaram de um processo de sensibilização e formação específica, consolidando-se assim uma nova cultura de prática humanizada às pessoas e suas necessidades complexas aos que procuram as unidades ou são acolhidos em suas residências pelas equipes de Saúde da Família.

A busca ativa a programas específicos ou atenção clínica assistencial é uma conduta de vigilância à saúde para situações de sensibilização e adesão ao processo terapêutico ou de educação à saúde do usuário, realizada numa abordagem domiciliar por um ou mais profissionais de saúde. A busca ativa estabelece não apenas o resgate dos sujeitos que têm problemas, necessidades e prioridades indiferenciadas, muitas vezes desconhecidas da equipe ou da US.

Essa conduta, quando trabalhada respeitando as individualidades, resgata a noção do autocuidado e estabelece o direito à saúde para aqueles que muitas vezes não têm uma rede de apoio ou referência familiar cuidadora. A busca ativa é realizada para aqueles sujeitos ou famílias que se encontram em situação de risco ou estão participando de rotinas terapêuticas, a exemplo do tratamento de doenças crônico-degenerativas e situações de risco à saúde, como uma criança não vacinada na data programada. Atualmente, os profissionais mais envolvidos na busca ativa, mas não únicos entre auxiliares de enfermagem, enfermeiros, auxiliar de consultório dentário, entre outros, é o agente comunitário de saúde. Lembrando os dizeres de um médico da Saúde da Família: "os ACS são os olhos e nossos braços estendidos nas famílias e na comunidade" (US SÃO DOMINGOS).

O internação domiciliar ou ambulatorial é uma prática incipiente na rede da atenção básica, sendo desenvolvido mais especificamente pelas equipes de Saúde da Família e poucas unidades de atenção básica tradicional. É um procedimento assistencial de cuidado humanizado, para aqueles usuários portadores de doenças terminais ou crônicas, entre outras, atendidas e monitoradas pelas equipes. Para cada caso, as equipes desenvolvem uma rotina de procedimentos e cuidados, compartilhados interdisciplinarmente, e com a participação das famílias. A validade e resolutividade desta forma de atenção só acontece quando existem condições de infra-estrutura no domicílio, que assegure qualidade correspondente ao internação hospitalar. O diferencial do internação domiciliar está relacionado ao cuidado humanizado, individualizado, ao apoio dos familiares e ao compromisso da equipe de saúde. Para segurança da equipe de saúde e dos familiares, deve ter o aporte da infra-estrutura de serviços, nos diferentes pontos de atenção do sistema de saúde.

A abordagem de vínculo, traduzido pelo compromisso dos profissionais de referência com as famílias e comunidades onde atuam, promovem novas práticas, mobilizam recursos para atenção integral à saúde, seja da participação dos próprios usuários, no âmbito institucional, ou de participação intersetorial comunitária. Mais especificamente nas USFs, as equipes têm demonstrado avanços na relação de vínculos construídos com a população.

Um trabalho de pesquisa realizado através da estratégia de coleta de dados, denominada grupos focais (RIBEIRO, 2002), apreendeu na discussão de uma Equipe de Saúde Familiar a categoria Pertença e Vínculos Comunitários. A noção de pertença representa a condição de pertencer a uma referência estabelecida: família, comunidade, cidade, país e cultura específica. Está relacionada à percepção e ao exercício da participação na família, na comunidade e nas políticas públicas, entre outros setores de produção e reprodução da vida em sociedade. Esse conceito especifica também a condição de adesão dos profissionais a um "território" definido, os quais apreendem com a cultura local, estabelecem compromisso e confiança com o sujeito-família, participante de uma problemática comum.

No território da Unidade de Saúde, as equipes trabalham com um volume fixo de pessoas e famílias. Nesse contexto, há um percentual de pessoas que se mudam, mas os que permanecem, na maioria, são reconhecidos pelo nome, parentesco, relações afetivas, culturais, econômicas e outras formas de inclusão na vida comunitária. Para reconhecer o território e fortalecer a concepção do vínculo, começa-se pela forma de olhar a comunidade:

> proximidade e vínculo... olhar através dos cinco dedos... conhecer de uma forma diferente, conhecer um pouco mais a história dessas famílias, o contexto onde elas estão inseridas e aí estar indo além disso, investigando mesmo, conversando, estabelecendo confiança. E aí a gente vai chegar em uma história, que é muito além ... (USF Jardim Santos Andrade).

Daí a constituição necessária de espaços democráticos no âmbito das relações de trabalho das equipes na ABS/SF. Espaços de discussão das práticas e de aprimoramento dos referenciais teórico-metodológicos. Espaços de abertura para a participação de novos sujeitos responsáveis pela construção da prática social da saúde, a exemplo das organizações populares, cujas trocas com os profissionais de saúde levam à transformação das concepções de mundo destes mesmos profissionais.

Há que se construir um processo de trabalho a partir de uma abordagem ampliada da definição de problema na comunidade, não centrado apenas no ponto de vista técnico, mas aproximado da realidade de quem vive os problemas. Buscar apropriação a partir do ponto de referência daqueles que definem e sentem os problemas é condição necessária para as equipes atuarem num espaço territorial e organizarem suas práticas em saúde.

A noção de integralidade da atenção está diretamente relacionada à qualidade da atenção, como forma de alcançar melhores respostas às necessidades de uma população,

melhor relação custo-benefício a situações de riscos à saúde, efetivando-se a promoção da saúde. A qualidade e a satisfação dos usuários estão diretamente relacionadas às condições de acesso aos serviços, relações de abordagem humanizada, atuação interdisciplinar e intersetorial, continuidade e coordenação da atenção. Essas são as questões que compreendem o exercício da integralidade.

Observamos que a qualidade da atenção médica e de toda a equipe baseia-se nas condutas e na relação sujeitos - famílias e equipe de saúde. As condutas são influenciadas pelas concepções em relação ao processo saúde-doença, aos cuidados técnicos que envolvem adequação do diagnóstico e da terapêutica, de acordo com os protocolos clínicos assistenciais, compreensão do ambiente sociocultural e motivacional de cada sujeito do processo.

As atividades de educação em saúde perpassam todas as etapas do processo de trabalho na ABS/ SF, nas ações individuais ou coletivas, hoje implementadas com a concepção de educação permanente. É um processo construído não apenas com a participação efetiva dos trabalhadores de saúde, mas também com o envolvimento dos usuários, os quais estimulam a implementação de ações, condutas e estratégias da promoção à saúde.

Um outro aspecto da integralidade refere-se à qualidade de informações constantes no prontuário família-usuário. As informações são a base de referência para a coordenação e a continuidade da atenção pelos demais profissionais ou serviços que compõem a rede de cuidados à saúde. Com o prontuário informatizado, interligado em rede às unidades que compõem a estrutura de serviços de saúde do município de Curitiba, as informações podem ser conhecidas, avaliadas e analisadas pelo grupo técnico-gerencial, nas áreas específicas da epidemiologia, da produção de serviços e processo de trabalho. Esta base de informação é acessível à auditoria e à regulação do sistema e serviços de saúde.

Quando esse sujeito busca formas específicas de cuidado, procurando a atenção médica, antes que qualquer médico formule um diagnóstico, ele próprio já se considera na condição de paciente. Da percepção desse sofrimento, na interação com os códigos culturais para seu entendimento e apresentação, e dos recursos tecnológicos disponíveis, surge a demanda por serviços de saúde. Ou seja, as dimensões do sofrimento (demanda) e da atenção (oferta) são dialeticamente co-produzidas (CAMARGO, 2003, p.38).

Geralmente, quando os usuários procuram os serviços de saúde não buscam limitadamente consultas ou procedimentos, buscam cuidado. Para o sujeito que sofre, a atenção e o cuidado são necessidades concretas. As expectativas são indiferenciadas; por isso, os profissionais devem ter flexibilidade na comunicação e abordagens mediadoras que elevem a autonomia dos usuários. Devem ainda pactuar relações de autocuidado com os sujeitos e familiares, os quais devem ser orientados para participarem do processo de melhoria da saúde e qualidade de vida.

Como uma das experiências de integralidade, o Programa Mãe Curitibana, implantado em 1999, demonstra a gestão do cuidado a gestantes, firmando a relação de compromissos da Rede de Unidades de Saúde e Hospitais, garantindo atendimento mais humanizado e de maior qualidade. Para as equipes, o Programa Mãe Curitiba estabelece uma responsabilização pela saúde da mãe e filho. O programa estabeleceu a garantia da vinculação da gestante à maternidade de referência durante o pré-natal. No 6º ou 7º mês de gestação, a mãe visita o serviço onde acontecerá o parto. É nesse momento que se estabelece o vínculo da gestante com a equipe do hospital, promovendo assim segurança e satisfação das gestantes. Numa pesquisa realizada pelo Conselho Municipal de Saúde no ano de 2000, com gestantes de todas as unidades de saúde, obteve-se o resultado de 95% de mulheres satisfeitas depois de atendidas pelo programa.

Em resumo, o Programa Mãe Curitibana tem-se constituído num exemplo de prática de acolhimento e integralidade da atenção às gestantes. Atualmente, o programa está se qualificando através de uma estratégia que estabelece uma premiação a ser concedida anualmente aos serviços de saúde — Unidades de Saúde, Hospitais vinculados ao programa e Comitês em Defesa da Vida que obtiverem os melhores resultados no foco da humanização do pré-natal, parto e puerpério. O processo de avaliação será realizado pelas puérperas, equipes de saúde, Conselhos Locais de Saúde, Hospitais e Comitês de monitoramento e a sistematização, coordenações Distritais e do Programa Mãe Curitibana na SMS.

A avaliação final será realizada pelo Corpo Gerencial da SMS e submetida à aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba. Esse prêmio será concedido anualmente, no mês de março, em comemoração da implantação do Programa Mãe Curitibana e Pacto pela Vida, valorizando os parceiros destes programas. Destacamos um dos maiores compromissos da SMS, expresso no "Pacto pela Vida", estabelecido com as equipes e movimentos comunitários no sentido de reduzir a mortalidade infantil no município para apenas um dígito, em 2005. Para tanto, além do investimento na rede de serviços de saúde, as mães e as crianças de risco contam com uma rede de solidariedade, composta por voluntários que atuam nos Comitês em Defesa da Vida.

Destacam-se ainda outros compromissos estratégicos de gestão do sistema municipal de saúde, que se desenvolvem na mesma proporção, considerando o tempo de organização técnica e política, como os programas: Nascer em Curitiba; Crescendo com Saúde; Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência; Viva Mulher; Planejamento Familiar, Mulher de Verdade; Saúde do Idoso; Cárie Zero; Saúde Mental; DST/Aids; doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, câncer, tuberculose, hanseníase, entre outras); Saúde do Trabalhador, Controle de Zoonoses (mordedura de cão, leptospirose, dengue, loxoceles) e as doenças e agravos por causas externas (acidentes, violência).

Esse processo aponta, a médio e longo prazo, para uma estratégia de gestão voltada para resultados, que valoriza a saúde familiar, o cuidado com os portadores de patologias crônicas e riscos populacionais. Em especial, reforça a prática do autocuidado e institui profissionais e usuários como sujeitos, numa relação de cidadania organizada nos planos individual, familiar e social.

Considerações Finais

De fato, uma das principais contribuições desta experiência é que os avanços e resultados alcançados estão relacionados a conjunturas de continuidade e determinação técnica e política, condições que agregaram capacidade gerencial na estruturação da Rede de ABS e SF que compõem o Sistema Integrado de Serviços de Saúde em Curitiba. Destaca-se ainda a contribuição de estratégias intersetoriais, entre outras o "Modelo Colaborativo", experiência iniciada em 1999 no Distrito Sanitário Cajuru, implantada com apoio técnico da Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional — CIDA, a qual enfoca o desenvolvimento social e a qualidade de vida e saúde ancorados na parceria efetiva entre governo, iniciativa privada e sociedade civil. No trabalho intersetorial, que expandiu em todos os Distritos Sanitários, agregam-se diferentes formas de organização e expressão participativa de integralidade das ações no setor saúde.

No âmbito das Unidades de Saúde, a questão da construção do processo de trabalho envolve a apreensão sobre novos objetos postos para as categorias profissionais e equipes da ABS/SF, não mais fundamentados na hegemonia do saber clínico tradicional, mas na construção da evidência clínica contextualizada, nas acumulações de saber e práticas interdisciplinares e intersetoriais que dêem conta dos problemas numa realidade social contraditória. Nesse sentido, um dos desafios será conseguir alterar as condutas de resistência de profissionais,inseridos nos diferentes pontos de atenção à saúde. Sabe-se da acumulação cultural e histórica de tal resistência, bem como das dificuldades de mudança nas práticas em saúde ainda hoje vigentes, inclusive na ABS/SF. Essas resistências são determinadas por acumulações geradas nos espaços de formação dos trabalhadores da área da saúde e que caracterizam o perfil de algumas categorias profissionais.

Vivenciamos um momento histórico que implica determinação política e capacidade organizacional do sistema e serviços de saúde que serão apreendidos num processo de avaliação, cuja necessidade é argumentada por Hartz (2002) como fundamental nesta discussão: qualificar e institucionalizar a avaliação nos diversos níveis de governo comprometidos com as mudanças do modelo assistencial no SUS. E portanto, a autora acima afirma que o desafio de "qualificar" as avaliações no âmbito institucional está diretamente vinculado à capacitação de recursos humanos, do nível central ao local, que assegure nesse processo mais do que uma determinação institucional, ou seja, passamos hoje a nos preocupar com a necessidade de formação de uma massa crítica, composta da participação de gestores e trabalhadores de saúde que venham exercer qualificadamente o processo da avaliação dos serviços de saúde, sob o ponto de referência dos diferentes atores sociais.

Referências

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1, 1978, Alma-Ata, URSS. **Cuidados Primários de Saúde.** Brasilía: OMS: UNICEF, 1978.

CAMARGO Jr., Kenneth R. "Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade". In: PINHEIRO; MATTOS (Orgs). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2003.

HARTZ, Zulmira M. A. "Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica". **Revista Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, n.7, p. 419-421, 2002.

MENDES, Eugênio V. "O processo social de distritalização da saúde". In: MENDES, E. V. (org). **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3.ed. São Paulo: HUCITEC,1995.

MENDES, Eugênio V**. Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

PEDOTTI, Maria Alice; MOISÉS, Samuel Jorge. "A história dos 20 anos de Atenção Primária à saúde em Curitiba e outras 'estórias'". **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, nov. 2000.

RAGGIO, Armando; GIACOMINI, Carlos H. "A permanente construção de um modelo de saúde". **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n 16, dez 1996.

RIBEIRO, Elisete Maria. **A Atenção Primária à saúde em Curitiba:** o trabalho no Programa Saúde da Família. 2001. Dissertação (Mestrado) – PUC, São Paulo, 2001.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

CAPÍTULO 3
A EXPERIÊNCIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ESTÍMULO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA–BA

Jussiara Barros Oliveira

Enfermeira,Técnica da Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista-Ba, Especialista em Saúde da Família — UnB–DF

Stael Cristine Gusmão

Assistente Social, Coordenadora do Núcleo de Controle Social, Secretaria Municipal de Saúde do Município de Vitória da Conquista-BA, Especialista em Comunicação em Saúde — UESB–BA

Resumo

O presente artigo relata a experiência do município de Vitória da Conquista — Bahia, quanto à contribuição da Estratégia Saúde da Família na participação popular e controle social no SUS. Destaca também a importância da gestão pública municipal, na valorização de espaços democráticos definidos por bases legais, atrelados às políticas sociais, que estimulam o exercício da cidadania e co-responsabilidade social. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família tem sido a política adotada pelo município para a reorientação do modelo assistencial, tornando a comunidade ator social e político importante para a construção de um Sistema Local de Saúde. A trajetória de organização e formação dos Conselhos de Saúde, bem como da capacitação permanente dos conselheiros é apresentada neste artigo, tendo o processo educativo como ponto de partida para instrumentalizar a população de conhecimentos que favoreçam sua emancipação política.

DESCRITORES: Estratégia Saúde da Família. Participação. Controle Social. Processo Educativo

Introdução

Vitória da Conquista está localizada no Sudoeste da Bahia, no polígono da seca, sendo o terceiro município do estado, distante 510 km da capital, com população estimada de cerca de 270.364 habitantes, com taxa de urbanização de 86% e população rural distribuída por 284 povoados em dez distritos. A cidade está no centro de um importante cruzamento rodoviário, ligando pela BR-116, o Norte ao Sul do país, e por estrada estadual o Leste ao

Oeste, facilitando grande concentração de migrantes. As atividades econômicas basicamente giram em torno da produção agrícola de café e do setor terciário (de comércio e serviços), sendo este o que mais cresce atualmente e também o mais dinâmico da economia municipal: a sua participação na renda está estimada em 50%, e é o setor que mais gera emprego.

A cidade polariza uma região com mais de 80 municípios com cerca de dois milhões de habitantes, inclusive cidades do Norte-Nordeste de Minas Gerais, tornando-se o principal centro regional na prestação de serviços nas áreas de educação e saúde, contando com serviços médicos especializados, uma universidade pública estadual e três privadas.

A partir de janeiro de 1997, quando assumiu a administração municipal, o atual governo vem implementando políticas sociais nas áreas de educação, saúde e assistência social de forma participativa, estimulando a co-responsabilidade social, a autonomia das instituições sociais e o controle social. Esta forma de gestão de perfil democrático e popular tem como objetivo reduzir as desigualdades sociais, desconcentrar poder e garantir participação popular nas decisões das políticas públicas; "ou seja, não poderíamos considerar política social, senão aquela que toca o espectro das desigualdades sociais, reduzindo-as" (DEMO, 1988, p.6).

Em janeiro de 1997, o governo atual assumiu o município com uma dívida de U$ 28,6 milhões, para uma arrecadação anual inferior a U$ 10,3 milhões. Os salários do funcionalismo estavam atrasados em cinco meses e havia um quadro de precariedade em todos os serviços prestados à comunidade, como o de limpeza pública, que se encontrava paralisado. As primeiras ações da administração foram no sentido de saneamento financeiro, colocando em dia os salários, pagando os fornecedores, renegociando as dívidas da previdência e contribuições trabalhistas, possibilitando o início da expansão da oferta de serviços ainda no primeiro ano de governo.

Na Secretaria Municipal da Saúde (SMS), a situação não era diferente, existiam apenas 195 funcionários, e desses somente 8 eram médicos contratados pelo município. A rede era composta de 7 Unidades Básicas de Saúde, em péssimas condições de funcionamento, com baixa oferta de ações e serviços, inexistência de medicamentos e materiais de consumo e com profissionais completamente desmotivados. As ações de vigilância Epidemiológica e Sanitária sequer tinham sido implantadas efetivamente e a cobertura vacinal em gestantes e crianças era muito baixa. O Conselho Municipal de Saúde encontrava-se desativado (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2002).

Priorizou-se oferecer uma assistência integral que pudesse dar cobertura à maioria absoluta das famílias de baixa renda do município. A política de saúde previu o aumento

dos profissionais, ampliação dos serviços e equipamentos, ações na área de prevenção, de cobertura vacinal e redução da mortalidade infantil. Assim, foi elaborado o plano municipal de saúde em 1998, através de fóruns populares, coordenados pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2002).

Logo o município de Vitória da Conquista optou pela implantação da Estratégia Saúde da Família, como instrumento de reestruturação do Sistema Local de Saúde, ampliando o acesso aos serviços de saúde, potencializando a capacidade resolutiva da Atenção Básica.

A Estratégia Saúde da Família é entendida nesse contexto através da lógica da vigilância da saúde, representada pela concepção da saúde centrada na promoção da qualidade de vida (BRASIL, 2000). Porém, essa nova modalidade de atenção a saúde nos revela a necessidade de garantir a integralidade das ações, redesenhando um novo fluxo dos usuários nos demais níveis de atenção.

As bases legais do direito à saúde são postas, nesse contexto, como direito de cidadania, valorizando a participação popular nas decisões sobre a política de saúde por meio das relações que são estabelecidas entre os profissionais das equipes de saúde da família e da comunidade.

A participação popular e o controle social têm-se dado através dos diversos Conselhos Municipais, Conselhos Locais de Saúde (CLS), Orçamento Participativo e, mais recentemente do Congresso da cidade, bem como das diversas Conferências Municipais que a cidade vem realizando durante todos estes anos. Reconhecemos, porém, que esta não seja uma tarefa das mais fáceis de um governo desempenhar, porque depende constantemente do exercício da autocrítica e do entendimento de que um dos papéis do Estado é de instrumentalizar a população de conhecimentos que favoreçam a sua emancipação política. Como afirma Demo:

> Fundamental é, pois, restabelecer o confronto dialético entre Estado e sociedade civil. Não dicotomia, porque um é cria da outra, e as pessoas e os grupos se entrelaçam nos dois. Mas relação federativa de controle democrático, de baixo para cima. Até porque somente assim podemos fazer a defesa crítica do Estado, algo hoje de importância fundamental.

E ainda complementa "o Estado não é o que diz ser nem o que quer ser, mas o que a cidadania popular organizada o faz ser e querer"s (DEMO, 2003, p.54).

Uma outra questão que tem nos movido para a mobilização popular através das organizações dos diversos conselhos municipais e os conselhos locais de saúde, é o entendimento de que essa mobilização precisa ser exercida enquanto processo educacional. Assim, concordamos plenamente com Paulo Freire (FREIRE, 2003, p.130) quando diz: "é impossível organizar sem educar e sem ser educado pelo próprio processo de organizar.

Em segundo lugar, podemos aproveitar o processo de organizar para desenvolver um processo muito especial de educação". A forma como vem sendo estimulado o controle social no município parte do desejo de educar e, ao mesmo tempo, se educar nesse processo e construirmos, governo e população juntos, uma cidade verdadeiramente democrática e menos desigual, onde se busca prevalecer o respeito e a garantia pelos direitos conquistados que muitas vezes não são exercidos pela população. Para Bonamigo:

> A igualdade é o próprio fundamento da democracia. Embora o liberalismo clássico afirmasse que a igualdade de oportunidades era possível mediante a igual atribuição dos direitos fundamentais, esse postulado foi perdendo cada vez mais a veracidade e deixando claro que a igualdade de direitos não é suficiente para tornar as oportunidades acessíveis a quem é socialmente desfavorecido (BONAMIGO, 2000, p.42).

Com essa forma democrática de gestão, o município vem alcançando resultados positivos na qualidade dos serviços prestados à comunidade. A política de saúde do município é um exemplo de política pública exitosa, devido ao esforço coletivo empreendido pelos profissionais, gestores e usuários, que têm como prioridade a luta pelo cumprimento dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A Construção do Sistema Municipal de Saúde

Em 1997, com a situação caótica em que foi encontrada o Sistema Local de saúde, com péssimos indicadores de serviços e de saúde, reverter este quadro era um grande desafio para os gestores. Muito havia a ser feito, uma vez que o desejo era fazer valer um novo conceito de saúde, entendido como resultante das condições de vida da população, portanto dependente de políticas sociais sérias que tivessem como objetivo atender as reais necessidades da população.

Este novo conceito de saúde foi construído a partir do movimento da reforma sanitária, referendado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e inscrito na Constituição Federal de 1988, que em seu artigo 196 declara:

> A saúde como direito de todos e dever do estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para a sua promoção proteção e recuperação.

A Constituição Federal legitimou a participação da população no controle do SUS quando, em seu artigo 198, a determinou como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Em Vitória da Conquista, com a ativação do Conselho Municipal de Saúde em 1997, foram definidas, como prioridades: a expansão da oferta de serviços e a municipalização

do sistema. Após um intenso período de negociação, o município assumiu a Gestão Plena da Atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em fevereiro de 1998. A gestão municipal optou pela inversão da lógica do modelo assistencial, equipando e potencializando a rede pública municipal, permitindo dessa forma a concentração e a otimização dos recursos e o fortalecimento da Atenção Básica. Nesse sentido a Estratégia Saúde da Família tornou-se o eixo de reorientação desse modelo, possibilitando uma reestruturação da rede de serviços, apoiado nas diretrizes da universalidade, integralidade, eqüidade, descentralização e controle social.

A discussão com a comunidade local foi o fator catalisador do processo de implantação do PACS/PSF (Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família), que definiu com o conselho municipal as áreas de risco do município que seriam priorizadas. Em junho de1998 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com 6 equipes cobrindo 43% da população em áreas urbana e rural. No mesmo ano, em outubro, foi implantado o Programa de Saúde da Família — PSF, com os objetivos de ampliar a cobertura e reorganizar o sistema de saúde, transformando a Atenção Básica em sua porta de entrada. A princípio foram implantadas 5 equipes (6,5% de cobertura). Atualmente o município conta com 32 equipes e cobertura de 43%. Recentemente o município foi contemplado no projeto de expansão do Programa de Saúde da Família — PROESF, financiado pelo Ministério da Saúde e pelo Banco Mundial. Esse projeto permitirá ao município implantar mais 23 ESFs e atingir uma cobertura populacional de 70% até 2007.

As Equipes de Saúde da Família são compostas por: 1 médico, 1enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem para as equipes da zona urbana e 2 para zona rural, 1 cirurgião dentista para duas equipes, 1 auxiliar de cirurgião dentista, 8 agentes comunitários de saúde (ACS), 1 auxiliar administrativo, 1 auxiliar de serviços gerais, 1 vigilante por unidade de saúde e um motorista para as equipes da zona rural.Cabe ressaltar que a inserção do cirurgião-dentista ocorreu desde a implantação das primeiras equipes, por decisão da SMS e deliberação do Conselho Municipal de Saúde, tornando-se uma das experiências pioneiras no país.

A inserção dos profissionais no PSF ocorre através de processo de seleção pública, que contou inicialmente com a assessoria do pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a Saúde da Família. Esse trabalho foi desenvolvido sob coordenação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, que também realizou o treinamento introdutório das primeiras equipes. A Estratégia Saúde da Família estimula um processo permanente de capacitação dos profissionais, instrumentalizando-os a promover uma assistência integral, que garanta resolutividade às demandas

de saúde da população adscrita. Nessa perspectiva a Secretaria Municipal da Saúde tem realizado capacitações em diversas áreas de atuação como: controle social, hipertensão arterial, diabetes, AIDIP (atenção integral às doenças prevalentes na infância), pré-natal, imunização, planejamento familiar, dengue, DST/AIDS, prevenção do uso e abuso de álcool e outras drogas, saúde mental, saúde do Idoso, tuberculose, hanseníase, prevenção do câncer de colo cérvico-uterino, hepatites virais, descentralização das ações de vigilância epidemiológica e saúde do trabalhador.

Desde outubro 1998, o município mantém convênio com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família — ISC/UFBA/SESAB, que recebe residentes para estágio no PSF. Essa parceria tem-se mostrado bastante positiva, uma vez que a atuação dos residentes em Saúde da Família junto às equipes tem oportunizado uma maior reflexão destas sobre suas práticas, contribuindo para a implementação da estratégia.

Todos os profissionais do PACS/PSF são contratados pela Associação de Apoio à Saúde Conquistense (ASAS), que é uma organização não-governamental, formada por lideranças da sociedade civil organizada, oriundas do movimento sindical, entidades populares, e igrejas. A associação assegura aos profissionais contratados todas as garantias trabalhistas previstas na CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

Ainda na gestão da Atenção Básica, o município iniciou a implantação de alguns serviços de referência no nível de atenção especializada como: o laboratório municipal, que posteriormente foi ampliado e automatizado, o Centro de Referência em DST/AIDS, com serviços de Testagem Anônima, Atenção Especializada, Laboratório Especializado e Hospital — Dia, e o Centro de Referência em Pneumologia e Dermatologia Sanitária. Na gestão Plena do Sistema, foram implantados serviços de referência como: Centro de Reabilitação Física, Centro de Atendimento Psicossocial, Centro de Estudos em Atendimento a Dependentes Químicos, Centro de Diagnóstico por Imagem, Ambulatório de Hepatite C,resgate médico e central de leitos.

Ainda como retaguarda das Equipes de Saúde da Família, é assegurado um serviço de referência informatizado, para atendimento e procedimentos especializados, que conta hoje com 27 especialidades médicas. As Equipes de Saúde da Família, como constituem o primeiro contato do usuário com o sistema, funcionam como mecanismo de orientação do fluxo para atendimento especializado.

São disponibilizados por mês cerca de 30.000 procedimentos especializados, divididos por cota para as Equipes de Saúde da Família, municípios pactuados e outros serviços da rede municipal. Em Vitória da Conquista, como pode ser observado, a Estratégia Saúde da Família, além de prioridade, é parte do esforço e peça fundamental da estruturação

do sistema local de saúde. A partir de suas ações, tem sido impulsionada a oferta de serviços de referência e organizado o fluxo dos usuários, que, após a habilitação do município em gestão Plena Municipal, apresentou um incremento e diversificação na oferta de procedimentos pela rede SUS (SOLLA, 2002).

O sistema de referência para as Equipes de Saúde da Família também conta com uma rede hospitalar de atendimento pelo SUS, composta por 9 hospitais: 3 públicos (1 geral e 1 psiquiátrico estaduais, 1 materno-infantil municipal), 1 filantrópico (Santa Casa) e 5 privados (1geral, 1 obstétrico, 1 de especialidades e 2 pediátricos), além de um pronto-socorro municipal instalado em hospital conveniado.

Atualmente a rede de Atenção Básica é formada por 6 unidades, funcionando no formato do modelo tradicional, que são as áreas cobertas pelo PACS e 20 Unidades de Saúde da Família, sendo 10 unidades na zona urbana, que comportam 20 equipes e 10 unidades na zona Rural com 12 equipes. Alguns dados são importantes para mostrar o crescimento do acesso da população aos procedimentos em Atenção Básica, que evoluíram de 151.049 procedimentos em 1996, para 1.688.864 em 2002. As consultas médicas básicas em 1996 foram inferiores a 38 mil, atingindo 227.000 no ano de 2002.

A Organização do Controle Social no Município e os Coselhos Locais de Saúde — Contribuição do PSF

O processo de controle social realizado pelos conselhos de saúde imprime uma nova dinâmica de participação popular, redefinindo atribuições e responsabilidades de gestores e comunidade. Nesse sentido a SMS, a partir de 1997, por acreditar na gestão participativa como componente estratégico no planejamento de ações de saúde, reativou o Conselho Municipal de Saúde, que passou a desempenhar suas funções de co-participação na gestão municipal.

Também considerou o que dispõe a Lei 8.142/90, sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, que define como formas de participação as Conferências e os Conselhos Municipais de Saúde nos três níveis de governo, que são instâncias intermediadoras na relação Estado e sociedade. Especificamente em relação aos conselhos, a lei determina seu caráter permanente e deliberativo, tendo como função atuar na formulação de estratégias , no controle e execução da política de saúde, incluindo os aspectos financeiros. É composto por quatro representações: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo a representação deste último obrigatoriamente paritária, em relação ao conjunto dos outros membros.

Os primeiros Conselhos Locais de Saúde foram implantados no ano de 1998, inicialmente em 4 Unidades Básicas de Saúde, de modelo tradicional, e 2 Unidades de Saúde da Família. É importante destacar que a iniciativa de criação do CLS partiu da Secretaria Municipal de Saúde, discutida com o CMS, que aprovou e elaborou uma proposta de regimento para servir como orientação na criação e funcionamento desses conselhos. Os Conselhos Locais de Unidade de Saúde, também possuem caráter deliberativo, paritário, formado por representantes da população de uma área adscrita e profissionais de saúde que prestam serviço a essa comunidade estabelecendo, portanto, uma das relações mais próximas, criando possibilidades de parcerias nas intervenções de saúde. Tem como atribuições: discutir com a população questões que envolvem a saúde e comunidade; fiscalizar e avaliar o funcionamento da unidade propondo melhorias e contribuir para a elaboração da política de saúde do município. Os CLS possuem regimento próprio, elaborado pelos seus membros sob orientação da proposta inicial do Conselho Municipal de Saúde. As reuniões acontecem mensalmente em horário definido pela comunidade e equipe, tendo suas deliberações e encaminhamentos registrados em relatório. As demandas originadas dessas reuniões, que fogem à competência da Unidade de Saúde, são encaminhadas para a Secretaria Municipal de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde e outras secretarias da gestão municipal.

A criação dos CLS foi iniciativa da Secretaria Municipal da Saúde. O destaque se dá pelo fato historicamente observado da falta de conhecimento da comunidade acerca da participação popular no SUS, o que não impediu a SMS e o Conselho Municipal de Saúde de encaminharem o processo de formação, assessoria e acompanhamento dos CLS de maneira democrática e participativa. É importante essa avaliação por considerar que a participação popular, no sistema de saúde, pode ter duas vertentes: ser cooptada para servir aos interesses do Estado ou servir como espaço de luta, que possibilite o avanço nas propostas de ampliação das conquistas populares na área de saúde. É importante ressaltar que os conselhos são espaços de conflito de interesses, muitas vezes antagônicos entre usuários, governo e trabalhadores, que precisam ser enfrentados com transparência, para tentar evitar a cooptação dos usuários para o fortalecimento dos interesses dos outros segmentos.

A gestão municipal optou por estimular através da criação de espaços democráticos o desenvolvimento de práticas que possibilitem a emancipação política da comunidade. Como afirma Correia:

> Os mecanismos de participação institucionalizada na área da saúde, os conselhos e conferências, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem, por um lado, se constituir em mecanismo de legitimação do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais. Por outro podem ser espaços de participação e controle social, na perspectiva de ampliação da democracia (CORREIA, 2000, p. 63).

Em abril de 1999, o município vivenciou um momento bastante rico em discussões e participação popular, que foi a IV Conferência Municipal de Saúde. Esse momento foi marcado pela polarização em torno da habilitação do município à Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. A conferência foi organizada pelo Conselho e pela Secretaria Municipal da Saúde e contou com a realização de 76 pré-conferências, com a participação de quase 4 mil pessoas, que discutiram os rumos da saúde no município e elegeram 200 delegados, tendo sido realizadas pré-conferências em todas as áreas de abrangência do PACS/PSF, o que garantiu a expressiva participação da comunidade.

Essa conferência, simbolizou para o município o marco na luta por uma nova ordem social, onde prevaleceu a justiça e a esperança da construção coletiva de um sistema de saúde universal e equânime, referendando o controle social no município e a ampliação em 100% dos CLS das Unidades Básicas de Saúde.

Logo após a conferência, iniciou-se a mobilização para a formação do Conselho Local de Saúde, seguindo orientação do CMS. Em cada unidade de saúde, foi divulgado edital de convocação para a formação do conselho, com antecedência de no mínimo 60 dias, período para realização de oficinas de sensibilização com a comunidade e profissionais de saúde das áreas de abrangência das unidades básicas. As oficinas tiveram como objetivo retomar as discussões proporcionadas na conferência municipal sobre controle social, sensibilizando a comunidade para a importância da construção de espaços de participação popular, como garantia da defesa e ampliação de direitos sociais. Na maioria das unidades de saúde, observou-se expressiva participação da comunidade e trabalhadores de saúde, principalmente dos agentes comunitários de saúde, atores de fundamental importância na sensibilização e mobilização da comunidade. Outros parceiros importantes foram as entidades da sociedade civil, como as associações de bairros e as igrejas.

A partir da formação dos Conselhos, a SMS realizava a capacitação dos conselheiros, que a princípio contavam apenas com os conselheiros titulares e suplentes. Posteriormente, as capacitações passaram a ser feitas, com a participação dos conselheiros e todos os membros da equipe de saúde da unidade de referência do conselho, o que ajudou bastante na mudança de comportamento dos membros das equipes de saúde, que tendiam a responsabilizar apenas os conselheiros pelo envolvimento nas ações desenvolvidas pelos conselhos.

As capacitações têm como objetivo instrumentalizar os conselheiros e equipes de saúde sobre o SUS, criando, assim, oportunidades para uma atuação mais conseqüente dos conselheiros. Nas capacitações são abordados temas como: evolução histórica da saúde no Brasil, LOS (Lei Orgânica da Saúde), Lei Orgânica do Município, formas de gestão, participação popular e controle social no SUS, modelos de educação em saúde,

estrutura e funcionamento da SMS. Assim, a participação da comunidade nas decisões das políticas públicas, é entendida como processo educativo.

Maria Luíza de Souza define assim o processo educativo da participação:

> O processo que se expressa através da conscientização, organização e capacitação contínua e crescente da população ante a sua realidade social concreta. Como tal é um processo que se desenvolve a partir do confronto de interesses presentes a esta realidade e cujo objetivo é a sua ampliação enquanto processo social (SOUZA,1987, p.84).

Hoje existem 21 CLS em funcionamento, com 186 conselheiros titulares e 186 suplentes. Somando-se aos 20 titulares e 20 suplentes do Conselho Municipal de Saúde, contamos hoje no município com 412 conselheiros de saúde, 80% desses capacitados, que vêm discutindo e deliberando sobre o sistema de saúde municipal.

Apesar de todos os conselhos terem sido capacitados, eram freqüentes as queixas por parte dos conselheiros da pouca participação da comunidade nas reuniões. Assim, em 2000, foram realizadas 10 oficinas em participação popular e controle social, com 355 agentes comunitários de saúde (ACS), fortalecendo a importância da contribuição política do ACS no processo de organização de controle social no SUS.

Foi criado, também, um grupo de estudo em controle social no SUS, com reuniões semanais que contou com a participação de 15 conselheiros locais e municipais, com o objetivo de desenvolver capacitação continuada, dando aos conselheiros oportunidade de aprofundar seus conhecimentos sobre o SUS.

Ainda como estratégia para ampliar a participação da comunidade nas reuniões dos CLS, em maio de 2000 foi realizada um oficina com o tema "Participação Popular", que contou com a presença de dois representantes de cada Unidade de Saúde (sendo um usuário e um profissional de saúde). Essa oficina objetivou a discussão sobre a participação popular, propondo caminhos para que os conselhos locais ampliassem a atuação em sua área de abrangência, contando com a participação de 30 conselheiros.

Em dezembro de 2000 e dezembro de 2001, foram realizados o I e II Encontro de Conselheiros de Saúde de Vitória da Conquista, que contou com a participação de 72 e 83 conselheiros de saúde, respectivamente. Nestes encontros avaliou-se o desempenho dos conselhos de saúde no controle social, com apresentação dos trabalhos desenvolvidos pelos conselhos, e encaminhamento de propostas para a efetivação do controle social no município.

Atualmente a Coordenação de Controle Social, com a colaboração de residentes do Instituto de Saúde Coletiva — ISC/UFBA, está ministrando um curso de capacitação para 23 conselheiros locais de saúde, com carga horária de 144 horas, oferecidas em momentos intercalados com 48 horas de concentração e 96 horas de dispersão, em que os componentes

do grupo realizam análise da situação operativa dos CLS, bem como a elaboração de projeto de intervenção com levantamento de estratégias para o incentivo da participação da comunidade.

Entende-se que apenas as capacitações não são suficientes para a garantia de uma participação efetiva da comunidade no sistema de saúde. Importante se faz o desenvolvimento de práticas democráticas no processo de trabalho das equipes de saúde e nos conselhos. Como afirma Bordenave (1983):

> A participação não é um conteúdo que se possa transmitir, mas uma mentalidade e um comportamento com ela coerente. Também não é uma destreza que se possa adquirir pelo mero treinamento. A participação é uma vivência coletiva e não individual, de modo que somente se pode aprender na práxis grupal. Parece que só se aprende a participar, participando (BORDENAVE, 1983, p. 74).

Outra experiência bastante positiva em participação popular em nossa cidade é o Orçamento Participativo (OP), que este ano realizou seu V Congresso. Há dois anos as plenárias do OP, que antecedem o Congresso, vêm sendo realizadas em parceria com a SMS, que mobiliza a comunidade, através das Equipes de Saúde da Samília desenvolvendo ações educativas em saúde. Em 2002, foram realizadas 60 oficinas em participação popular, DST/AIDS e alcoolismo. Foram 21 oficinas em participação popular (10 na zona urbana e 11 na rural), direcionadas para os agentes comunitários e agentes rurais de saúde, totalizando a participação de 317 agentes.

Em agosto 2003, vivenciamos uma outra experiência bastante rica. O município realizou o I Congresso da Cidade, um grande fórum de discussões, que determinou as linhas de construção do Plano de Desenvolvimento Local Integrado. O Congresso da Cidade foi construído a partir de diversos fóruns temáticos como: Direitos da Criança e do Adolescente, Direitos da Mulher, Juventude, Segurança Pública, Assistência Social, Economia Popular Solidária, Setores Produtivos e as Conferências Municipais de Saúde, Cidade e Meio Ambiente. Mais uma vez a estrutura da SMS, através do PSF, serviu como base para a mobilização e organização das plenárias das pré-conferências de saúde, da Cidade, e do Orçamento Participativo. Assim, o Congresso da Cidade cumpriu o papel de referendar as deliberações das conferências e dos fóruns temáticos, suscitando a co-responsabilidade social, criando e desenvolvendo práticas de gestão participativa, no âmbito no planejamento estratégico da cidade, propondo as diretrizes gerais para as políticas públicas do município, e reforçando a integração entre as diversas instituições do município (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2003).

Considerações Finais

Não podemos deixar de avaliar, como um fator extremamente positivo para a construção do Sistema Único de Saúde em nossa cidade, a participação popular e o controle social, incentivados pela implementação da Estratégia Saúde da Família.

A forma como tem-se desenvolvido o processo de trabalho das equipes de saúde da família, tem fomentado o exercício da cidadania pela comunidade, efetivando através dos CLS um dos princípios e diretrizes do SUS, que é a participação popular.

Mesmo com dificuldades em envolver uma parcela maior da comunidade para participar das reuniões dos conselhos, consideramos que o número de conselheiros existentes e o processo de capacitação que vem sendo desenvolvido pela SMS desde 1999 nos coloca no caminho da construção coletiva, na busca de uma sociedade que caiba em nossos sonhos de viver em um país mais justo, mais fraterno e mais igual.

O governo municipal e a população estão há 6 anos nesse processo de construção e fortalecimento das práticas de participação popular e do controle social. Essa nova forma de gestão pública valoriza espaços democráticos como: os Conselhos Municipais, os Conselhos Locais de Saúde, o Orçamento Participativo e o Congresso da cidade, estabelecendo nesse difícil, mas prazeroso exercício, o desafio pela busca permanente de uma Conquista Vitoriosa.

Referências

BONAMIGO, Rita Inês Hofer. **Cidadania**: considerações e possibilidades. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

BORDENAVE, Juan E. Díaz. **O Que é Participação?** São Paulo: Brasiliense, 1983.

BRASIL. "Capítulo II: Da Saúde". **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: Programa de Saúde da família. Brasília-DF, 2000.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Que Controle Social?** Os conselhos de saúde como instrumento. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

DEMO, Pedro. **Participação é Conquista.** São Paulo: Cortez, 2001.

DEMO, Pedro. **Política Social, Educação e Cidadania.** São Paulo: Papirus, 2003.

FREIRE, Paulo; HORTON, Myles. **O Caminho se Faz Caminhando**: conversas sobre educação e mudança social. Petrópolis: Vozes, 2003.

SOLLA, Jorge José S. "Experiências inovadoras no SUS". In: **Avaliação da Implantação das Ações de Controle, Avaliação e Auditoria na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, Maria Luíza. **Desenvolvimento de Comunidade e Participação.** São Paulo: Cortez, 1987.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Prefeitura Municipal. **Relatório Congresso da Cidade 2003.** Vitória da Conquista, 2003.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2002.** Vitória da Conquista, 2002.

CAPÍTULO 4
AVALIAÇÃO DOS USUÁRIOS SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VITÓRIA DA CONQUISTA — BAHIA — BRASIL

Simone Andrade Teixeira

Enfermeira, Mestre em Desenvolvimento Sustentável pela Universidade de Brasília, Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Coordenadora da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Tecnologia e Ciências de Vitória da Conquista – Bahia – Brasil. simone@uesb.br

Resumo

Este artigo apresenta um estudo sobre a satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família — PSF, no município de Vitória da Conquista — Bahia — Brasil. Tal pesquisa foi realizada em maio de 2001 e como instrumento de investigação optou-se pela aplicação de uma pesquisa de opinião, cujo instrumento foi um questionário. Os resultados indicaram uma grande satisfação popular com a estratégia Saúde da Família, mas também, problemas. Dentre eles, destacaram-se os relacionados à formação acadêmica dos profissionais de saúde, que apresentam um perfil ainda distante do necessário para o trabalho coletivo. Concluiu-se, afinal, que sob a ótica dos usuários a experiência de Vitória da Conquista pode ser considerada exitosa, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica e reorientação do modelo assistencial vigente, apontando para um maior equilíbrio entre as dimensões da sustentabilidade, e, conseqüentemente, para a promoção do Desenvolvimento Sustentável. Por outro lado, destacou-se a necessidade de urgentes ações intersetoriais, cujas ausências poderiam vir a comprometer a manutenção e expansão da estratégia Saúde da Família.

DESCRITORES: Sistema Único de Saúde — SUS. Programa de Saúde da Família — PSF. Avaliação de Usuários. Saúde e Desenvolvimento Sustentável.

1. Nosso Modelo de Saúde

Inauguramos o século XXI experimentando um profundo sentimento de contradição que se refere a campos distintos da vida: contradição entre os avanços da ciência e da tecnologia e as condições precárias de vida de grande parte da humanidade; entre de-

senvolvimento econômico e desigualdade social; contradição entre a grande produção mundial de grãos e a fome da qual padecem milhões de pessoas no mundo, entre os avanços da Medicina e a precariedade da saúde da população. A Medicina foi capaz de prolongar a longevidade humana, sem, entretanto, dar mais vida aos nossos dias.

A realidade do início do século XXI põe em xeque o grande avanço da ciência e da tecnologia, desde que dissociadas da ética, assim como questiona a defasagem entre cérebro e coração (BUARQUE, 1999). E, ao contrário de outros períodos históricos, estamos vivendo uma época em que velhas certezas, tais como a crença na inesgotabilidade dos recursos naturais e na existência de um progresso contínuo e ilimitado, têm-se revelado verdadeiras ilusões.

Um dos campos do saber mais marcado pelo avanço técnico-científico foi a Medicina. No entanto, como o progresso das técnicas visa mais ao indivíduo que à coletividade, sem representar uma melhoria da saúde da população em geral, as mudanças tanto são extraordinárias quanto frustrantes. Mais: sob o ponto de vista ético, ou da aplicabilidade das técnicas para a elevação das condições de vida das pessoas do planeta, os novos conhecimentos médicos são pouco aplicáveis para melhorar as condições de vida de boa parte de seus habitantes, que continuam convivendo com as doenças imunopreveníveis e evitáveis através do saneamento básico.

Em nosso meio, a Medicina passou a ser exercida com base em regras extraídas do espírito da racionalidade moderna, com a incorporação de uma tecnologia impessoal que reduz os momentos de manifestações da subjetividade e de avaliações socioantropológicas. Isso produz graves rupturas não só no relacionamento médico-paciente, mas também no atendimento do próprio ser humano, que praticamente não participa, como sujeito, das decisões sobre sua saúde.

Como reflexo dessa prática médica, o modelo de saúde passou a ser centrado na doença, na especialidade e no mercado, constituindo-se em um modelo caro, excludente e de baixo impacto sobre a saúde da população em geral. Segundo Illich (1975, p.44), "o nível de saúde não melhora quando aumentam as despesas médicas: Cabe então concluir pela ineficácia global crescente da empresa médica e que a sociedade se torna rapidamente cada vez menos sadia."

O modelo de saúde predominante no Brasil, embora hábil na resolução de alguns problemas de saúde individuais, é excludente para a maior parte da população, não apresenta impactos positivos nos indicadores de saúde e compromete o equilíbrio entre as diversas dimensões da sustentabilidade sugeridas por Sachs (1993), envolvidas na busca por um Desenvolvimento Sustentável.

Assim, sob a ótica do Desenvolvimento Sustentável, tal modelo apresenta: baixa sustentabilidade social, pois, centralizando-se no mercado, discrimina ao invés de promover a eqüidade, a solidariedade social e a igualdade de direitos à dignidade humana; baixa sustentabilidade econômica, primeiramente como simples decorrência de sua baixa sustentabilidade social e, em segundo lugar, pelos elevados custos associados; baixa sustentabilidade político-institucional, porque seu controle escapa do âmbito de decisões político-participativas; baixa sustentabilidade cultural, porque desvaloriza o saber tradicional e o poder pessoal através de uma "colonização médica" apoiada na especialização; baixa sustentabilidade ecológica, pois transforma a dor e a doença em estímulos à produção de mercadorias, e a saúde como coisa a ser comprada e não conquistada através de hábitos diários e do equilíbrio com o meio ambiente.

Vivenciamos, no Brasil, dois projetos alternativos em permanente tensão: um hegemônico, o projeto neoliberal, e o outro contra-hegemônico, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado pelo movimento da reforma sanitária, cujos fundamentos reflexivos surgiram ainda no período da ditadura militar e viriam a concretizar-se através do texto constitucional de 1988. O artigo 196 da Carta Constitucional assume a saúde como um direito de todos e dever do Estado, enquanto o artigo 198 explicita as principais diretrizes que devem orientar sua instituição:

> As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
>
> I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
>
> II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III. Participação da comunidade (BRASIL, 1999).

Após 15 anos de vigência no direito constitucional, o modelo ainda não conseguiu se estabelecer, à exceção de alguns municípios, que com muita determinação e vontade política vêm esboçando a sua verdadeira formatação. Tal formatação se dá dentro do contexto de crise mundial na saúde, da qual nem os países mais abastados estão isentos. Cabe, entretanto, destacar e reiterar o caráter processual do SUS e a necessidade de dar tempo e condições a esse processo que, por envolver mudança paradigmática e transformação cultural, é, por natureza, de maturação lenta, necessita de vontade política, clareza estratégica, paciência histórica e competência técnica para ser construído na prática social. Reformas sociais, em ambiente democrático são, por natureza, lentas e politicamente custosas. Mudanças rápidas são típicas de regimes autoritários.

Nesse contexto o município de Vitória da Conquista — Bahia — Brasil vem se destacando pelo esforço de viabilização do modelo SUS e pela tentativa de aplicação de suas diretrizes constitucionais. Priorizou-se o fortalecimento da Atenção Básica através das estratégias

do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e há estímulo ao controle social, não só através do Conselho Municipal de Saúde, como também através dos Conselhos Locais de Saúde existentes nas unidades do PSF.

Muitos estudos têm-se debruçado sobre o PSF; no entanto, poucos têm privilegiado a visão dos seus usuários. O estudo ora apresentado dedicou-se a investigar a satisfação dos usuários com a estratégia Saúde da Família em Vitória da Conquista.

2. O Olhar da Comunidade sobre o Programa Saúde da Família

A maior conquista desse quarto de século de lutas para melhorar o sistema de saúde brasileiro é o texto da nova Constituição. Ele consagra o resgate da saúde da condição de mercadoria e a eleva à dignidade de direito de cidadania, além de concebê-la de forma ampla, como vinculada às condições gerais de vida, trabalho e cultura.

(David Capistrano Filho, 1995)

O Programa de Saúde da Família — PSF visa a reversão do modelo assistencial vigente, buscando a eqüidade, a qualidade, a integração, a democratização e a descentralização das ações básicas de saúde, metas específicas do Sistema Único de Saúde — SUS. Apresenta-se como estratégia essencial para a reestruturação do modelo assistencial secular, promovendo a reorientação desse modelo, especialmente através da mudança do objeto da atenção, mudança na forma de atuação e alteração da organização geral dos serviços. A família passa a ser o objeto da atuação, entendida a partir do espaço em que vive, estuda e trabalha. Professa as diretrizes norteadoras do SUS, a exemplo do fortalecimento do controle social e a participação comunitária nos processos de planejamento e avaliação. Favorece as avaliações socioantropológicas no contexto de vida individual e coletivo. E por apresentar tais características contribui para o equilíbrio entre as diferentes dimensões da sustentabilidade necessárias para um Desenvolvimento Sustentável.

A percepção dos usuários sobre a prática da estratégia do PSF é de suma importância. A comunidade é a razão da existência do mesmo e deve ser identificada como sujeito capaz de avaliar e intervir, modificando o próprio sistema, fortalecendo, assim, o fazer democrático da saúde. A abertura para a avaliação do sistema de saúde pelo usuário favorece a humanização do serviço, exercita a aceitação da visão e percepção do outro

e favorece, ainda, a realização de análises socioantropológicas necessárias para uma melhor contextualização do serviço de saúde oferecido. Constitui uma oportunidade de se verificar, na prática, a resposta da comunidade à oferta do serviço de saúde, como também de melhor adequação do serviço às expectativas da sua comunidade alvo.

Com o objetivo de avaliar a visão da comunidade sobre o programa de aprimorar a adequação, optou-se pela aplicação de uma pesquisa de opinião, que solicitou a avaliação do PSF nos seguintes aspectos: avaliação dos diferentes serviços oferecidos; satisfação com o programa; participação e avaliação dos grupos em educação continuada; freqüência e avaliação das visitas domiciliares; avaliação da clareza das orientações fornecidas pelos diferentes profissionais; avaliação da participação comunitária através dos Conselhos Locais de Saúde; avaliação dos impactos do programa.

Como instrumento de aplicação da pesquisa de opinião, utilizou-se um questionário, cuja maioria das perguntas apresentavam alternativas predefinidas. A primeira parte do questionário foi voltada para a caracterização do entrevistado e sua família em relação às características socioeconômicas, culturais e de moradia. A segunda parte foi voltada para a avaliação do programa, com questionamentos de múltipla escolha. A terceira parte foi composta por um espaço aberto, onde o entrevistado era livre para fazer quaisquer considerações que julgasse pertinentes.

Para a definição do tamanho da amostra fixou-se como desejada uma precisão (ou erro) de 3%, no máximo, quando se fosse trabalhar com intervalos com confiança de 95%. Assim, chegou-se à conclusão de que necessitaríamos entrevistar 1.050 famílias. Temendo que uma parte das entrevistas pudesse ser excluída após a coleta, optou-se por uma meta de 1.200 entrevistas.

A definição dos extratos da amostra de 1.200 questionários considerou o número de famílias cadastradas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF) com mais de um ano de implantação. Optou-se por investigar a opinião da comunidade em equipes com mais de um ano de implementacão, 18 na ocasião, por considerar que a partir de um ano a equipe já está mais bem estruturada e com maior interação com a comunidade, favorecendo, assim, sua avaliação pela população adscrita. Das Unidades de Saúde da Família — USF onde a pesquisa de opinião foi realizada, a maior parte contava com pouco mais de um ano de implantação (73%), sendo que a outra parte, 27%, estava entre 24 a 30 meses. Da previsão de amostragem de 1.200 questionários, foram aplicados 1.187, sendo que a relação entre o plano de amostragem e a amostragem realizada foi satisfatória.

2.1. Caracterização dos entrevistados

Das entrevistas, 84% foram realizadas na zona urbana, e 16% na zona rural, e o sexo predominante dos entrevistados foi o feminino (88%), sendo que a faixa etária preponderante esteve entre 30 e 40 anos (22,2%), seguida de 41 a 50 anos (16%).

Quanto à escolaridade, 26% eram analfabetos, seguidos por aqueles com o primeiro grau incompleto — 29%. Tinham como ocupação principal os serviços domésticos, sendo que 64,1% não tinham nenhuma renda. Quando estavam trabalhando mas tinham carteira assinada, com média salarial individual de R$70,53 (US$25,18). A renda familiar apresentava uma média de US$131.30.

Sobre a moradia, a média encontrada de moradores por domicílio foi de 4,5 pessoas (55,6%), seguida por 5 a 7 pessoas (31,8%). A construção típica era de alvenaria (82%), com água proveniente da rede geral cobrindo 84,2% dos domicílios (gráfico 4.20), sendo que, na zona urbana, 95,4% dos domicílios tinham cobertura da rede geral, enquanto que na zona rural apenas 24,2% contavam com esse serviço.

O tratamento da água para consumo em mais de 80% dos casos era a filtração, tanto na zona urbana como na rural. A coleta do lixo era realizada pelo serviço público na zona urbana em 98,9% dos domicílios e na zona rural esse índice foi de 38,2%.

A zona urbana contava com apenas 17,3% dos domicílios entrevistados servidos de rede de esgotos, sendo que a fossa era o destino final dos dejetos em 78,4% das casas. Já na zona rural a fossa representava o destino final dos dejetos na maioria dos domicílios (72,6%), sendo que em 27,4% desses o destino era a céu aberto.

2.2 A avaliação dos serviços oferecidos pela Unidade de Saúde da Família — USF:

Gosto muito do PSF. Antes não existia nada!

(Usuário do PSF da Zona Rural)

Na avaliação dos serviços, o entrevistado opinou sobre todos os serviços oferecidos, inclusive a recepção da unidade. Dentre os serviços prestados, os mais bem avaliados foram o serviço de vacinação, com 79,7% de aprovação (28,6% ótimo e 51,1% bom), seguido pela recepção da unidade, com 72,6% de aprovação (24,2% de ótimo e 48,4% de bom) e o atendimento médico, com 71,9% da aprovação popular, sendo que 35,1% o consideram ótimo e 36,8%, bom. No entanto, chama atenção o fato de a opção "não sabe avaliar" atingir proporções acima de 65% nos seguintes serviços: Programa de Combate às Carências Nutricionais (PCCN), 90,6%;

Pré-Natal, 83,3%; Inalação, 83,2%; Planejamento Familiar, 77,8%; Exame do pezinho (Fenilcetonúria), 77%; Curativos, 75,4%; Preventivo de Câncer Ginecológico, 73,1%; Crescimento e Desenvolvimento da Criança, 72,3%; Atendimento Odontológico, 66%. A resposta "não sabe avaliar" pode não estar relacionada ao desconhecimento do serviço e sim ao fato de o usuário nunca ter sido atendido pelo mesmo, não sabendo, portanto, avaliar. Também não guarda, necessariamente, relação direta com a cobertura do serviço.

Alguns serviços não são utilizados por toda a comunidade, a exemplo do Pré-Natal. Analisando esse dado, diz o Secretário Municipal de Saúde, Dr. Jorge Solla[1]:

> Tal resultado é previsível uma vez que a estimativa epidemiológica de mulheres grávidas numa população é de 3%. Esta estimativa tem reflexo diretamente proporcional no número de crianças que fazem o exame do pezinho e que freqüentam o CD.

Considerando que o universo amostral foi superior à demanda populacional por alguns serviços, é natural que parte da população não saiba avaliar tais serviços. Dentre os que avaliaram o serviço do Pré-Natal, o mesmo obteve 90,9% de aprovação.

Quanto ao Serviço de Inalação e Curativos, as USFs atendem à livre demanda, inferindo-se, que muitos usuários não utilizaram esses serviços por nunca terem necessitado do mesmo.

Em relação à coleta de material para o Preventivo de Câncer Cérvico Uterino, infere-se baixa procura pelo serviço e, conseqüentemente, baixa cobertura, uma vez que 88% dos entrevistados eram mulheres a partir dos 11 anos de idade, e tal exame deve ser realizado no mínimo uma vez por ano, em todas as mulheres a partir da adolescência (geralmente após o início da vida sexual). Tal fato revela necessidade de divulgação e busca ativa na comunidade.

O Planejamento Familiar, por sua vez, não foi avaliado por 77,8% dos entrevistados, sendo que esse serviço é específico para mulheres em idade fértil, que corresponde a 74,2% dos entrevistados. Infere-se, portanto, baixa cobertura do serviço. Todos os médicos e enfermeiros do PSF municipal foram habilitados para exercerem ações de planejamento familiar. Entretanto, deve-se considerar que a ausência de métodos contraceptivos nas USFS pode estar desmotivando os profissionais para o desempenho e divulgação de tal ação.

Quanto ao Atendimento Odontológico, 66% dos entrevistados não souberam avaliá-lo e infere-se tal resultado devido ao difícil acesso. O Ministério da Saúde incorporou o odontológo à ESF, na proporção de um odontólogo para cada duas equipes, com população média estimada em 2.000 famílias, o que em nossa realidade equivale a aproximada-

1 Entrevista concedida em junho de 2001.

mente 9.000 pessoas. Tal serviço prioriza o atendimento de crianças e a prevenção de cáries e tem maior cobertura em ações preventivas e educativas realizadas nas escolas e nos grupos de educação em escovação na USF.

Segundo o odontólogo Célio Guimarães Soares[2], Coordenador da Atenção em Saúde Bucal do PSF, há uma enorme demanda histórica acumulada por tratamento odontológico e o que a população mais solicita é a extração dentária, seguida pelas restaurações. Se a atenção em saúde bucal se concentrar nessa técnica mutiladora e no tratamento de cáries, nunca haverá a inversão de pensamento para o trabalho com a prevenção, e acrescenta:

> Nunca houve odontólogo nas áreas cobertas pelo PSF e não temos condições de atender toda a demanda por tratamentos curativos e mutiladores. Optamos por trabalhar com a prevenção e esta deve começar ainda no pré—natal, através da conscientização da mãe. Se tivermos uma boa escovação dentária, resolveremos 60% da incidência de cáries. Se aplicarmos flúor e selante, reduziremos essa incidência em 90% e a um custo bem mais baixo se compararmos com as práticas curativas. O atendimento da criança é priorizado e, quanto aos adultos, esses vão sendo atendidos aos poucos e sendo também conscientizados sobre a importância da escovação. O caminho é a prevenção.

Sobre mais de 90% dos entrevistados não saberem avaliar o Programa de Combate às Carências Nutricionais, esse dado tornou-se instigante. O presente estudo foi realizado em bairros periféricos e pobres, onde provavelmente a população de crianças em estado de desnutrição deva ser numerosa. Segundo estudo realizado pela Fundação Getúlio Vargas, intitulado "Mapa do Fim da Fome: Metas Sociais contra Miséria nos Municípios Baianos" (FGV, 2001), Vitória da Conquista apresenta 50,8% da população na Linha de Indigência[3]. Considerando este dado da FGV e o contexto socioeconômico dos entrevistados, infere-se que a cobertura de tal programa não esteja atendendo à verdadeira demanda comunitária.

A Secretaria Municipal da Saúde possui os dados das crianças cobertas pelo PCCN. No entanto, não tem estimativa do número de crianças desnutridas no município. Segundo a nutricionista responsável pelo PCCN, Srª Wanessa Casteluber Lopes[4], a estimativa do número de crianças em risco nutricional[5] já vem determinada pelo Ministério da Saúde[6]. A estimativa ministerial para o município para o ano de 2001 foi de 1.307 crianças de 6 a 23 meses. Assim, o ministério repassa o incentivo financeiro para o Fundo Municipal de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde complementa o valor necessário para a aquisi-

2 Entrevista concedida em julho de 2001.

3 Linha de Indigência é a linha de pobreza para a região metropolitana de São Paulo, ajustada pelo custo de vida regional.

4 Entrevista concedida em julho de 2001.

5 São consideradas crianças em risco nutricional aquelas situadas abaixo do percentil 10 da relação peso/idade.

6 A meta de crianças em risco nutricional para o município foi publicada no DOU através da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.409 de 23/03/1998

ção dos alimentos e repassa às crianças cadastradas no programa. Cada criança recebe 3,6 Kg leite/mês e 1 lata de óleo (900ml).

Quando indagada sobre a possibilidade de existirem crianças em risco nutricional desassistidas pelo programa, explicita a nutricionista:

> Acredito que haja crianças descobertas, no entanto não podemos divulgar o programa por não termos condições de atender a demanda que geraria. O leite e o óleo acabam sendo a fonte alimentar de toda a família e não apenas da criança em risco nutricional. Já houve caso de a mãe não deixar o filho recuperar o peso para manter-se inscrita no programa.

Embora mais de 50% dos entrevistados não soubessem avaliar 8 dos 14 serviços oferecidos, a avaliação geral dos serviços obteve aprovação de 68,4% (17,5%, ótimo e 50,9%, bom).

Quando indagados sobre os encaminhamentos para outros serviços, 51,9% dos entrevistados não souberam avaliar, inferindo-se que o programa esteja apresentando uma certa resolutividade. O acesso ao atendimento médico obteve aprovação de 47,7% dos entrevistados, enquanto que o acesso ao atendimento odontológico obteve apenas 9% de aprovação, sendo considerado ruim por 31% dos respondentes, enquanto 53% não souberam avaliar. Observou-se, também, que o tempo de implantação não influenciou na avaliação dos serviços.

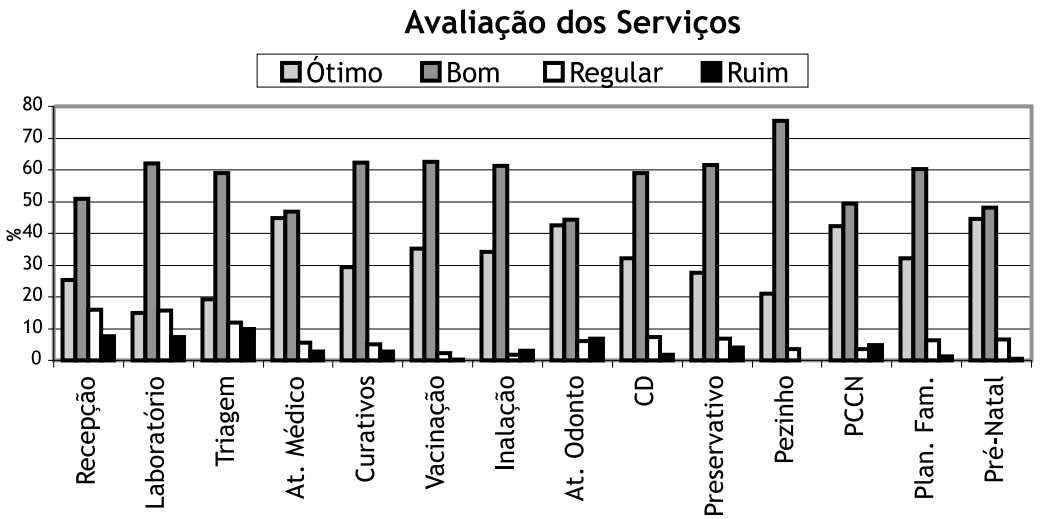
A dificuldade de acesso a exames foi uma das maiores queixas relacionadas pelos usuários questão aberta, principalmente ao Serviço odontológico. Pesquisa de opinião realizada em Mato Grosso revelou que 25,4% dos entrevistados também apresentaram a mesma queixa (GONZAGA; NETO, 2000).

Dentre os usuários que avaliaram, todos os serviços foram aprovados (ótimo + bom) com percentuais acima de 75%. Infere-se que tal aprovação possa ser um reflexo da qualidade do atendimento (Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1

Avaliação dos serviços oferecidos pela USF, dentre os usuários que avaliaram

Vitória da Conquista, maio de 2001



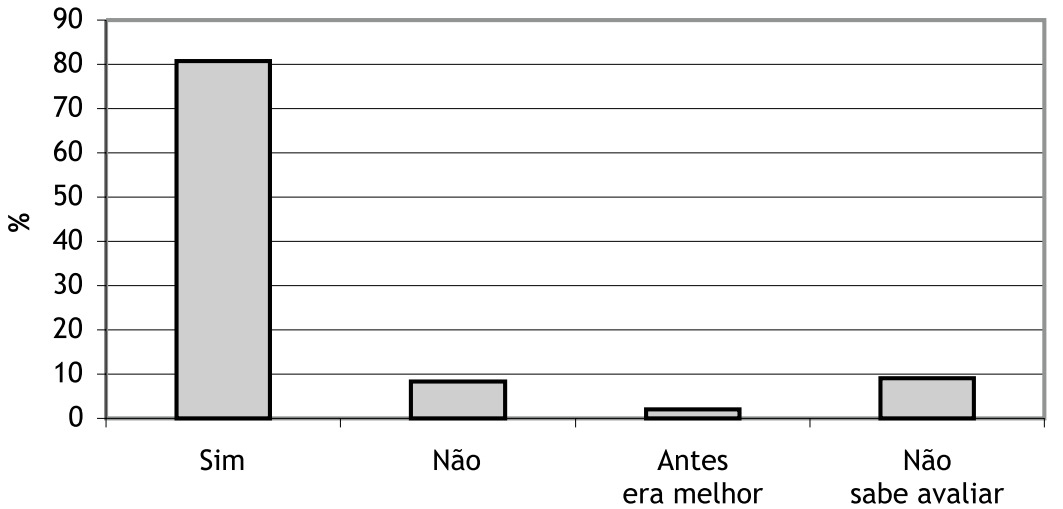
Fonte: TEIXEIRA, 2001

2.2.1 Satisfação da comunidade com o Programa Saúde da Família

Quando indagados sobre a satisfação com o PSF, a aprovação foi de 80,7%, conforme demonstra o Gráfico 2.2:

Gráfico 2.2

Satisfação comunitária com o PSF. Vitória da Conquista, maio, 2001



Fonte: TEIXEIRA, 2001

Comparando-se o índice de satisfação da zona rural, que foi de 96,2% com o da zona urbana — 77,8% , conclui-se que a população rural esteja mais satisfeita com o programa. Tal conclusão foi possível pela aplicação do teste qui-quadrado ou teste de independência. Neste caso, o valor p ou p-value foi de 9,60107E-05.

O que faz a população rural avaliar melhor o PSF? Uma hipótese a ser considerada seria a de que antes na zona rural não existia qualquer espécie de atenção em saúde. No entanto, essa população é mais participativa que a urbana (o índice de participação nos grupos de educação em saúde é maior), podendo-se inferir, também, que essa população seja mais receptiva ao programa.

Outro questionamento cabível e que poderá constituir-se em foco de pesquisas futuras é a hipótese de que exista uma melhor interação e comunicação entre a Equipe de Saúde da Família da zona rural com sua respectiva comunidade.

Estudos realizados sobre satisfação comunitária com o PSF apontam sempre para um bom nível de aprovação popular. (GONZAGA; NETO, 2000; MENDES,1999, FRANCO; ROCHA, 2000). A experiência com o PSF da cidade de Piraju — SP, aponta que a satisfação popular é maior nos bairros que têm o PSF há mais tempo. (CÁCERES, 2000). No presente estudo, também investigou-se a relação da satisfação popular com o tempo de implantação da USF e observou-se que esse não influenciou na avaliação. Já a avaliação do atendimento médico guarda relação de proporcionalidade com a satisfação com o programa, observando-se que o percentual de satisfação é maior entre os usuários que estão satisfeitos com o atendimento médico.

Pesquisa realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, sobre a satisfação dos usuários do PSF no estado, aponta para um elevado grau de satisfação dos mesmos e destaca uma clara associação dessa satisfação com os seguintes itens: maior acesso aos cuidados médicos; melhoria do nível de informação sobre o processo saúde-doença (situação de risco e proteção, cuidados básicos), e a existência da visita domiciliar como elemento chave da prevenção e do acompanhamento (BONFIM, 2001).

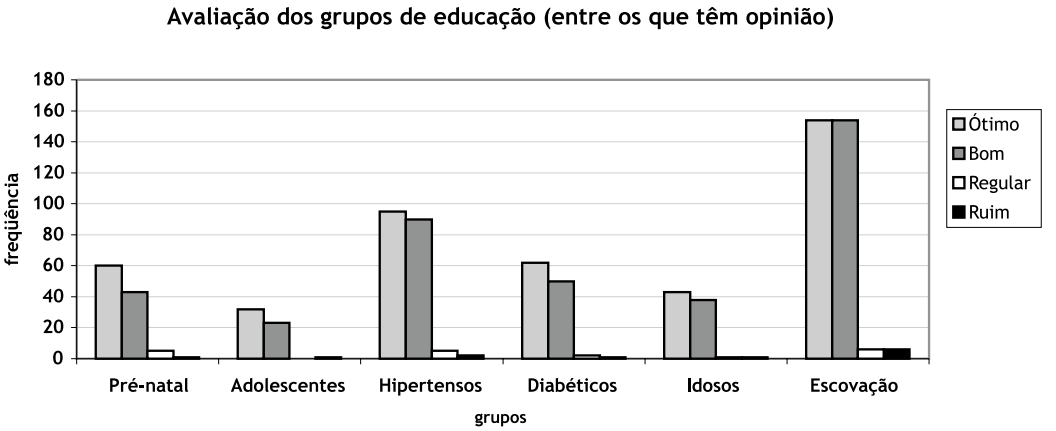
2.2.2 Participação e Avaliação sobre os grupos de educação em saúde

Nesse espaço da pesquisa, perguntou-se sobre a participação do entrevistado, ou alguém de sua família, nos grupos de educação em saúde e que avaliação ele/ela faz do grupo. As respostas revelaram que a maior parte da comunidade nunca participou dos grupos de educação, uma vez que a resposta "ninguém participou" varia de 73% a 93%.

Quanto à avaliação dos grupos de educação, em decorrência da baixa participação, a resposta "não sabe avaliar" variou entre 63,9% (escovação dentária) a 87,9% (grupo de adolescentes). Dentre os que opinaram, todos os grupos foram avaliados como ótimos e bons, com percentuais acima de 90%, conforme gráfico 2.3.

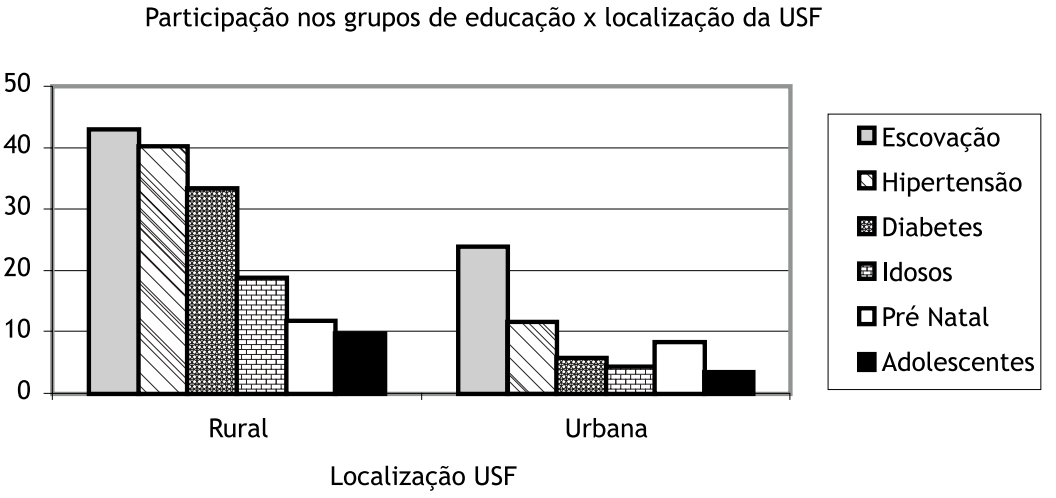
Comparando-se a participação nos grupos de educação entre os usuários da zona urbana e rural, observou-se que a participação dos usuários da zona rural é maior que a da zona urbana, (gráfico 2.4), concluindo-se que a população rural é mais participativa (p-value = 3,92795E-31).

Gráfico 2.3
Avaliação dos grupos de educação das USFs
Vitória da Conquista, maio de 2001



Fonte: TEIXEIRA, 2001

Gráfico 2.4
Participação nos grupos educação X localização da Unidade de Saúde da Família



Fonte: TEIXEIRA, 2001

As variáveis "escolaridade" e "tempo de implantação" não influenciaram na participação nos grupos. Sobre o tempo de implantação não influenciar de forma a estimular a participação, pode-se considerar que o entrosamento e a comunicação com a comunidade não estejam aumentando com o passar do tempo, constituindo-se num fator comprometedor de um dos principais pilares do programa, que é a reversão do modelo de atenção centrado na doença e no médico. A educação continuada oferecida através dos grupos de educação em saúde deve enfatizar a responsabilidade de cada usuário para com sua própria saúde, despertar nesses usuários a importância dos fatores ambientais, sociais e econômicos que refletem diretamente na saúde, para que, conseqüentemente, a participação nos grupos de educação deixe de ser apenas uma busca individual pela saúde e seja um exercício de cidadania, de luta pela melhoria da qualidade de vida coletiva.

2.2.3 Avaliação das visitas domicilares

Nesse item foi avaliada a freqüência da visita a domicílio realizada pelos profissionais da USF, nos últimos três meses. O grande visitador domiciliar é o agente comunitário, que visita, no mínimo, uma vez ao mês segundo 87,8% dos entrevistados, sendo que as visitas ficaram assim distribuídas: 48% são visitados uma vez ao mês, 22,1% mais de uma vez ao mês, 17,7% toda semana e 9,4% nunca foram visitados.

Os ACS têm a obrigacão de visitar cada família de sua microárea (geralmente com 150 famílias), no mínimo uma vez ao mês. As visitas dos demais profissionais da equipe, em Vitória da Conquista, se dão de forma oportuna, geralmente em caso de necessidade de atendimento domiciliar.

Para o PSF tornar-se de fato "saúde da família", o foco da atenção deve ser a família e sua morada, sendo que a visita domiciliar deve ser realizada por todos os integrantes da equipe. Quanto mais o profissional se limita ao atendimento na unidade de saúde, se restringindo ao atendimento em casos de doença a domicílio, mais difícil se torna a reversão do modelo centrado na doença e mais se distancia dos propósitos filosóficos do próprio PSF. É muito mais agradável visitar para promover a saúde do que para tratar a doença. A família deve ser o eixo norteador das ações de saúde que desejam ir além da dimensão curativa, alcançando as áreas preventivas e de promoção à saúde.

Quanto à localização da unidade, à exceção do odontólogo, há um discreto aumento das visitas de toda a equipe na zona rural, em comparação com a urbana. Tal diferença pode ser justificada pela metodologia de atendimento na zona rural: por existirem povo-

ados distantes do distrito sede, toda a equipe desloca-se e o atendimento é realizado na residência de um morador.

Quanto ao tempo de implantação da USF, este não influenciou na freqüência da visita domiciliar, sendo esse um dado discutível, uma vez que se espera que as atividades extramuros da unidade se intensifiquem à medida que a equipe conheça mais a comunidade, solidifique os laços comunitários e diminua a demanda espontânea por atendimento da unidade de saúde.

2.2.4 Avaliação da clareza das orientações

Nesse espaço a comunidade avaliou a clareza das orientações recebidas por parte dos diferentes integrantes da ESF, sendo que o profissional considerado mais claro é o ACS (95,3%). Através da realização do teste de dependência de variáveis, confirmou-se que as orientações são percebidas com graus distintos de clareza de acordo com os profissionais, sendo que os ACS são os que orientam com maior clareza (p-value= 3,98882E-13). Os demais profissionais também foram avaliados como claros em suas orientações, no entanto não tão claros quanto os ACS. Tal fato compromete a relação de entendimento das orientações fornecidas, comprometendo, ainda, a educação em saúde e os propósitos do PSF.

O tempo de implantação não demonstrou influenciar na clareza das orientações, sendo que poderíamos observar o oposto, visto que se espera que a equipe, com o passar do tempo, passe a assimilar a linguagem do povo e estabelecer uma comunicação mais efetiva.

2.2.5 Avaliação da participação comunitária através do CLS

> O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história.
>
> (MARX; ENGELS, 1978, p. 39-41)

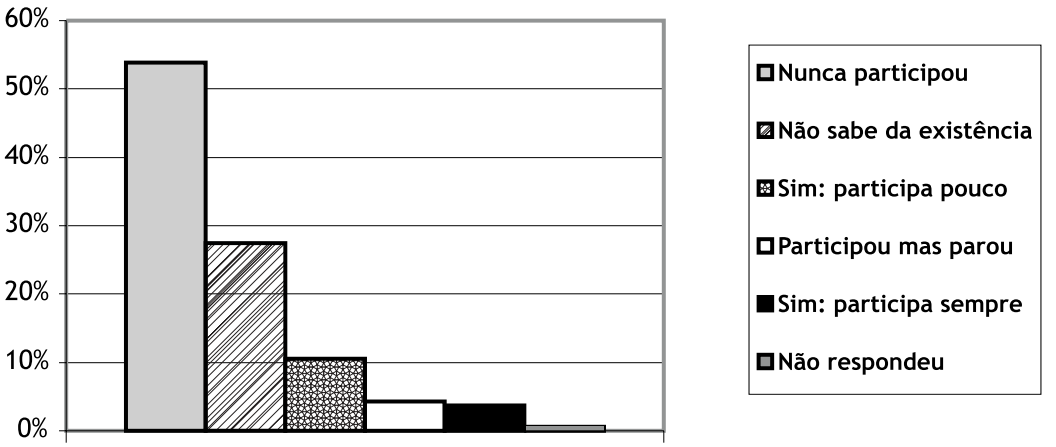
Nesse espaço procurou-se avaliar se o entrevistado sabia da existência do CLS, sua participação e avaliação sobre o mesmo. Nas unidades que tinham o CLS implantado, 54% dos entrevistados disseram saber da existência do conselho, sendo que 17,1% disseram saber como funciona e 36,9% disseram desconhecer como funciona, enquanto que 45% disseram desconhecer a existência do CSL e 0,6% não responderam (Gráfico 2.5).

Gráfico 2.5
Conhecimento do CLS das Unidades de Saúde da Família
Vitória da Conquista, maio de 2001

Fonte: TEIXEIRA, 2001

Quando indagados sobre a participação nas reuniões do CLS, 53,9% afirmaram nunca terem participado. Dos que disseram participar, 3,7% disseram participar sempre, 10,5% participam pouco, 4,3% disseram ter participado mas pararam. 27,4% disseram não saber da existência do CLS, enquanto 0,2% não responderam (Gráfico 2.6).

Gráfico 2.6
Participação comunitária nas reuniões do CLS das USFs
Vitória da Conquista, maio de 2001



Fonte: TEIXEIRA, 2001

Embora 54% afirmassem saber da existência do CLS, quase o mesmo percentual (53,9%) afirmou nunca ter participado de suas reuniões. Embora a obrigatoriedade de participação das reuniões do conselho seja apenas dos representantes eleitos pela comunidade, o incremento da participação popular é um anseio tanto da coordenação do programa de Controle Social do SUS, como dos próprios conselheiros. Segundo Stael Gusmão[7] (coordenadora do programa), a falta de participação popular nas reuniões do CLS tem se constituído em uma preocupação por parte dos conselheiros e de sua coordenação. Destaca a dificuldade que algumas equipes têm de reconhecer na comunidade uma parceira no trabalho para a viabilização da saúde e diz:

> Sentimos a angústia de algumas equipes e conselheiros no sentido de aumentar a participação popular. Temos que trabalhar mais a comunicação entre a equipe e a comunidade. A gente depara com a formação dos profissionais de saúde, caracterizada pela centralização das informações, a comunidade com espírito pouco participativo, que vem de um processo de pouca ou nenhuma participação. (...) Os profissionais de saúde ainda têm uma visão muito autoritária do serviço de saúde e isso torna a relação com a comunidade mais difícil, menos democrática.

[7] Entrevista concedida em julho de 2001.

Sentimos que algumas equipes ainda não alcançaram um nível bom para serem trabalhadas para lidar com o diferente, com o outro. Para que haja participação popular esse pensamento tem que ser revertido. Não queremos inverter o modelo assistencial? Um dos nossos entraves é conquistar a equipe para um trabalho com a comunidade.

Na declaração da assistente social, dois problemas podem ser identificados: a falta de participação popular e a deficiência na formação do profissional de saúde para o trabalho coletivo.

Como processo social, a participação tem que ser gestada, amadurecida e pode ser que isso já esteja acontecendo com os moradores adscritos à ESF. No entanto, é válido ressaltar a falta de tradição do nosso povo em movimentos sociais e no exercício da cidadania. Nesse sentido, o incentivo da administração pública municipal para a implementação dos Conselhos Locais de Saúde pode ser considerada positiva, desde que a ação esteja desvinculada de qualquer forma de dominação.

As reuniões do CLS se constituem no palco de interlocução entre os conselheiros usuários e os prestadores. Muitas vezes, os conflitos se fazem presentes, e tanto a comunidade quanto a equipe de saúde têm que buscar equacionar as diferenças de forma democrática.

Para se chegar à participação nas definições e decisões sociais, não se pode deixar de considerar outros pressupostos da existência humana. De acordo com Marx e Engels (1978, p. 39-41):

O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder fazer história. Mas, para viver, é preciso, antes de tudo, comer, beber, ter habitação, vestir-se e algumas coisas mais (...); o segundo ponto é que, satisfeita esta primeira necessidade, a ação de satisfazê-la e o instrumento de satisfação já adquirida conduzem a novas necessidades. A terceira condição que, já de início, intervém no desenvolvimento histórico, é que os homens, que diariamente renovam sua própria vida, começam a criar outros homens...

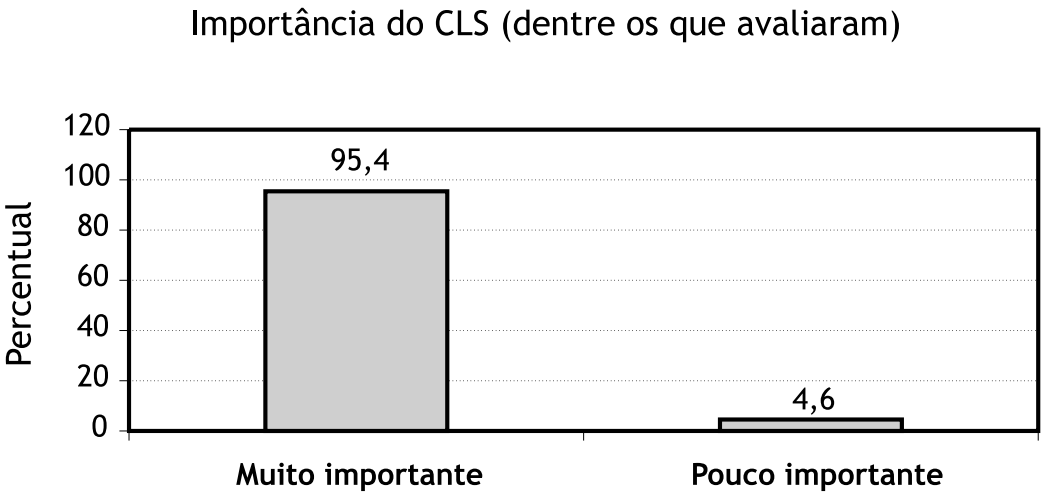
Sobre o perfil do profissional de saúde, que tem dificuldade de trabalhar com o outro e com o coletivo, pode-se explicar o fato como fruto de sua formação profissional tecnicista/tecnológica, distante da realidade sanitária e social do país, uma formação voltada para o mercado de trabalho até então hospitalocêntrico e especializado, onde a clínica médica e o espaço de ouvir o outro foi substituído pela parafernália tecnológica. Os profissionais de saúde vêm elegendo a ciência como salvadora de todas as coisas, sem, no entanto, questioná-la.

Sobre a avaliação do CLS, 53,9% dos entrevistados o consideram muito importante. Considerando apenas os que avaliaram, o grau de importância atribuída ao conselho eleva-se para 95,4% (Gráfico 2.7).

Gráfico 2.7

Avaliação comunitária da importância do CLS, dentre os que opinaram

Vitória da Conquista, maio de 2001



Fonte: TEIXEIRA, 2001

Outro aspecto observado é que a participação nas reuniões do CLS não aumenta com o tempo de implantação, sendo que tal fato confirma a necessidade de maior envolvimento da ESF com sua comunidade adscrita.

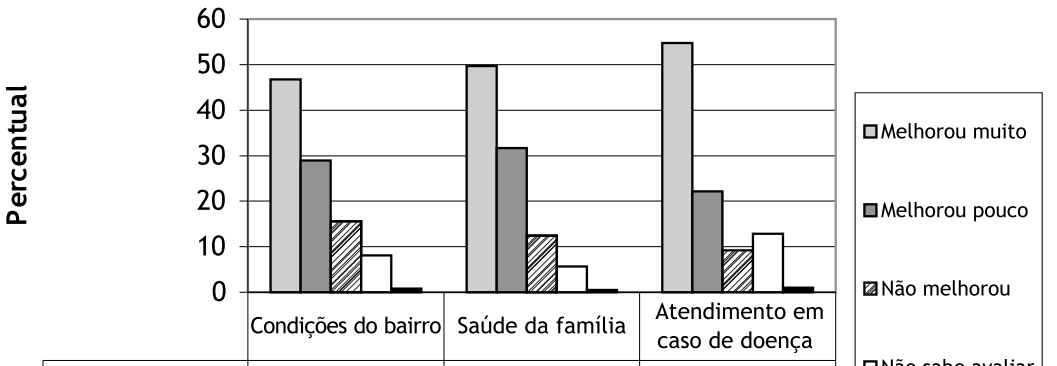
A formação acadêmica dos profissionais de saúde exerce influência no perfil da atenção à saúde prestada. Profissionais formados no modelo flexneriano apresentam um perfil distante do necessário para a atuação comunitária, com linguagem tecnicista. Centram-se nas ações na própria unidade de saúde, estimulando, involuntariamente, a demanda espontânea, causando sobrecarga de atividades na equipe. A visita domiciliar passa a ser exercida quase exclusivamente no atendimento em casos de doença. Esses aspectos comprometem a relação da equipe com a comunidade, tendo como conseqüência a baixa participação popular no CLS e nos grupos de educação. A baixa participação popular, por sua vez, compromete o próprio PSF, a construção social da saúde, a reversão do modelo hegemônico e as dimensões da sustentabilidade.

2.2.6 Avaliação dos impactos do PSF

A saúde da família não melhorou. O que melhorou foi chegar até o médico.
(Usuária do PSF)

Essa avaliação constou de três aspectos: avaliação dos impactos do programa sobre as condições do bairro, sobre a qualidade da saúde da família e sobre o atendimento em caso de doença. De acordo com os resultados, pode-se observar que a população considera que após a implantação da Unidade de Saúde da Família, houve melhoria no bairro, sendo que 75,6% dos entrevistados admitem essa melhoria. Observou-se uma relação de proporcionalidade entre os que consideraram que houve melhoria do bairro e apontaram para a melhoria da saúde da família (o teste de dependência de variáveis apresentou um p-value =6,6487E-105). Os resultados obtidos estão expressos no gráfico 2.8:

Gráfico 2.8
Avaliação comunitária dos impactos do PSF
Vitória da Conquista, maio de 2001



	Condições do bairro	Saúde da família	Atendimento em caso de doença
Melhorou muito	46,7	49,7	54,7
Melhorou pouco	28,9	31,7	22,2
Não melhorou	15,6	12,4	9,2
Não sabe avaliar	8,1	5,7	12,9
Piorou	0,8	0,5	1

Fonte: TEIXEIRA, 2001

Sobre os impactos na saúde da família, 81,4% admitiram melhora, sendo que a avaliação sobre o atendimento médico guarda relação de proporcionalidade com o grau de melhoria da saúde da família. Dentre os que consideraram que a saúde da família melhorou muito, 83,9% aprovaram o atendimento médico (ótimo+bom). Dos que consideraram que melhorou pouco, tal atendimento foi aprovado por 69,7% dos entrevistados e, dentre os que consideraram que a saúde piorou, a aprovação do atendimento médico caiu para 50%.

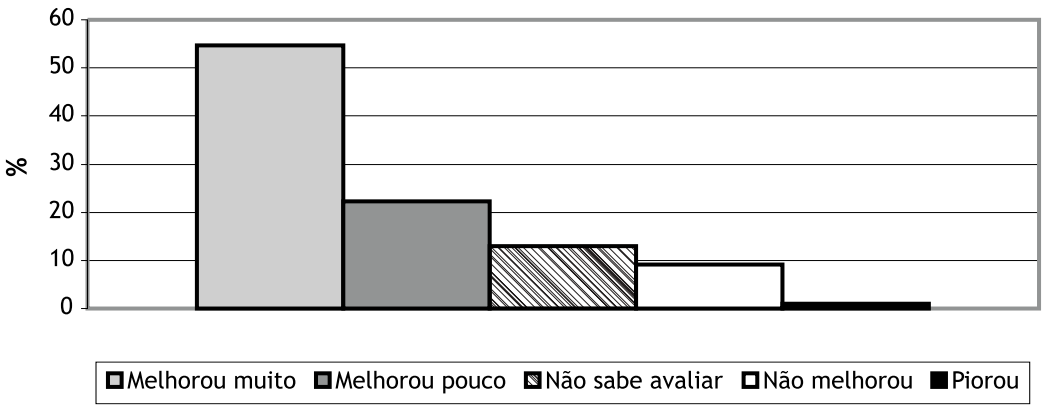
Sobre o atendimento em caso de doença, 54,7% disseram ter melhorado muito e 22,2% ter melhorado pouco, obtendo uma aprovação de 76,9%, conforme gráfico 2.9.

Notou-se, também, que a avaliação do atendimento em caso de doença influencia na avaliação do PSF, quando se observa que, quanto maior o percentual de satisfação com o atendimento, maior a satisfação com o programa. O teste qui de dependência de variáveis confirma tal afirmativa, sendo o valor do p-value =2,91728E-28.

Gráfico 2.9

Avaliação do atendimento em caso de doença após implantação das USFs

Vitória da Conquista, maio de 2001



Fonte: TEIXEIRA, 2001

2.2.7 Considerações da população sobre o PSF

Dentre as considerações sobre o PSF, apenas 460 entrevistados (38,8%) fizeram algum comentário, sendo que, desse universo, 58,7% se queixaram do atendimento, e as queixas ficaram assim distribuídas: demora para receber resultados de exames (35,6%), especialmente do preventivo de câncer ginecológico (até 4 meses), acesso ao atendimento médico ruim (32,9%), acesso ao atendimento odontológico ruim (31,5%). Os usuários queixaram-se do número reduzido de fichas de atendimento, o que os obriga a saírem muito cedo de suas casas para ficarem na fila, expondo-se ao risco de serem assaltados ou agredidos.

Considerações Finais

O modelo de atenção em saúde na cidade de Vitória da Conquista deu um salto qualitativo considerável, especialmente ao observar-se os impactos positivos nos indicadores de saúde populacionais, a exemplo da redução da mortalidade infantil, aumento da cobertura vacinal e da cobertura do pré-natal, dentre outros. Tais resultados foram obtidos, preponderantemente, através do investimento na atenção básica à saúde, viabilizada pelo PSF em conjunto com o PACS, que gozam de uma aprovação popular acima de 80% e são favorecidos pela vontade política municipal para a efetiva implementação do SUS.

Entretanto, a pesquisa revelou aspectos sobre os quais deve haver uma maior atenção por parte dos gestores, tanto nas esferas municipal, estadual e federal, a exemplo da necessidade de urgentes ações intersetoriais (de educação, empregabilidade, saneamento, violência), cujas ausências poderão vir a comprometer a manutenção e expansão da estratégia Saúde da Família. Tal afirmação é reforçada pelo relatório da Comissão das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, quando destaca:

> a área da saúde não tem como satisfazer suas necessidades e atender seus objetivos; ela depende do desenvolvimento social, econômico e espiritual, ao mesmo tempo que contribui diretamente para tal desenvolvimento. A área da saúde também depende de um meio ambiente saudável, inclusive da existência de um abastecimento seguro de água, de serviços de saneamento e da disponibilidade de um abastecimento seguro de alimentos e de nutrição adequada (CNUMAD, 1992).

A pesquisa revelou, também, que o tempo de implantação da Unidade de Saúde da Família não apresentou influência positiva na satisfação com o programa, na participação comunitária (nos grupos de educação continuada e nos Conselhos Locais de Saúde), na clareza das orientações fornecidas pelos profissionais e no aumento da visitação domiciliar. Tal fato leva-nos a inferir que exista um ponto de estrangulamento dos impactos da estratégia após certo tempo de implantação, sugerindo que uma pesquisa futura sobre esse fato poderá trazer contribuições importantes para a elucidação e solução do problema.

Tal fato, entretanto, também relaciona-se com o grande agente dificultador da viabilização do programa, que é o modelo predominante de atenção à saúde, centrado na doença, na especialidade médica e no mercado. Esse modelo reflete-se na visão que a comunidade tem sobre saúde, na formação dos profissionais de saúde e no financiamento da política de saúde. Esses reflexos trazem como conseqüências imediatas a centralização das ações na USF (pressão popular pelo atendimento médico, filas), a inadequação do perfil dos profissionais de saúde para o trabalho coletivo, e compromete, ainda, a expansão e manutenção do programa. Conseqüentemente, ocorre a baixa participação popular nos grupos de educação continuada em saúde e nos Conselhos Locais de Saúde e comprometimento da integralidade da assistência na esfera da atenção básica, devido às dificuldades de financiamento. Ao final dessa cadeia sucessiva de implicações, observam-se as seguintes dificuldades: a reversão do modelo hegemônico em saúde, a plena viabilização do PSF e conseqüentemente do SUS; e o comprometimento de todas as dimensões envolvidas na promoção da sustentabilidade.

Conclui-se, afinal, que, sob a ótica dos usuários, a experiência de Vitória da Conquista pode ser considerada exitosa, contribuindo para o fortalecimento da Atenção Básica e reorientação do modelo assistencial vigente, apontando para um maior equilíbrio entre as dimensões da sustentabilidade, e, conseqüentemente, para a promoção do Desenvolvimento Sustentável.

Referências

BARTHOLO JR., Roberto S. "A ética da responsabilidade e o poder científico-tecnológico moderno". In*:* **Labirintos do Silêncio. Cosmovisão e Tecnologia na Modernidade.** Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ: Ed Marco Zero, 1986.

BEZERRA, Maria do Carmo de Lima; BURSZTYN. Marcel (Orgs). **Agenda 21 Brasileira:** Ciência e Tecnologia para o Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, 2000.

BONFIM, Leny Alves (coord). **Análise de Situação de Saúde nos Estados e Municípios:** Avaliando a Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família — PSF, na Bahia. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. 12 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 1999. 360p

BUARQUE, Cristovam. **Os Tigres Assustados.** Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1999.

_____. **A Revolução nas Prioridades**: da modernidade técnica à modernidade ética. São Paulo: Paz e Terra, 1994.

BURSZTYN, Marcel (org). **Para Pensar o Desenvolvimento Sustentável**. 2 ed. São Paulo: Editora Brasiliense,1994.

CÁCERES, Luciana Souza. Piraju: Aposta na alegria e na solidariedade*.* **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 14-19, dez., 2000.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix,1982.

CAPISTRANO FILHO, David. **Da Saúde e das Cidades.** São Paulo: Hucitec,1995.

COMISSÃO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE MEIO AMBIENTE E DESENVOLVIMENTO. Promoção das Condições da Saúde Humana. In: AGENDA 21 Global. Rio de Janeiro, 1992. Disponível em: http://www.mma.gov.br. Acesso em: 23 mar 2004.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na Saúde:** origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. 208p.

FRANCO, Silvia Emília Garcia; ROCHA, Kenia Barbosa. "Chapadão do Céu: uma equipe faz a diferença". **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 20-25, dez 2000.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. **Mapa do Fim da Fome**: Metas Sociais contra Miséria nos Municípios Baianos. São Paulo, 2001.

GONZAGA, Amaury Ângelo; NETO, Júlio Strübing Müller. Usuários avaliam as equipes de saúde da família (ESF) em Mato Grosso. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n. 3, dez., 2000.

ILLICH, Ivan. **A Expropriação da Saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

MARX; ENGELS. **A Ideologia Alemã.** São Paulo: Ciências Humanas, 1978.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma Agenda Para a Saúde.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999a.

_____(org). **Distrito Sanitário:** O processo de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4 ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 1999b.

MONTENEGRO, et al. "Vitória: o destino tomado nas mãos". **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 1, n. 3, p. 26-31, dez. 2000.

SACHS, Ignacy. **Estratégias de Transição para o Século XXI:** desenvolvimento e meio ambiente**.** Tradução: Magda Lopes. São Paulo: Studio Nobel, 1993.

SIQUEIRA, J. E. A Evolução Científica e Tecnológica, o Aumento dos Custos em Saúde e a Questão da Universalidade do Acesso. **Bioética**, [s.l.], v. 5, n. 2, 1997. Disponível em: http://www.cfm.org.br. Acesso em: 28 jul 2001.

TEIXEIRA, Simone Andrade. **O Programa de Saúde da Família e sua relação com as Dimensões da Sustentabilidade.** 2001. Dissertação (Mestrado) — Centro de Desenvolvimento Sustentável, Universidade de Brasília, 2001.

VASCONCELOS, Maria da Penha Costa. "Reflexões sobre a saúde da família". In: MENDES, Eugênio Vilaça (org). **A Organização da Saúde no Nível Local.** São Paulo: Hucitec, 1998.

CAPÍTULO 5
REDE BRASILEIRA DE HABITAÇÃO SAUDÁVEL: HABITAÇÃO SAUDÁVEL COMO ESTRATÉGIA SINÉRGICA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL

Simone Cynamon Cohen

Arquiteta, Mestre em Saúde Pública e Doutoranda em Saúde Pública. Coordenadora da Rede Brasileira de Habitação Saudável. Contato: cohen@ensp.fiocruz.br; sccohen@centroin.com.br

Szachna Elias Cynamon

Engenheiro Civil, Doutor em Saúde Pública e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz. Contato: cynamon@ensp.fiocruz.br

Débora Cynamon Kligerman

Débora Cynamon Kligerman é Engenheira Civil, Mestre em Planejamento Urbano e Regional e Doutora em Planejamento e Gestão Ambiental. Coordenadora da Rede Sudeste de Habitação Saudável. Contato: kliger@ensp.fiocruz.br; debora@kligerman.net

Luís Cesar Peruci do Amaral

Arquiteto Urbanista pela UFRJ e Especialista em Engenharia Sanitária e Controle Ambiental pela Fundação Oswaldo Cruz. Secretário Executivo e Secretário de Mobilização e Cooperação Social da RBHS. Contato: lperucci@ensp.fiocruz.br

Lauro Mesquita

Arquiteto e Mestre em Planejamento Urbano e Regional. Representante do Instituto dos Arquitetos do Brasil (IAB/RJ) no Conselho Nacional de Administração da RBHS e Membro da Câmara Técnica desta Rede. Contato: lauro_mesquita@ig.com.br

Luísa Perciliana Ribeiro

Engenheira Civil e Especialista em Engenharia Sanitária e Controle Ambiental (FIOCRUZ/RJ). Membro da Secretaria Executiva e Membro-Gestor da Comissão Técnica da RBHS. Contato: lperciliana@fiocruz.br.

Resumo

Este capítulo aborda conceitos e elementos necessários à compreensão da Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS), de sua importância como ferramenta para a operacionalização da Política de Promoção da Saúde no âmbito habitacional e de sua sinergia com a estratégia Saúde da Família, sendo explicitado que suas estratégias de ação baseiam-se no enfoque intersetorial, multidisciplinar, de participação comunitária e no trabalho em rede, agregando instituições governamentais, entidades não-governamentais e outros grupos envolvidos com questões em torno da habitação, saúde

pública, planejamento e meio ambiente, com o propósito de identificar, avaliar e manejar a problemática da Habitação Saudável no nível local.

DESCRITORES: Habitação Saudável. Promoção da Saúde. Programa Saúde da Família. Saúde Pública e Meio Ambiente.

Introdução

O sonho de ter onde e como morar.
(CYNAMON, 2003)

Através das aceleradas transformações estruturais que o país sofreu nas últimas décadas, observa-se, pela multiplicação dos programas sociais, "a necessidade de se construir uma sociedade solidária e decidida a diminuir as desigualdades sociais, ampliando o sentido e os valores da cidadania, como base de um processo crescente de melhoria da qualidade de vida..." (COHEN, et al, 2003). Uma das bases fundamentais dessa conquista é um sistema eficaz, efetivo e democrático de saúde pública.

O reconhecimento da gama de fatores que influenciam a saúde vem evoluindo desde os antigos conhecimentos de saneamento básico, dirigido à prevenção e controle de riscos biológicos, à situação atual onde se reconhece a necessidade de uma estratégia que incorpore, além daqueles riscos, novos fatores como: químicos, psicossociais, físicos e sindrômicos presentes na habitação e no peridomicílio. Nesse sentido, diversas evidências científicas demostram que a manutenção da saúde está fortemente relacionada aos estilos de vida e às interações com o meio ambiente.

Portanto, do ponto de vista do paradigma do ambiente como determinante da saúde, a habitação se constitui em um espaço sinérgico na relação saúde-doença. O desafio está na consolidação da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde no espaço construído, entendendo como determinantes da saúde a biologia humana, o meio ambiente e os estilos de vida que, na habitação, compõem as principais causas de enfermidades e mortes.

Para o enfrentamento deste desafio faz-se necessária a articulação das políticas públicas de habitação, saúde, meio ambiente e infra-estrutura urbana, implicando a formação de alianças intersetoriais em uma visão integradora e multidisciplinar, onde a participação comunitária tem um papel essencial para o enfrentamento das questões locais e precariedade das relações do meio ambiente e o homem em seu hábitat.

Por outro lado, a Promoção da Saúde como campo teórico-conceitual e metodológico

se torna um instrumento que se aprimora diariamente, trazendo como eixos de sustentação estratégias potenciais para uma abordagem dos problemas de saúde, através da reflexão ampliada sobre seu conceito, quais são os seus determinantes e como promover saúde, discutindo-se qualidade de vida e pressupondo-se como potencial a participação e mobilização da sociedade (COHEN, et al, 2003).

Nesta direção, a Rede Brasileira de Habitação Saudável (RBHS) é uma ferramenta para a operacionalização da política de promoção de saúde no âmbito habitacional. Sua estratégia se baseia no enfoque intersetorial, multidisciplinar, de participação comunitária e na aliança em rede. Tem como propósito a identificação, avaliação e manejo da questão da habitação saudável no nível local.

A RBHS se constitui em um caminho para favorecer uma aproximação essencial entre os setores de saúde e habitação, incorporando também meio ambiente, infra-estrutura e planejamento. Envolve a interação entre o poder público local, a academia, organizações não-governamentais, profissionais, agências e as instituições da sociedade, onde se concentram ações com o intuito de estudar a realidade do país, tomar decisões e estabelecer iniciativas conjuntas em busca de promover a habitação saudável. Trata-se de valorizar ações e políticas que se relacionem com as estratégias de promoção da Saúde (Carta de Ottawa — 8ª Conferência da OMS).

Nesse sentido, propõe a discussão ampla em torno da realidade habitacional e sanitária do país, buscando a proposição de alternativas viáveis a esta realidade, enfocando, de forma sistemática, a qualidade do espaço construído (fundamentalmente a moradia) e sua influência na saúde e na vida.

Histórico

Em 1987, Organização Mundial da Saúde estabeleceu uma comissão com o objetivo de delinear uma política de habitação saudável, baseada na estratégia de espaços saudáveis como ferramenta de promoção da saúde. Em 1994, a Organização Pan-Americana da Saúde identificou atores nas regiões das Américas interessados em promover ambientes saudáveis nos espaços funcionais da habitação. Em 1995, se criou a Red Interamericana de la Vivienda Saludable como instrumento de uma iniciativa pan-americana de habitação saudável, hoje integrada por 16 países (COHEN; AMARAL, 2003).

No ano 2000, a Organização Pan-Americana da Saúde iniciou um processo de divulgação e identificação de entidades nacionais com capacidade de desenvolver uma iniciativa de habitação saudável para o Brasil. Desse modo, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), participou da 4ª Reunião da Rede Interamericana em Búfalo. Interessada em iniciar o

processo de formação da Rede Brasileira, a Escola Nacional de Saúde Pública procurou possíveis parceiros e encontrou na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) uma grande aliada. Ciente da importância da iniciativa, a FUNASA promoveu a Oficina de Moradia e Saúde no I Congresso de Engenharia de Saúde Pública, na cidade do Recife, em março de 2002. Como produto da oficina, se firmou a Carta de Intenções, marco de constituição da Rede Brasileira de Habitação Saudável. Foi, então, elaborado o Plano Bienal de Trabalho, fundamentado no documento base Déficit Habitacional no Brasil (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2000), definida a estrutura da Rede e nomeado o Grupo Coordenador, sendo interligada à Red Interamericana de la Vivienda Saludable, em maio de 2002.

Face às características continentais do Brasil, com suas diferentes realidades regionais, o grupo coordenador da RBHS, estabeleceu como diretriz a sua organização em Núcleos Regionais. Em janeiro de 2003, por ocasião do III Fórum Social Mundial, realizado na cidade de Porto Alegre, durante a oficina "Moradia e Saúde: repensando o lugar", oficializou-se o Núcleo Amazônico da RBHS. Por ocasião do curso "Fatores Físicos de Riscos à Saúde na Habitação e seu Entorno", ministrado na Escola Nacional de Saúde Publica, em maio de 2003, na cidade do Rio de Janeiro, pelo Profº Dr. Carlos Peres Barceló, foi consolidado o Núcleo Sudeste dessa rede. Atualmente, estão sendo estruturados os Núcleos Sul e Centro-Oeste.

A carência de um efetivo diagnóstico nacional sobre habitação impulsionou a reflexão na direção de um debate sobre as condições de habitabilidade no Brasil e sua relação com a propagação de doenças. Surgiu então, a proposta de um estudo que demarcasse parâmetros referentes à elaboração de padrões de habitabilidade viáveis no Brasil. Para isso, foram feitos acordos, estabelecidas alianças e propostas estratégicas entre instituições envolvidas com as questões de saúde e habitação.

Como a habitação é a base material e de localização da família para favorecer o seu desenvolvimento, considera-se a conveniência de que a iniciativa de Habitação Saudável (RBHS/OPAS) venha propor o estabelecimento de uma aliança com o Programa Saúde da Família, com vistas a elevar a qualidade de vida em saúde da população brasileira. Nesse sentido, torna-se fundamental o reconhecimento dos conceitos associados à habitação saudável.

Bases Conceituais

Entendendo a habitação como um espaço onde a função principal é ter a qualidade de ser habitável, faz-se necessário que em uma análise mais aprofundada se incorpore à visão das múltiplas dimensões[1] que compõem a habitação. Nesse conceito deve estar incluso o entorno, como ambiente, fator de saúde de seus moradores.

1 Entendidas aqui como dimensão cultural, econômica, ecológica e de saúde humana.

O conceito de habitação saudável se introduz desde o ato da elaboração do seu desenho, microlocalização e construção, estendendo-se até seu uso e manutenção. Está relacionado com o território geográfico e social onde a habitação se assenta, os materiais usados para sua construção, a segurança e qualidade dos elementos combinados, o processo construtivo, a composição espacial, a qualidade dos acabamentos, o contexto global do entorno (comunicações, energia, vizinhança) e a educação em saúde e ambiente de seus moradores sobre estilos e condições de vida saudável.

O conceito de ambiente e entorno saudável incorpora a necessidade de ter equipamentos urbanos, saneamento básico, espaços físicos limpos e estruturalmente adequados e redes de apoio para se conseguir hábitos psicossociais sãos e seguros, isentos de violência (abuso físico, verbal e emocional).

A salubridade domiciliar e do peridomicílio implica um enfoque sociológico e técnico de, em primeiro momento, identificar e traçar os padrões de habitabilidade regionalmente, e, em segundo momento, de pesquisas que mostrem os fatores de risco à saúde presentes no espaço habitacional e seu entorno e o seu enfrentamento através da tomada de medidas preventivas e corretivas.

Nessa direção, a RBHS prioriza, como ferramenta, quatro estratégias de ação, a saber: padrões de habitabilidade; educação em saúde; análise de risco; e participação comunitária. Identificam-se tais estratégias como mecanismo indispensável de articulação entre a habitação saudável e o Programa de Saúde da Família.

Entende-se por padrão de habitabilidade a adoção de tipologias em correspondência aos requisitos mínimos que garantem o pleno exercício do ato de morar, ampliando e melhorando, respectivamente, a qualidade do espaço e da vida, propiciando o convívio harmônico e a dignidade humana.

Os fatores de risco compreendem:

> o espectro de causalidades que interferem nos sistemas e em seu funcionamento, com prejuízo às condições individuais ou coletivas de saúde. Assim, podemos citar: agentes físicos, agentes químicos, agentes biológicos, agentes inertes respiráveis, agentes psicossociais, agentes socio-econômicos e agentes sindrômicos (INHEM, 2002).

A educação em saúde, assim como a educação ambiental**,** trabalham com valores, reforçam atitudes, tendo como objetivo a valorização de identidades, ampliação das potencialidades individuais e desenvolvimento do senso de responsabilidade pela sua própria saúde e de sua comunidade e a capacidade de participar em atividades de prevenção de doenças e promoção da vida comunitária de uma maneira construtiva. Desenvolvem, assim a capacidade de controle e de gerar mudanças nos condicionantes

sociais da saúde, ampliando o conceito de cidadania.

A participação comunitária trabalha no sentido de garantir a efetiva mobilização para todo e qualquer processo em curso na comunidade. Dessa forma, a autogestão se constitui no ápice de relações democráticas (GUARESCHI, 1998). A aproximação entre academia e comunidade alavanca a criação de um processo de construção compartilhada do conhecimento, através de trocas entre o saber técnico-científico e o saber popular, demonstrada também no conceito de Atenção Primária Ambiental.[2]

Portanto, integrando conceitos a essas estratégias de prevenção e de participação comunitária, através de projetos de ensino (cursos de capacitação e educação continuada) e investigação-ação, a RBHS trabalha com o foco na redução dos problemas de saúde gerados pelas deficiências habitacionais e propondo a incorporação de iniciativas associadas à "habitação saudável" na política pública de saúde.

Habitação Saudável e Programa Saúde da Família: ensaios para a incorporação de um conceito

O PSF como proposta de desenvolvimento em âmbito local tem-se mostrado um dos mais avançados programas em direção à Promoção da Saúde, na medida em que tem, na sua lógica, a operacionalização de conceitos, como territorialização, vinculação, responsabilização e resolutividade, com um olhar integral sobre o ambiente em suas dimensões físicas, culturais, biológicas e sociais.

Dessa maneira, a articulação proposta, viabiliza mecanismos de monitoramento e vigilância em saúde no âmbito habitacional, primando pela anulação ou redução de riscos, com benefícios diretos sobre a manutenção da saúde. Busca-se, através da capacitação de agentes comunitários e técnicos de saúde, a complementaridade necessária para a implementação de um procedimento indispensável de monitoramento às formas particulares de apropriação, estruturação e funcionamento do espaço. Para isso, a RBHS tem privilegiado o desenvolvimento de linhas de trabalho que resultem em novos conhecimentos e perspectivas de melhorias para comunidades desfavorecidas.

Tendo como principal objetivo a redução dos problemas de saúde gerados pela habitação, as ações por uma Habitação Saudável podem ser desenvolvidas em três grandes blocos: investigação dos fatores determinantes da situação; seu diagnóstico; orientação

2 Atenção Primária Ambiental refere-se a uma estratégia preventiva e participativa onde se reconhece o direito humano à vida em um ambiente saudável, sendo as pessoas informadas sobre os riscos relacionados a sua saúde e bem-estar.

e avaliação dos impactos das ações. Visa-se à implementação de um conjunto de ações que resultem na melhoria domiciliar acompanhada por alterações de hábitos e comportamento, com enfoque na manutenção e resgate da saúde.

Para cumprir tais objetivos, a RBHS vem discutindo a criação de novos instrumentos que facilitem esse processo. Como resultado desse debate, estão sendo desenvolvidos, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, Coordenação do PSF da CAP 3.1 (Área de Planejamento 3 — Rio de Janeiro) e Centro Saúde Escola Germano Sirval Faria/Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), três grandes ações, que se estabeleceram a partir do Seminário Família Saudável e Habitação Saudável, acontecido na ENSP, em agosto de 2003. São elas:

a) elaboração de cursos de capacitação para agentes comunitários e técnicos em saúde (PSF);

b) elaboração de guias metodológicos para instrumentalização de agentes comunitários, técnicos e da população; e

c) elaboração de diretrizes para os Centros de Atenção Primária em Saúde e Ambiente.

A capacitação de agentes comunitários e técnicos de saúde em uma nova ótica da habitação é um dos trabalhos de cooperação que a rede desenvolve junto a alguns municípios, no âmbito do Programa de Saúde da Família, do Ministério da Saúde. Tais cursos prevêem a conscientização com vistas a uma visão que incorpore a moradia como espaço "promotor de saúde", englobando a análise de aspectos de ordem física, química e biológica e psicossocial. O curso desenvolve habilidades de caráter técnico e analítico no que se refere à identificação, diagnóstico e controle de riscos à saúde no âmbito da moradia e de seu entorno permitindo aos alunos:

a) conhecer e compreender a fenomenologia dos fatores de risco físico à saúde no âmbito da moradia e do seu entorno sob a ótica da saúde ambiental;

b) apurar o olhar sobre o ambiente, identificando "marcos e sinais" associados a carências e deficiências com influência direta sobre a manutenção da saúde;

c) desenvolver habilidades e perícia técnica para a identificação e manejo de riscos à saúde associados aos fatores de risco; e

d) adquirir um enfoque integrado em medidas de controle e prevenção de fatores de risco e de incentivo à prática de hábitos saudáveis.

Os agentes passam a ter uma visão ampliada do conceito de saúde (OMS), incorporando noções de hábitos saudáveis, qualidade de vida e conhecimento de ações minimizadoras dos fatores de risco. Sua abordagem deve se dar de forma interativa e participativa, tornando-

os veículo fundamental na difusão da informação e estabelecendo um *link* direto entre o morador, que adquire caráter de agente transformador durante o processo, e a RBHS.

A elaboração de guias metodológicos para informar agentes comunitários, técnicos e a população, acerca das Estratégias Saúde da Família e Habitação Saudável, parte da necessidade de reformulação do próprio conceito Saúde de Família, de suas práticas e valores no processo de produção social da saúde, visando instrumentalizar a atuação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família e dar condições de compreensão e percepção à população dos fatores de riscos presentes na habitação.

Como resultado destas discussões, foi apresentado no seminário Habitação Saudável e Família Saudável, um Guia Metodológico abrangendo os dois eixos que lhe deram nome. O eixo Família Saudável foi abordado através do debate sobre estilos de vida; o eixo Habitação Saudável foi abordado através dos conceitos lugar seguro e lugar limpo. No encontro foi também abordada a acessibilidade da linguagem e a apresentação das cartilhas.

Os Guias Metodológicos da Família Saudável e Habitação Saudável serão embasados nos resultados do diagnóstico sobre a percepção dos fatores de risco pelos moradores.

A proposta dos Centros de Atenção Primária em Saúde e Ambiente se baseia no desenvolvimento de um programa que contemple metodologias e mecanismos direcionados a viabilizar a transformação da atual Unidade Básica do Programa Saúde da Família pela incorporação, em sua proposta básica, de um programa de melhorias domiciliares. Tal iniciativa se mostra inovadora na medida em que propõe uma articulação entre políticas curativas e preventivas de saúde a partir da reestruturação conceitual do mais abrangente programa de saúde pública do país.

A discussão das necessidades espaciais do centro partiu do programa adotado como básico pelas atuais unidades do PSF através da triangulação "espaço-função-norma" e repensando a mobilidade dos espaços físicos para adaptação das diversas atividades. A idéia em torno da incorporação do conceito da habitação saudável no projeto do centro prevaleceu durante a discussão, considerada a importância deste espaço como "vitrine" de uma moradia segura, isenta de riscos, facilitando a absorção de critérios e indicadores como parâmetros de intervenção para as melhorias domiciliares. Foram propostas diretrizes básicas, ferramentas e ações que devem ser observadas na implantação dessa proposta, conforme o exemplo que se segue:

Diretrizes Básicas	Instrumentos e ferramentas	Ações
Participação comunitária	Estatuto adequado	Criar conselhos gestores locais
Incorporação do conceito de habitação saudável	Identificação e avaliação de fatores de risco	Minimizar, corrigir ou compensar os fatores de risco
Sustentabilidade	Diagnóstico da realidade local	Usar conceitos de sustentabilidade no projeto e implantação dos módulos
Valorização das atividades educativas	Criação de ambientes educativos	Desenvolver atividades educativas
Valorização da identidade local	Diversos	Incentivar a comunidade a valorizar sua identidade
Diversidade da utilização do espaço	Flexibilidade dos ambientes	Destinar espaços para eventuais demandas do corpo técnico e/ou da comunidade

Fonte: seminário Família Saudável e Habitação Saudável (RBHS, 2002)

É importante enfatizar que os métodos de trabalho da RBHS pressupõem uma comunicação objetiva e eficiente. As informações devem ser claras e precisas, sem ambigüidades, e transmitidas de maneira adequada, através de sistemas visuais e auditivos que mobilizem a atenção e motivem sua utilização. A transmissão do conhecimento técnico-científico não pode ser considerada uma benesse assistencial ou ato de favor dos detentores desse conhecimento. Deve ser esclarecido que, da mesma maneira que o indivíduo tem o direito à informação, o cidadão tem o dever e se informar. Nesse sentido, trata-se de desenvolver a cidadania como fator fundamental à produção de novos conhecimentos baseados em realidades vividas.

A RBHS enfatiza a importância das pesquisas qualitativas que envolvem no seu planejamento uma metodologia orientada pelo processo de investigação/ação. Valoriza-se a aplicação de modelos de estudo de caso, importando sobremaneira os efeitos replicantes do conhecimento desenvolvido. Assim, essas metodologias serão inicialmente desenvolvidas nas áreas piloto do Complexo de Manguinhos (Rio de Janeiro-RJ), do Complexo do Alemão (Rio de Janeiro-RJ) e na área rural do município de Nova Iguaçu (Rio de Janeiro).

Entendemos que a sustentabilidade do processo iniciado com as experiências piloto perpassa o ensino, como uma contribuição ao sistema de saúde, que deve preparar seus técnicos "para gerência de riscos ambientais e o trabalho social com a família, incorporando

no currículo dos técnicos de saúde o conceito, a metodologia e procedimento da habitação saudável, assim como sua aplicação nas estratégias do Programa da Saúde da Família" (COHEN, 2003). Para tanto, faz-se necessário estruturar um modelo de capacitação/ educação continuada, testar e avaliar este modelo em um processo gradativo de construção de indicadores na área da habitação saudável e saúde da família.

O fortalecimento deste modelo será obtido através da definição de habilidades e competências específicas dos auxiliares e técnicos de saúde, em um processo de revisão curricular que incorpore as necessidades e exigências do SUS, entre outras ações de atendimento domiciliar.

Considerações Finais

Com pouco mais de um ano de existência, a RBHS avança no sentido da estruturação de uma forte aliança estratégica, baseada na articulação com o Ministério da Saúde, através do Programa Saúde da Família, Coordenação Geral da Vigilância Ambiental, Fundação Nacional de Saúde e Fundação Oswaldo Cruz, e outras entidades como a Red Interamericana de la Vivienda Saludable, a OPAS, a Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, a Coordenação do PSF — Área de Planejamento 3.1/Rio de Janeiro. Essas articulações visam o trabalho em rede para facilitar o intercâmbio entre experiências e o fortalecimento da capacidade nacional no enfrentamento de problemas locais de habitação saudável.

O Programa Saúde da Família centra-se numa aproximação entre práticas de saúde e população assistida, ramificando-se, com suas 16.000 equipes, de forma a alcançar a maior e mais direta cobertura já conquistada por um programa de saúde pública. Sua articulação com as iniciativas de cidade e habitação saudáveis vem favorecer a implantação de políticas associadas à preservação e recuperação ambiental, com enfoque na redução dos índices epidemiológicos e numa melhor qualidade de vida.

Para a aplicação de métodos científicos articulados, faz-se necessária a superação das rupturas epistemológicas entre o conhecimento científico e o saber popular, dito do senso comum, incorporando a concepção de que o conhecimento deve refletir simultaneamente as relações sociais, sistemas de crenças e valores comunitários. O conhecimento científico, através de metodologias bem conhecidas de investigação como pesquisa-ação, pesquisa participante, grupo focal, deve ser aplicado para identificar, no discurso do senso comum, o real e a representação, necessitando do comprometimento social e ético do pesquisador para com os impactos da aplicação de sua pesquisa. Esse comprometimento implica a articulação entre o trabalho científico, com os imperativos da ciência, e as necessidades de "sujeito" dos participantes da pesquisa, assim como de seu núcleo social. O critério indispensável à validação do conhecimento deixa de ser a correspondência entre fato e representação, passando a fundamentar-se no quanto o conhecimento pode contribuir para melhor compreensão de processos, beneficiando o ser humano, tanto sob a ótica individualista, quanto sob a ótica da coletividade (FERREIRA, et al, 2002).

A Rede Brasileira de Habitação Saudável vem, então, trabalhando com processos de sensibilização e mobilização comunitária, utilizando conceitos de educação em saúde e educação ambiental como ferramentas indispensáveis na construção de uma política de "habitação saudável".

Segundo o Expert Committe on Planning and Evaluation of Health Education Services (Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em

Saúde) da Organização Mundial da Saúde — OMS, a educação em saúde, de forma geral, visa a que as pessoas: adotem e mantenham padrões de vida sadios e usem de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados a sua disposição, decidindo individual ou coletivamente sobre ações que visem melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente.

O Scientific Group on Research in Health Education (Grupo Científico sobre Pesquisa em Educação em Saúde), também da OMS, ampliou essa declaração ao afirmar que "os objetivos da educação em saúde são desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade a qual pertençam e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva". Dessa forma, a educação em saúde se constitui numa base conceitual que fortalece as atividades alicerçadas no conhecimento humano, dando-lhes a condição de sujeito pelo domínio de sua própria existência e o controle sobre o ambiente em que atuam, desenvolvendo o poder de reflexão e de análise crítica.

Por outro lado, a rede tem como perspectiva o estreitamento de laços com diversas Secretarias Municipais de Saúde no sentido de implementar, através dos municípios, projetos de capacitação dos agentes municipais de saúde. Ela enfatiza a necessidade da implementação de uma política pública de melhorias habitacionais vinculada a ações como a abertura de linhas de crédito e programas técnicos de assessoria comunitária, a exemplo do Arquiteto Comunitário, de Cuba, e o urbanizador social, em estudo para Porto Alegre. Trata-se de uma política centrada no modelo de espaços saudáveis, onde se reconhece a importância da qualidade do ambiente, das condições de vida e da satisfação plena das necessidades humanas como componentes fundamentais para a preservação da saúde.

Não obstante a incapacidade de solucionar a questão da habitação saudável num prazo desejável, na medida em que as raízes do problema estão diretamente relacionadas ao modelo de desenvolvimento do país, constata-se o significativo caráter das ações pontuais de cunho assistencial, que não invalidam o compromisso de melhorar gradativamente as condições de vida do maior contingente populacional em áreas de risco e condições precárias.

Por fim, o interesse da Rede Brasileira se direciona, nesse momento, a avaliar as experiências piloto, agora em curso, e replicá-las em distintas localidades, vivenciadas por atores diversos, e implementada pelos inúmeros parceiros e sócios da RBHS, na certeza de que, dessa maneira, possamos contribuir para melhores estatísticas de saúde, na construção de um país justo, saudável e consciente dos seus caminhos.

Referências

ALVES, A. J. "O planejamento de pesquisas qualitativas em educação". **Cadernos de Pesquisa**, n 77, p 53-61, 1991.

BUSS, P. M. et al. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1998.

BUSS, P. M. **Qualidade de Vida e Saúde**. Recife: São Paulo: Abrasco, 2000.

COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE. **Panorama Social da América Latina 1999:** agenda social. Santiago do Chile, 2000.

COHEN, S. C. **Habitação e Saúde como Instrumentos de Políticas Públicas Saudáveis e de Concretização de uma Estratégia de Promoção de Saúde.** 2000. Trabalho Final (Disciplina Introdução à Promoção de Saúde, Doutorado em Saúde Pública) — Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

COHEN, S. C. et. al. **Habitação Saudável no SUS**: uma estratégia de ação para o PSF: uma incorporação do conceito de habitação saudável na política pública de saúde. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Habitação Saudável, ENSP, 2003.

COHEN, S. C.; AMARAL, L. C. P. **Relatório Rede Brasileira de Habitação Saudável:** período: 03/2002 à 07/2003. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Habitação Saudável, ENSP, 2003.

COHEN, S. C.; CYNAMON, S. C.; KLIGERMAN, D. C. **Versão Preliminar da Proposta do Estudo e Desenvolvimento dos Padrões Regionais de Habitabilidade no Brasil.** Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Habitação Saudável, ENSP, 2003.

FERREIRA, R. F. et. al. **Caminhos da Pesquisa e a Contemporaneidade.** [S.l.]: Universidade São Marcos, 2002.

GUARESCHI, P. A. et al. **Psicologia Social Comunitária:** da solidariedade à autonomia. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Promoción de la Salud:** glosario. Ginebra, 1988.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Políticas de Salud en la Vivienda**. Washington: CEPIS, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Guias Metodológicos para Iniciativa de Vivienda Saludable, 2000**. Lima, 2001. Disponível em: http://www.cepis.org.pe/bvsasv/e/fulltext/guias/guias.pdf. Acesso em: 26 mar 2004.

INHEM. **Paquete Docente de Riesgos Físicos**. La Habana, 2002 (CD-Rom).

SANTOS, B. S. **Um Discurso Sobre as Ciências**. Porto: Afrontamento, 1996.

TEIXEIRA. "Atenção Primária ambiental: o foco na experiência local". **Debates Sócio-Ambientais**, v. 3, n. 8, p 6-7, 1997.

CAPÍTULO 6
ENFERMIDADES NÃO-TRANSMISSÍVEIS NA ATENÇÃO BÁSICA: NOVO DESAFIO PARA O PSF

Maria Lúcia Carnelosso

Superintendente de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás

Maria Alves Barbosa

Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Ana Luiza Lima Sousa

Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

Estelamaris Tronco Monego

Docente da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Goiás

Magna Maria Carvalho

Subgerente da Vigilância Epidemiológica da Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás

Resumo

Discute a necessidade de mudança do modelo de assistência, tendo como referencial experiências cuja implantação tem mostrado eficácia e possibilidade de reprodução em contextos similares. Faz considerações sobre a iniciativa CARMENT e o Programa Saúde da Família, como estratégias altamente eficazes na Atenção Básica. Relata a experiência de Goiás — Brasil, que com o apoio da OPAS implantou um novo modelo de assistência. Evidencia desdobramentos importantes na área de saúde.

DESCRITORES: Modelo Assistencial. Saúde. Promoção da Saúde.

Introdução

As concepções sobre sanidade e saúde têm uma construção social diferente ao longo da história. As relações sociais dos homens têm determinado a sua qualidade de vida e o seu modo de pensar a vida. Essas relações privilegiam o espaço urbano para acontecer.

A humanidade concebe o contínuo saúde-doença basicamente sobre dois eixos principais e estas se mostram claramente influenciadas pelos interesses das sociedades nos momentos determinados.

A primeira concepção, conhecida como Concepção Hipocrática, entendia a doença como um estado de desequilíbrio do organismo ou quebra da harmonia com o meio ambiente. A doença era vista dentro de uma compreensão totalizante e dinâmica (CANGUILHEM, 1982).

A segunda opção entendia a doença como um ser ou algo que penetra no homem e o faz adoecer. Trata-se de uma concepção ontológica, que tem em Galeno seu mais árduo defensor. Historicamente a concepção ontológica prevaleceu por todo o período da Idade Média e seus medos de miasmas, até adentrar a Modernidade. Durante o século XIX, a humanidade viu um grande avanço científico e tecnológico, principalmente sobre o controle de doenças infecciosas e parasitárias (CANGUILHEM, 1982).

Na atualidade, discute-se o processo saúde-doença dentro de uma concepção social, sem abandonar as conquistas anteriores. É uma forma de pensar que agrega um conceito "ecológico" e um conceito "biologicista", avançando no sentido de estudar a interação do homem com o seu meio e consigo mesmo e suas interações sociais no momento e espaço em que vive e que recebe todos os reflexos das mudanças socioeconômicas e políticas (TESTA, 1992).

A transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo nos países em desenvolvimento já transformou o perfil da distribuição das doenças e, com o aumento das doenças crônicas, tem-se mostrado um sério problema de saúde pública a ser enfrentado pelos sistemas de saúde e pela sociedade.

Atualmente, as doenças crônicas são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. O crescimento é tão vertiginoso que, no ano de 2020, 80% da carga de doenças dos países em desenvolvimento deverão advir de problemas crônicos. Nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20%, levando a estatísticas negativas na área da saúde com encargos muitos elevados para a sociedade, o governo e os familiares. Até hoje, em todo o mundo, os sistemas de saúde não possuem um plano de gerenciamento das doenças crônicas; simplesmente tratam os sintomas quando aparecem (OMS, 2002).

Dentre essas, as doenças do aparelho circulatório respondem por 32,4% do total de óbitos ocorridos no país (BRASIL, 2001). Em Goiás, segundo a mesma fonte, essas causas representam 12,4% das internações na rede do Sistema Único de Saúde — SUS. A prevenção dessas doenças está intimamente ligada a mudanças de estilo de vida e comportamento. O sedentarismo, o tabagismo e a ingestão excessiva de alimentos não-saudáveis, abuso de bebidas alcoólicas e o estresse são as principais causas e fatores de risco para as doenças crônicas.

Estimativas apontam a alta prevalência desses fatores de risco no país. Contudo há ainda uma precariedade de estudos ou sistemas que subsidiem uma análise da situação real desses fatores de risco no estado de Goiás.

A Campanha de Hipertensão e Diabetes e a implantação do Sistema de Informações de Hipertensão e Diabetes — SIS — HIPERDIA têm sido importantes iniciativas brasileiras para que o sistema conheça a magnitude dessas doenças no país e para melhor planejar a aquisição de medicamentos e capacitação dos profissionais da rede na assistência aos indivíduos, mas não suprem as demandas iminentes, por serem fragmentadas e centradas na assistência médica. Portanto, não são suficientes para restringir o aparecimento de novos casos e minimizar o impacto negativo dessas doenças na população. Não existe no país uma definição clara da política a ser seguida nessa área, que priorize a saúde da população exposta a determinados riscos. O que ocorre é uma atenção a indivíduos que buscam o atendimento, ou ainda em forma de campanhas pontuais para detecção de sinais e sintomas da doença e seu tratamento, sem, contudo resolver os problemas estruturais dos serviços, com vistas à mudança do modelo de atenção prestada nas Unidades Básicas de Saúde.

Monteiro (1995) define política de saúde como a ação ou omissão do Estado enquanto resposta social diante dos problemas de saúde (danos e riscos) e seus determinantes, bem como a intervenção sobre a produção, distribuição e regulação de bens, serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade.

> A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiramos usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país (SONTAG, 1984).

Doenças crônicas exigem sempre a associação de um componente terapêutico nem sempre considerado nos consultórios profissionais. Por se tratar de doenças que estarão sempre presentes no cotidiano dos indivíduos, provocando alterações no modo como trabalham, produzem, pensam e se relacionam são, por isso mesmo, responsáveis por mudanças de comportamento. Essas mudanças nem sempre são voluntárias ou entendidas. Para auxiliar o indivíduo no enfrentamento das mudanças necessárias e também para instrumentalizar melhor o profissional de saúde, os princípios e técnicas da educação devem ser considerados em toda abordagem com o indivíduo portador de doenças crônicas. E também novos modelos de assistência devem ser apontados.

O Relatório Final da 8.ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, já destacava os principais problemas em relação aos modelos de atenção como a desigualdade no acesso aos serviços de saúde, a inadequação dos serviços face as necessidades, à qualidade insatisfatória e a ausência de integralidade (BRASIL, 1986).

A 11.ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2000, que trouxe como tema central "Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social", continuou afirmando que o modelo vigente é inadequado e não atende aos problemas de saúde no país com eqüidade, mantém um caráter assistencialista, incapaz de responder às necessidades da população. Este quadro se delineia a partir de um modelo curativo, voltado para a doença, onde atuam, em sua maioria, profissionais despreparados, consolidando o distanciamento entre o formal e o real na assistência à saúde no país (BRASIL, 2000).

Várias têm sido as tentativas de intervenção no sentido de intervir sobre este quadro de forma mais resolutiva, dentre as quais propostas internacionais bem-sucedidas, a exemplo da Finlândia (Projeto da Carélia do Norte); da Europa (Programa CINDI). As áreas prioritárias deste modelo incluem a intervenção sobre o tabagismo, a hipertensão arterial, o estado nutricional e o consumo alimentar, o colesterol sangüíneo elevado e os programas direcionados a jovens (OMS, 2000).

A partir desses modelos, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) vem apoiando iniciativas que visam incorporar o controle e a prevenção integrada das enfermidades não-transmissíveis (ENTs) nas agendas de saúde pública. Surge, assim, a estratégia CARMEN (Conjunto de Ações para Redução Multifatorial das Enfermidades Não-Transmissíveis) ratificada na 23.ª Conferência Sanitária Pan-Americana, em 2002, como sendo a principal estratégia para a prevenção integrada de ENTs, para as Américas (OPAS, 2000)

O Canadá e o Chile foram os primeiros países a implantarem a estratégia, em 1996, e desde então se estendeu para 7 países. Dentre as finalidades da iniciativa CARMEN, evidencia-se a redução dos fatores de risco associados às ENTs. Isso se consegue através do desenvolvimento, da implementação e da avaliação de políticas públicas, da mobilização social, de intervenções comunitárias, da vigilância epidemiológica das condições de risco para as ENTs e os serviços preventivos de saúde (OPAS, 2003).

Em 1998, a Secretaria de Estado da Saúde em Goiás — Brasil, com o apoio da OPAS, implantou a iniciativa CARMEN com a denominação de CARMENT, como estratégia para enfrentamento e mudança do modelo de assistência vigente. A partir dessa experiência, o Brasil integra a rede de países das Américas com iniciativa CARMEN implantada, sendo o único estado a utilizar essa metodologia no país.

Essa iniciativa propõe-se: implementar abordagens para fatores de risco junto à população de forma integrada e intersetorial; iniciar a intervenção em áreas demonstrativas que sejam monitoradas e avaliadas adequadamente para logo estender a experiência a outros municípios, estados ou países; e utilizar a estratégia de colaboração internacional de maneira que se estimule o intercâmbio de experiência entre países.

A Iniciativa em Goiás

A implantação dessa iniciativa em Goiás fez surgir o Comitê Diretivo do CARMENT, com representantes das instituições parceiras (Universidade Federal de Goiás, Universidade Estadual de Goiás, Secretaria de Estado da Educação, Secretaria de Esporte e Lazer, Sociedades Goianas de Endocrinologia e Cardiologia, Liga de Hipertensão Arterial da Universidade Federal de Goiás e Secretaria Municipal da Saúde de Goiânia). Esse comitê definiu dois critérios para adesão dos municípios, quais sejam, a decisão política do gestor local em adotar essa nova metodologia e a existência de Equipes Saúde da Família (ESFs), por ser essa a forma de garantir a sustentabilidade da nova estratégia.

O município de Goiânia, capital do estado de Goiás, com uma população de 1.003.477 habitantes (IBGE, 2000), dividida em 12 Distritos Sanitários, foi selecionado para a implantação da iniciativa CARMENT por atender aos referidos critérios. Por decisão conjunta entre a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e o comitê, foi escolhida a região Leste do município como área de demonstração da iniciativa CARMENT.

Partindo dessa escolha, em 1999 foi realizado o diagnóstico sobre a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares, utilizando instrumentos recomendados em nível internacional pela Rede CARMEN das Américas (OPAS, 1997).

Os resultados evidenciaram alta prevalência de excesso de peso (44,2%), hipertensão arterial (32,9%) e 22,9% de fumantes. A avaliação bioquímica evidenciou 8,1% de descontrole glicêmico, 45,5% de hipercolesterolemia e 17,7% de indivíduos com triglicerídeos elevados.

Com base nesses dados, o Comitê CARMENT propôs para o Distrito Sanitário Leste as ações de intervenção, com a participação da comunidade. Integram essas ações a capacitação dos profissionais de saúde para diagnóstico precoce de fatores de risco para as ENTs, a abertura de espaços de lazer para o estímulo de exercícios físicos regulares, a proposição de uma investigação junto a crianças e adolescentes da rede de ensino buscando a detecção e intervenção precoce sobre os fatores de risco detectados.

O objetivo deste artigo é discutir a necessidade de mudança do modelo de assistência, tendo como referencial experiências cuja implantação tem mostrado eficácia e possibilidade de reprodução em contextos similares.

As Considerações sobre o Modelo

O CARMENT e o Programa Saúde da Família — PSF são considerados como estratégias capazes de responder a essa demanda.

A estratégia do Programa Saúde da Família implantada no Brasil no início da década de 90, com o objetivo precípuo de mudar as práticas dos profissionais de saúde que prestam assistência nos serviços de Atenção Básica de Saúde, consubstanciou-se principalmente na interiorização destes profissionais e nas ações centradas no atendimento na área materno-infantil.

O PSF é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes. A assistência está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que parece possibilitar às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas (BRASIL, 1997).

Para muitos estados e municípios brasileiros, essa estratégia viabilizou a permanência de médicos e enfermeiros em locais onde a população não tinha acesso a nenhum serviço na área de saúde. O resultado observado ao longo desses anos foi a redução significativa da mortalidade infantil, principalmente associada a baixas coberturas vacinais, doenças diarréicas e infecção respiratória aguda, de 47,8 óbitos por 1.000 nascidos vivos (1996), para 28,3 óbitos por 1.000 nascidos vivos (2002) (RIPSA, 2002).

Essa estratégia não só eleva o acesso da população ao sistema, como também proporciona considerável melhoria na qualidade do atendimento oferecido, traduzido por um atendimento mais resolutivo e integrado das equipes de saúde com a comunidade, o que traz um admirável grau de satisfação da população e dos próprios profissionais (CHAVES, 2002).

No estado de Goiás, o Programa Saúde da Família foi implantado em 7 municípios, com 11 Equipes de Saúde da Família (1998), chegando em 2002 a 836 equipes implantadas, com uma cobertura de 100% dos municípios e 56% da população total do estado.

Tem sido um grande desafio para a área de saúde vivenciar a transição do paradigma biomédico para outro, que privilegia o aspecto cultural de indivíduos e grupos familiares.

A decisão política dos gestores de saúde locais, a mobilização dos segmentos organizados da sociedade para o enfrentamento dos problemas de saúde de forma integrada e intersetorializada, bem como a capacitação dos profissionais que fazem parte das Equipes de de Saúde da Família têm-se mostrado eficazes na condução e sustentabilidade deste novo modo de atenção à saúde. Por outro lado, a reordenação do modelo assistencial, com a descentralização e o fortalecimento dos municípios, exige modificações estruturais profundas no atual mercado de trabalho dos profissionais de saúde e requer reformulação de suas práticas para atuar no novo modelo assistencial. Deste modo, projetos de educação permanente foram surgindo no âmbito das instituições e conteúdos sobre a nova modalidade de assistência continuam sendo inseridos nos cursos de graduação e pós-graduação.

A operacionalização da estratégia de saúde da família, diferente do modelo biomédico, impulsiona a adoção de novas práticas que valorizam o trabalho em equipe com abordagem interdisciplinar: o vínculo com a população, a garantia da integralidade na atenção e o estimulo à participação da população. Os princípios do Sistema Único de Saúde — SUS, de universalidade, integralidade e acesso igualitário ao sistema passaram a ser contemplados nessa proposta emergente.

A proposta do PSF que está sendo implementada pelo Ministério da Saúde, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, através do trabalho de equipes locais, permite maior diversidade das ações e considera os aspectos culturais e sociais daquela população. Segundo Leininger (1991), para se chegar a um estado de saúde (bem-estar) devem-se considerar os fatores culturais e sociais, que vão influenciar o padrão de cuidado. Vale considerar que satisfazer necessidades de saúde num contexto amplo de diversidade cultural não é uma tarefa muito simples.

A estratégia para enfrentamento das enfermidades não-transmissíveis a partir do enfoque de risco traduz a mudança do modelo de assistência prestada à população, fortalecendo os princípios da prevenção e da promoção, através de ações integradas e intersetoriais, com a participação efetiva da comunidade.

Tendo claro que as ENTs estão relacionadas a comportamentos de risco, tais como o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão excessiva de alimentos não-saudáveis, o abuso de bebidas alcoólicas e o estresse, foi estabelecida uma área de demonstração local que contemplasse a mudança das práticas dos profissionais de saúde que prestam assistência na atenção às ENTs. Dessas práticas centradas no indivíduo e no tratamento a doenças, partiu-se para a sistematização e organização dos serviços de saúde da Atenção Básica, a partir do conhecimento por parte dos profissionais de saúde, autoridades e comunidade local da situação epidemiológica das ENTs e seus fatores de risco, além do planejamento de ações de intervenção local de forma integrada e intersetorializada. Para tanto, vem sendo buscado o envolvimento de diferentes segmentos organizados da sociedade, tais como igrejas, comércio, indústria, secretarias de educação, esporte e lazer, universidades, sociedades científicas e representantes dos Conselhos Locais de Saúde.

Essa é uma forma inovadora, incorporada aos serviços de saúde já existentes na Atenção Básica e como tal seria muito precoce uma avaliação de resultados baseados em indicadores epidemiológicos, mas podem-se observar alguns desdobramentos importantes desde a sua implantação em Goiás. Dentre eles podem ser citados: a estruturação do Comitê Estadual CARMENT; a participação do Brasil no Comitê Diretivo da Rede CARMEN das Américas; o desenvolvimento do Projeto Mega Country, piloto da OMS (2001) e

Ministério da Saúde, para implantação da vigilância de fatores de risco para ENTs. Ainda, a interiorização da proposta com a implantação, em Firminópolis, da iniciativa CARMENT e no município de Quirinópolis, da iniciativa CARMENT e o Projeto Mega Country.

Ressaltam-se a alocação de recursos financeiros e a cooperação técnica da OPAS para a expansão da iniciativa na zona rural; o Programa de Combate ao Tabagismo, além do desenvolvimento de subprojetos nas mesmas áreas de implantação do CARMENT, a exemplo do CARMINHO — Escolas Promotoras da Saúde; Agita Goiânia; Agita Quirinópolis e Agita Firminópolis, lançados pelos gestores municipais, induzindo a população à prática de exercícios físicos; a abertura de áreas de lazer em locais antes inexistentes e oficinas de Arte Culinária para orientação sobre o preparo de alimentos saudáveis dirigidos a donas de casa, merendeiras e alunos.

Finalizando, considera-se que a atuação das equipes do PSF permite a aproximação dos indivíduos sem perder de vista o coletivo e as interações sociais. E no caso específico das doenças crônicas, tem-se mostrado como o modelo mais provável para alterar a realidade, a partir dos indivíduos e a mudança de seus comportamentos e hábitos de vida.

Essas propostas de reordenação da assistência contribuem de forma concreta para a reorientação dos serviços de saúde, estabelecendo referência e contra-referência para diagnóstico e tratamento, evitando maiores danos à saúde dos indivíduos, mudando o eixo da atenção para as ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças, subsidiando o planejamento local.

As considerações aqui realizadas quanto aos aspectos sociais estão respaldadas pelo estudo de Chaves (2002), que discutiu percepções da população, indicando melhoria do acesso aos serviços de saúde e da resolubilidade nas ações desenvolvidas pelo PSF. Sendo a iniciativa CARMENT implantada nas regiões onde há equipes do Programa Saúde da Família, há indícios de que o novo modelo facilita a atenção, o controle dos fatores de risco e a promoção da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório das Ações e Resultados Alcançados:** Estudo de Cobertura da Campanha e impacto no Perfil Nacional de Exames Diagnósticos Realizados**.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília,1997.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 2.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982. 270p.

CHAVES, L. M. **Programa Saúde da Família**: satisfação dos membros das famílias inscritos em Goiânia. 2002. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Centro de Ciências Biológicas e Saúde, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Anuário Estatístico do Brasil.** Brasília, 2000.

LEININGER, M. M. **Culture Care Diversity and Universisality**: a theory of nursing. National League for Nursing. New York: [S.n.],1991.

MONTEIRO, C. A. **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil**: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo: HUCITEC: NUPENS, USP, 1995. 359 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Guia Alimentar:** Saúde 21 para a Região da Europa: Meta 11 – Uma vida mais saudável. Brasília, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Primeira Reunião de Discussão das Estratégias de Cooperação Técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a Prevenção e o Controle das Doenças Não-Transmissíveis e Problemas Crônicos de Saúde.** Brasília, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Resumen:** Vigilancia de los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles: El Método Progresivo de la OMS. Washington, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Iniciativa CARMEN:** Prevenção Integrada de Doenças Não-Transmissíveis nas Américas. Washington, D.C., 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – **Protocolo y Diretrices:** Programa de Intervencion Integrada de Alcance nacional em Enfermidades no Transmisibles (CARMEN/CINDI). Buenos Aires, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Protocolo y Diretrizes, Conjunto de Acciones para la Reducción Multifatorial de Enfermidades No Transmissíveis.** [S.L.], 1997.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE**. IDB 2001 Brasil.** Brasília, 2001.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

TESTA, Mario. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

CAPÍTULO 7
CÍRCULOS VIRTUOSOS E BOAS PRÁTICAS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Flávio A. de Andrade Goulart

Doutor em Saúde Pública pela ENSP/FIOCRUZ; Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia-MG. E-mail: fgoulart@uberlandia.mg.gov.br

Resumo

O presente artigo deriva de um trabalho mais extenso cujo objetivo geral foi analisar a implementação do Programa de Saúde da Família — PSF no país, observando as relações entre os aspectos normativos, explicitados no processo de formulação pelo Ministério da Saúde, de um lado e, de outro, as inovações locais decorrentes de sua (re)formulação e implementação descentralizada. O pressuposto geral era que o PSF, como toda política social, situa-se em um movimentado cruzamento de princípios e estratégias políticas e operacionais, onde são freqüentes as contradições, de natureza político-ideológica ou conceitual. A hipótese central era que o PSF surgiu no âmbito de um conflito entre a normatização dura, realizada pelo governo federal e as iniciativas dos governos municipais, nas quais prevaleceram a flexibilidade e as inovações de caráter local. Foram analisados, dessa forma, os processos de formulação e de implementação de diferentes casos de PSF, a saber: o programa nacional brasileiro e os programas desenvolvidos em cinco municípios e mais duas experiências pioneiras do Sul do país (GOULART, 2002).

DESCRITORES: Programa de Saúde da Família. Política Social. Descentralização.

1. Introdução

A seleção dos casos do estudo teve como ponto de partida a evidência de experiências de PSF consideradas bem-sucedidas, ou seja, que tenham sido premiadas na I Mostra Nacional do PSF realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) em outubro de 1999 (BRASIL, 1999), ou pelo Conselho Nacional de Secretários

Municipais de Saúde (CONASEMS), no Prêmio Experiências Municipais Exitosas, de dezembro de 2000 (CONASEMS, 2001). Levantou-se, também, a relação de experiências inseridas pelo próprio DAB/MS em suas publicações oficiais, entre 1996 e 1999.

Mediante tais critérios foram então selecionadas as experiências de Contagem-MG, Curitiba-PR, Ibiá-MG, Niterói-RJ e Vitória da Conquista-BA. O quadro 1 resume as razões, ou as evidências, que justificaram a escolha final, bem como informações sobre número de equipes e cobertura no momento do estudo.

Quadro 1
Justificativas da escolha de casos para estudo

EXPERIÊNCIA	RAZÕES DE ESCOLHA	No. Equipes	Cobertura (%)
CONTAGEM	·Evidências de sucesso presentes (publicações DAB/MS e premiações) ·Experiência "radical" de implementação em condições institucionais adversas em área de forte problemática urbana	85	54,1
CURITIBA	·Evidências de sucesso presentes (publicações DAB/MS e premiações) ·Forte tradição de inovações em boas práticas de governo em geral e de boa gestão em saúde	114	24,3
IBIÁ	·Evidências de sucesso presentes (publicações DAB/MS e premiações) ·Radicalidade no caráter substitutivo da implementação	6	95,8
NITERÓI	·Caráter diferenciado e singular da experiência (Médico de Família) ·Pioneirismo na formulação e na implementação	65	49,5
VITÓRIA DA CONQUISTA	·Evidências de sucesso presentes (publicações DAB/MS e premiações) ·Evidências de bom governo e inovação em geral na administração municipal	31	40

2. Os Municípios Estudados: síntese descritiva

2.1 Contagem

O município de Contagem, antigo centro fiscal de "contagem" de mercadorias na época do Império, localiza-se na zona metalúrgica mineira, fazendo parte da região metropolitana de Belo Horizonte, distando não mais do que 20 km do centro da capital, com a qual é conurbada. Sua população de 537.806 habitantes, da qual cerca de 99% residem em zona urbana, conforme dados do censo de 2000. Representa o segundo maior contingente populacional de Minas Gerais, sendo também seu maior pólo industrial, com um PIB que é considerado o segundo do estado em valor. A sua densidade demográfica, expressivamente alta, é de 2.762,84 hab/km².

É forte a industrialização e a urbanização da cidade, bem como de toda a região metropolitana da Capital, o que levou à formação de uma extensa conurbação de alta densidade populacional e problemas infra-estruturais de toda ordem, tais como deficiências de saneamento básico, de equipamentos escolares, sanitários, sociais, de lazer, precária segurança pública, etc. Tais problemas se agravam pela contínua migração que a cidade de Contagem, além de suas vizinhas, recebem de outras regiões do estado, levando a um padrão anárquico de crescimento urbano. É digna de nota, também, a situação de alto risco para os moradores colocada pela existência de grandes rodovias de tráfego pesado dentro do município.

2.2 Curitiba

Curitiba, capital do Paraná, é uma cidade três vezes centenária, com uma história ligada aos vários ciclos (mineração, gado, café e industrialização) que fazem parte da herança cultural e econômica típica da Região Sul do Brasil. É uma cidade-pólo típica, agregadora de conhecimentos e de tecnologia, constituindo um grande centro de serviços de saúde, de cultura e de ensino, para todo o estado do Paraná, demais estados das regiões Sul e Sudeste do Brasil e mesmo para países da bacia platina. Tem também como característica marcante a migração, principalmente européia, tendo como etnias predominantes a polonesa e a italiana, além da japonesa.

A estimativa de população para o ano 2000 é de pouco mais de um milhão e meio de pessoas, com uma taxa de urbanização de praticamente 100%, e densidade demográfica de 3.690 habitantes por km². A cidade polariza uma região metropolitana extensa, com 22 municípios e população estimada em 2,5 milhões de habitantes.

2.3 Ibiá

Ibiá é uma cidade situada na parte oeste de Minas Gerais, no chamado Alto Paranaíba, berço de águas formadoras da bacia do Rio Paraná. Seu nome deriva do idioma tupi e significaria "terras altas" ou "águas altas". Situa-se a 300 km da capital do estado. Sua história está ligada à do trajeto que unia as minas de Vila Rica àquelas de Goiás, pelo qual transitavam tropeiros e comerciantes.

O município tem na agricultura e na pecuária as principais atividades econômicas, sendo crescente sua organização sob a forma de agroindústrias. A cidade representa um entroncamento ferroviário importante, tendo sido sede de oficinas da antiga Rede Mineira de Viação (depois RFFSA e atualmente Ferrovia Centro Atlântica, privatizada), mas, neste aspecto, perdeu a pujança de que desfrutava décadas atrás.

No censo de 2000, Ibiá apresentava cerca de 21 mil habitantes, dos quais 80% residiam em zona urbana, principalmente na sede do município e também em três distritos menores. Possui extensa área territorial, cerca de 2,7 mil km^2 e sua densidade populacional é baixa, com menos de oito habitantes por km^2. Não existem estabelecimentos de ensino superior no município. Suas relações econômicas, comerciais, culturais e de saúde se fazem principalmente com Araxá (distante 50 km), Uberaba (140 km) e Uberlândia (220 km). Com a capital do estado, as relações são essencialmente de cunho político-administrativo.

2.4 Niterói

Niterói, cidade quatro vezes centenária, detém historicamente posição apenas secundária entre as cidades do Sudeste do Brasil, por força da pujança política e econômica da cidade vizinha do Rio de Janeiro. Foi capital do estado, mas por todo o tempo teve sua presença ofuscada pela metrópole que se expandiu na banda oeste e sul da Guanabara. A cidade está praticamente conurbada com a de São Gonçalo, somando juntas cerca de um milhão de habitantes, fazendo parte de uma área metropolitana típica, que se estende dos dois lados da Baía de Guanabara, com problemática urbana intensa e indicadores sofríveis de saúde, saneamento e de qualidade de vida em geral. Entre todos os problemas da região, destaca-se a forte presença do crime organizado, principalmente o tráfico de drogas. O resultado mais visível desta situação é o alto índice de violência, que constitui o primeiro lugar na mortalidade, afetando principalmente os jovens, já a partir dos 14 anos de idade.

Niterói tem uma economia diversificada, concentrando atividades no setor de serviços e indústrias, aí se destacando os estaleiros navais e o processamento de pescado. Tem, também, estabelecimentos militares navais importantes. A dependência econômica do Rio de Janeiro

é intensa, já que, segundo o censo demográfico mais recente, as pessoas ocupadas em atividades locais representam menos de 40% da população entre 14 e 65 anos.

2.5 Vitória da Conquista

A região de Vitória da Conquista tem pelo menos dois séculos de história ligada aos ciclos de gado e mineração e agricultura característicos do sertão semi-árido do Nordeste do Brasil. Está localizada no chamado Planalto de Conquista, um contraforte da Chapada Diamantina, situado no centro-sul do estado da Bahia, distando 510 km da capital, Salvador. Uma parte do município, onde a caatinga predomina, é bastante seca durante quase todo o ano.

Vitória da Conquista se constitui em ponto de trânsito obrigatório de correntes humanas e comerciais, decorrente de sua situação às margens da BR-116 (rodovia Rio-Bahia), via primordial de união entre o Nordeste e o Sul-Sudeste brasileiros. Trata-se de uma posição geográfica estratégica, com influências econômicas e culturais recíprocas dentro de uma vasta região que abrange os estados da Bahia e de Minas Gerais, polarizando mais de 80 municípios, com uma população de abrangência superior ao milhão de habitantes. Constitui-se, acima de tudo, em um grande entreposto comercial, localizado no cruzamento de vias como a BR-116 e também, de abrangência estadual, que unem o leste e o oeste do estado da Bahia. Tais características favorecem o trânsito e a concentração de populações migrantes, o que acarreta, naturalmente, forte impacto na área de saúde.

O município tem população pouco superior a 260 mil habitantes pelo censo de 2000 e índice de urbanização da ordem de 85%. A população rural, embora proporcionalmente pequena (para os padrões nordestinos) está extremamente dispersa, existindo na zona rural do município cerca de 284 povoados de variados tamanhos. Seus indicadores urbanísticos se apresentam como bastante precários: no saneamento básico, a rede de abastecimento de água não alcança mais do que 55% da população urbana e a de esgotos chega apenas a 35% na zona urbana; a coleta de lixo atende a quase 100% da população urbana, mas o produto é depositado a céu aberto. Na zona rural, esses indicadores são bem piores. A economia do município está assentada, via de regra, na prestação de serviços, particularmente nas áreas de educação e saúde, além da agricultura e do comércio, com a abrangência bi-estadual, já citada acima. A produção agrícola está baseada no café, implantado intensivamente na região a partir dos anos 70, a qual, entretanto, já teve seu apogeu e hoje está em declínio, o que estaria afetando de forma marcante a vida econômica e social do município.

Tal amostra de municípios representa, na verdade, um conjunto com características sociais, demográficas e econômicas muito distintas, o que não deixaria de ser um aspecto

positivo do ponto de vista da metodologia do presente estudo. Evidenciam-se, no quadro 2, algumas características geopolíticas e demográficas comparativas das cinco localidades envolvidas no estudo.

Quadro 2
Aspectos Diferenciais dos Municípios Estudados

Cidade/Aspecto	CONTAGEM	CURITIBA	IBIÁ	NITERÓI	V. CONQUISTA
População	600 mil	1,4 milhão	25 mil	450 mil	250 mil
Classificação NESUR/Unicamp	Periferia de Região Metropolitana	Sede de Região Metropolitana	Porte Médio	Periferia de Região Metropolitana	Porte Médio
Situação geopolítica	Região Metropolitana Cidade-Dormitório Industrializada	Capital Metrópole Industrialização Serviços Pólo estadual	Cidade Pequena Agrícola	Região Metropolitana Cidade-Drmitório Serviços	Cidade média Agrícola Entroncamento Rodoviário Pólo Regional
Base econômica	Indústria Serviços	Indústria Serviços	Agricultura	Indústria Serviços	Agricultura Serviços
IDH	Baixo	Alto	Alto	Médio	Baixo
Urbanização	100%	100%	80%	Próximo 100%	85%

Procurou-se comparar, também, alguns aspectos da organização e da capacidade de oferta dos sistemas locais de saúde em cada uma das localidades estudadas. Nesse aspecto, aliás, é preciso muita atenção para não classificar sumariamente cada caso como um caso[1] . Com efeito, a heterogeneidade das experiências é bastante marcante em alguns aspectos, como por exemplo na população e nas características sociais e econômicas locais. Da mesma forma, a capacidade de oferta, por exemplo, de procedimentos especializados e o gasto público em saúde variam intensamente de um caso a outro. Em outros aspectos, a variabilidade é tão acentuada que praticamente induz à conclusão de que, talvez, os dados não reflitam a realidade local, por insuficiência de coleta ou outros problemas. É o que acontece, por exemplo, em relação a alguns tópicos referentes às informações financeiras (BRASIL, 2002a).

1 A expressão resgata o título da tese que deu origem a este texto, ou seja, "Experiências de Saúde da Família: cada caso é um caso?" e sua preocupação de caracterizar as singularidades, similaridades e diferenças entre as experiências de PSF estudadas em cinco municípios brasileiros.

Mas, a par de tais dificuldades, é possível apontar também algumas uniformidades e tendências nos dados que foram levantados. Uma síntese é mostrada a seguir:

(a) São todos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, com datas de habilitação em tal condição variando desde maio de 1998, em Curitiba até maio de 2000, em Ibiá. Na análise de seu percurso anterior pelas condições de gestão das NOBs 93 e 96 foram considerados portadores de aprendizado médio, com exceção de Niterói, classificado como alto.

(b) Constituem sistemas de saúde com alto grau de participação pública municipal em relação à capacidade instalada, à oferta e à própria gestão do sistema, tanto na área ambulatorial como na hospitalar.

(c) Na oferta especializada e de complexidade mais elevada dilui-se a homogeneidade observada quanto a outros aspectos, com variações muito amplas dos indicadores, traduzindo possivelmente até mesmo alguma incorreção da base de dados. É digna de destaque a situação de Niterói, que apresenta um índice de procedimentos especializados *per capita* superior a todas as demais cidades, inclusive superando a de Curitiba.

(d) Do ponto de vista da oferta e cobertura hospitalar, os indicadores são inferiores à média nacional, traduzindo possivelmente um maior impacto da atenção básica resolutiva nos sistema locais.

(e) As taxas de evasão e invasão de internações, embora apresentem ampla variação, parecem traduzir uma tendência de que esses municípios captam as demandas externas, ao mesmo tempo que circunscrevem o atendimento local dentro do próprio sistema, com a notável dissonância de Contagem nesse aspecto.

(f) Os dados de financiamento revelam-se um tanto vulneráveis a uma crítica relativa a sua fidedignidade, observando-se, mesmo cautelosamente, que ocorre uma certa uniformidade nas receitas e no gasto com saúde por habitante, com a notável exceção de Vitória da Conquista, em que tais cifras se colocam em patamares inferiores às demais cidades.

(g) Em relação ao índice de recursos próprios municipais alocados, notam-se percentuais acima de 20% apenas em Ibiá e Niterói, estando os demais abaixo de 10%, fora Contagem, para a qual o dado não se encontra disponível.

As coberturas de PSF e PACS variam também intensamente, mas aqui a fidedignidade do dado não é objeto de contestação. Destacam-se neste aspecto Ibiá (com praticamente 100%), Vitória da Conquista e Contagem, com coberturas da ordem de 40% e 54% para o PSF e de 81,8% e 43,4% para o PACS, respectivamente.

3. Fatores de Acerto, Fatores de Desacerto

Existe, inquestionavelmente, um vasto conjunto de pontos de convergência entre as diversas experiências, mas seria possível também indagar sobre o conteúdo das diferenças que apresentaram. Propõe-se a análise de tais diferenças em termos dos antecedentes e conseqüentes da ação política de implementação do PSF, mediante um pequeno exercício que tem por objetivo apreender um pouco mais da dinâmica das experiências. O Quadro 3 organiza as categorias da análise que será desenvolvida adiante.

Quadro 3

Contextos e Desempenho das Experiências

ANTECEDENTES (CONTEXTOS)	CONSEQÜENTES (DESEMPENHO)	CASOS CONCRETOS
Favoráveis	Alto	Curitiba, Niterói
Desfavoráveis	Alto	Ibiá, Vitória da Conquista
Mistos	Alto, depois retrocesso	Contagem

Dito de outra forma, o primeiro caso seria aquele onde tudo convergia para o melhor dos mundos e, de fato, os acontecimentos confirmaram os indicativos do contexto social e político. No segundo caso, nem tudo era favorável. No entanto, o desenvolvimento dos programas apresentou bons resultados. Já no terceiro, tanto havia fatores negativos como positivos no contexto, mas o sucesso obtido frustrou-se, depois de uma eleição malsucedida, aliás, o único evento dessa natureza entre todos os casos examinados.

Assim, em Curitiba e Niterói, o cenário prévio era marcado por: continuidade política, tradição de luta e discussões pela saúde; presença de lideranças de base carismática, empreendedora e ideológica; equipes técnicas qualificadas; sociedade local com um bom grau de organização; condições de sustentabilidade adequadas (pelo menos em relação aos principais obstáculos políticos); presença marcante de inovações (mais em Curitiba); forte articulação externa, além de fatores culturais com peso positivo sobre as experiências.

O que aconteceu nessas cidades foi o esperado: experiências duradouras, sem retrações

marcantes, empenho de uma comunidade epistêmica[2] na saúde, enraizamento social dos projetos e, também, não se pode esquecer, vitória e continuidade nas eleições municipais. Como pano de fundo, práticas de bom governo geral. Nessas duas cidades, valeria a conhecida afirmativa bíblica: "onde mais se tem mais ainda será dado".

Em Vitória da Conquista e Ibiá, ao contrário, os antecedentes das experiências eram mais sombrios. O peso do clientelismo, da influência do poder central do Estado e das tradições políticas conservadoras era muito grande. A alternância de poder era apenas formal, com revezamento de correntes políticas tradicionais e pouco propensas a mudanças. A organização da sociedade e a presença de uma tradição cívica apresentavam-se pouco relevantes. No campo específico da saúde, a situação era de baixo investimento, pouca priorização e sucateamento, o que aliás afetava as políticas sociais como um todo. Além disso, a iniciativa privada em saúde mostrava-se pujante e agressiva, graças ao estado precário da saúde pública, aliado a práticas ilícitas freqüentes. O que se chamou de questão médica revelou-se de forma paradigmática nesses dois municípios. As condições sociais e econômicas diferiam nos dois casos, apresentando o município mineiro uma economia com resultados mais satisfatórios do que os de Vitória da Conquista, devido ao declínio da cafeicultura nesta última cidade.

Apesar de tudo, como se viu, os dois municípios obtiveram resultados satisfatórios na implementação de seus programas. Mais do que isso, apresentaram práticas políticas de bom governo evidentes, em muito ultrapassando a área da saúde, como atestaram as premiações auferidas nacionalmente. Uma tríade de participação social, substituição de modelo assistencial e responsabilização pública foi marcante e com certeza produziu resultados materiais importantes. Os dois municípios diferiram em sua capacidade de articulação externa, principalmente pela presença da rede PT em Vitória da Conquista (embora em menor grau também em Ibiá). Em Vitória da Conquista foi possível também um maior grau de conscientização e obtenção de adesão das equipes ao projeto, tendo tanto a ideologia como o conhecimento técnico como bases de sustentação.

Outra característica que unia essas duas experiências e que as diferenciava da de Contagem, cidade em que os antecedentes da política foram mais ou menos semelhantes, foi o fato de que em ambas foi possível o prosseguimento das mudanças encetadas no período iniciado em 1997, graças à reeleição dos respectivos mandatários. Havia uma série de fatores, de natureza política, envolvendo inclusive os complexos bastidores das

2 As expressões *comunidade epistêmica, questão médica, bom governo, rede PT* e outras, destacadas em itálico no texto, dizem respeito a categorias analíticas desenvolvida na tese do autor, já citada (GOULART, 2002).

3 *Cardosismo*: diz respeito ao modo de fazer política característico do ex-governador de MG e ex-Prefeito de Contagem, Newton Cardoso, traduzido por certo populismo e clientelismo.

articulações eleitorais, mas caberia indagar se o enraizamento social dos programas, mais efetivo em Ibiá e Vitória da Conquista do que em Contagem, não seria um atestado de sucesso político refletido no cenário das eleições.

A situação dos antecedentes em Contagem teve aproximadamente as mesmas características de Ibiá e Vitória da Conquista. Mas, se por um lado nesta cidade atuava a força avassaladora do cardosismo[3], por outro lado pode-se dizer que ali também vigiam tradições de luta política sindical e mesmo uma atuação histórica do poder público em saúde, com uma rede de serviços relativamente bem estruturada. Configurava-se, assim, uma mescla de fatores favoráveis e desfavoráveis. A interpretação possível dos descaminhos relativos do PSF em Contagem poderia ser, em primeiro lugar, o peso do fator tempo, dadas as características do mandato-tampão recebido pelo prefeito e de sua equipe, que tinham pela frente a execução de um grande projeto de mudanças na saúde e não dispuseram de um prazo suficiente para fazê-lo, com a marcante mudança de rumos políticos dada pela frustração nas eleições de 2000. Além disso, a alta polarização eleitoral que se deu em torno do PSF e de outras propostas da municipalidade parece ter provocado prejuízos políticos de monta e de certa forma irreversíveis. Ao contrário, em Ibiá e Vitória da Conquista, onde esse fator também esteve presente, o mesmo não só foi neutralizado no calor da campanha, como até mesmo parece ter sido revertido em benefício da proposta política do programa.

4. O PSF Nacional e os Programas Locais: sintonia ou dissenso?

Uma questão colocada desde o preâmbulo da pesquisa que deu origem ao presente trabalho foi a quanto à procura de pontos de convergência e de divergência entre o programa formulado nacionalmente vis-à-vis com os programas implementados nos municípios estudados.

Alguns conceitos merecem ser firmados. Primeiro: seria engano supor que a formulação do PSF seja uma prerrogativa exclusiva do Ministério da Saúde, enquanto aos gestores locais caberia apenas sua implementação. Ao gestor federal caberia, sem dúvida, a ação de formular, mas ao mesmo tempo estaria imerso em processos de implementação, recebendo permanentemente retroalimentação dos níveis locais. Ao mesmo tempo, aos gestores locais caberia implementar, mas sem perder de vista as nuanças da dinâmica e do câmbio permanente da realidade local — o resultado é que sua ação se daria em torno de um complexo de interações que incluiriam formulação-implementação-avaliação-reformulação, nem sempre necessariamente nesta ordem, mas com conexões importantes entre si.

O segundo aspecto é que falar em convergências e divergências entre a política nacional e as políticas locais talvez não fosse o mais apropriado. Ao ser implementada, nenhuma política ou ação de governo obedece rigorosamente ao roteiro traçado quando da sua formulação. Os fatores perturbadores de natureza política, institucional, cultural, conjuntural etc. são muito variados e dificilmente estariam sob controle, como enfatiza a literatura referente à análise de políticas (VIANA, 1997; WALT; GILSON, 1994). No caso do PSF essa relativa falta de controle seria uma possibilidade concreta, confirmada sobejamente pelas experiências visitadas, à medida que as soluções locais diferenciadas, e até mesmo personalizadas, foram bastante freqüentes.

Há um terceiro aspecto a considerar, ligado à dinâmica de funcionamento do setor do Ministério da Saúde encarregado de coordenar o PSF nacionalmente, ou seja o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Políticas de Saúde (DAB/SPS). Este sempre fora o setor que centralizava as demandas encaminhadas pelos municípios que operam o PSF, que se contam em alguns milhares no país. Uma das características distintivas do setor é o seu corpo técnico, formado justamente por gerentes e técnicos freqüentemente oriundos de estados e municípios, muitos deles mesmo ex-coordenadores locais de PSF, com atribuições de realizar a condução do programa. A compreensão do papel de tal burocracia deve distanciar-se de alguma das teorias conspiratórias e satanizadoras ainda vigentes a respeito da mesma, mesmo porque esse ator não é e jamais foi monolítico — afinal, a burocracia é um agente que institui para a sociedade, mas também é instituído por esta e assim transita permanentemente dentro de um sistema de contradições e brechas, de equilíbrios que se refazem a cada momento, de processos negociados que predominam sobre as imposições ou meras concessões, conforme explorado com detalhe no capítulo 11 da já citada tese deste autor (GOULART, 2002). Este, aliás, seria atualmente um quadro relativamente comum nos órgãos públicos federais, com novos estratos de gerentes — uma nova burocracia — exercendo papéis de formulação e acompanhamento de políticas. Isso reforça a hipótese de que o tema das divergências e convergências deva ser tratado de forma relativizada, apontando mais para uma situação em que predominam os ajustes mútuos e não as imposições.

Na verdade, é bom lembrar que o projeto do Ministério da Saúde iniciou-se, em 1993, justamente com uma consulta a um grupo de municípios e outras entidades que já então praticavam algo semelhante ao que seus primeiros formuladores desejavam. Não surgiu do nada, tampouco de elucubrações tecnocráticas, portanto.

Podem, assim, ser vislumbradas algumas boas práticas de gestão no relacionamento entre o Ministério da Saúde e municípios, quando o tema é o PSF, delineadas a seguir:

(a) Parece produtivo o exercício de uma visão de processo em relação ao acompanhamento das experiências e à própria proposição de normas e instrumentos, dada a capacidade freqüentemente demonstrada, mesmo pelos gestores "pequenos", de produzirem inovações e até mesmo se anteciparem à diretriz superior.

(b) A tônica do aprendizado mútuo é marcante, principalmente considerando as muitas situações de antecipação ou mesmo de propostas municipais que passam a ter curso livre entre pares, até de forma extemporânea ou paralela em relação ao movimento ou ao desejo do ministério de valorizá-las ou aproveitá-las.

(c) Como decorrência do postulado anterior, abrem-se possibilidades de cooperação horizontal, espontânea (às vezes formalizada) entre os próprios municípios.

(d) Ausências notáveis, no caso, das secretarias estaduais de saúde em relação ao PSF, deveriam ser justificadas ou, senão, corrigidas.

(e) Práticas de incentivos e emulações, não necessariamente de base material, como a mostra de PSF, premiações e honrarias demonstraram ter um papel fundamental, não só em termos simbólicos, como, também, como base concreta da sustentabilidade política de algumas experiências em curso, particularmente daquelas instaladas em ambientes políticos e sociais adversos.

(f) Determinadas áreas de sombra, por exemplo, financiamento, referências, recursos humanos, implantação em grande centros, cobertura a setores especiais deveriam receber prioridade absoluta por parte da atuação dos gestores.

O PSF tem-se revelado uma modalidade de integração de políticas públicas em saúde, formando autênticos amálgamas, em que finalmente se integram os aspectos individuais e coletivos, preventivos, promocionais e curativos da atenção à saúde.

5. As Experiências e seus Aspectos Comuns

Em busca de uma síntese, caberia como questão central a seguinte: o que realmente as experiências visitadas têm em comum? Embora as muitas diferenças encontradas, o que não seria inesperado aliás, dada a diversidade e a heterogeneidade das situações sobre as quais foram construídas, uma série de pontos comuns podem ser arrolados entre as referidas experiências. A listagem abaixo procura resumi-los:

(a) Realizaram-se em ambientes em que as condições de gestão do SUS já se encontravam amadurecidas, com a Gestão Plena do Sistema Municipal formalmente implementada, nos termos da NOB-96.

(b) Acumulavam evidências de que resultam de um somatório de práticas inovadoras e bem-sucedidas de assistência e gestão, na saúde e exteriormente a ela, em ambientes onde predominavam: a decisão política forte; a continuidade administrativa e política; a qualificação técnica significativa; o engajamento consciente dos servidores nos projetos de mudança, nos termos discutidos, entre outros, por Tendler (1998).

(c) Articulavam-se a amplas redes de contatos externos, nacionais e internacionais, de natureza formal ou informal, configurando um cenário de cosmopolitismo político e sanitário.

(d) Desfrutavam, assim, e de modo geral, de ampla visibilidade externa.

(e) Nelas despontaram freqüentemente lideranças jovens, altamente articuladas fora das fronteiras municipais, qualificadas empiricamente e, sobretudo, portadoras de traços de personalidade carismáticos e voluntaristas, além de serem militantes partidários imbuídos de ideologia política, de forma consciente e assumida.

(f) A ação foi sempre subsidiada pelos conteúdos essenciais da Reforma Sanitária e do SUS, com incorporação de uma nova pauta de discussões contemporâneas envolvendo, por exemplo, qualidade de vida, vigilância e promoção da saúde, ética, humanização, etc.

(g) Foram portadoras de um discurso especialmente alinhado com a democratização e a participação social no sistema de saúde, embora nem sempre correspondente à mobilização objetiva da sociedade em torno das propostas defendidas.

(h) Embora o PSF fosse sem dúvida bem aceito pelas comunidades, predominavam em relação ao mesmo, por parte das representações de usuários, posturas de "gratidão" e reconhecimento, mas não necessariamente reivindicações pró-ativas.

(i) Pareciam ser mais expressivas as possibilidades de se ter melhores PSFs naqueles municípios onde a sociedade se encontrava mais bem organizada, seja no plano político geral, seja em relação a temas e setores específicos, configurando o que se denominou de comunidade cívica e capital social (PUTNAN, 1994).

(j) Os ritmos de implementação dos PSFs tiveram como regra a aceleração, ou mesmo de uma autêntica explosão — big-bang (VIANA, 1997), guardando, por vezes, sintonia com os ciclos do calendário político-eleitoral vigente nos municípios.

(k) Mesmo as experiências que se propuseram a um caráter substitutivo mais radical, muitas vezes mostraram dificuldades em assumir tal característica de forma abrangente, tendo em vista a persistência e a competição de elementos tradicionais no padrão da assistência à saúde.

(l) Os obstáculos comprometedores da sustentabilidade dos programas, representados pelas questões do financiamento, das referências especializadas, da cultura e dos recursos

humanos (VIANA, 2000; ENSP, 2002; BRASIL, 2002b;) se apresentaram de forma generalizada, constituindo muitas vezes situações que escapavam ou ultrapassavam a governabilidade local.

(m) A questão médica continuava a ser um dos aspectos problemáticos e propensos ao desenvolvimento de dificuldades tardias que poderão comprometer a sustentabilidade de muitos programas.

(n) As experiências tiveram como característica marcante o fato de representarem um efeito "espelho", ou seja, de se converterem em pontos de atração da visão externa sobre a realidade local, cumprindo um importante papel pedagógico e de cooperação técnica horizontalizada.

(o) Saúde da Família mostra-se contemporaneamente como um grande e competitivo mercado de trabalho no país, não só para os membros das equipes técnicas das diversas formações, como também para os cargos de direção superior, configurando mesmo uma nova categoria de agentes, os executivos públicos da saúde.

(p) Fatores culturais de diversas naturezas, seja ligados aos usuários, seja aos profissionais, perpassavam de modo geral o quadro das experiências, influenciando seu desenvolvimento de forma negativa ou mesmo positiva (MORGAN, 1986).

As ausências notáveis na cooperação técnica aos municípios, no caso das instituições de ensino superior na área da saúde e das secretarias de saúde estaduais, eram questões perturbadoras sobre o desenvolvimento do sistema de saúde e do PSF em particular.

6. Boas Práticas e Círculos Virtuosos

Como decorrência imediata da síntese acima procedida, em que linhas de união mostram-se ao longo do conjunto de casos, uma última questão pode ser colocada: que lições ("boas práticas") foi possível apreender nestas experiências?

A lista abaixo oferece uma tentativa de sistematização, mas certamente não tem caráter exaustivo, dada a riqueza e a complexidade dos processos em jogo. Além do mais, procurou-se inserir nestas linhas apenas aquilo que parece interessar ao maior conjunto possível de atores, deixando de lado, portanto, aspectos considerados demasiadamente particulares ou de aplicação muito restrita.

(a) Boa condução é muito importante e, entre seus atributos, podem ser arrolados capacidade de tomada de decisões, liderança, carisma, espírito empreendedor, embasamento ideológico, além de qualificação técnica e continuidade.

(b) A boa condução teria pouco a oferecer se não contasse com boas equipes técnicas, aspecto que pode ser traduzido por qualificação de conhecimentos, tradição de discussões em saúde, base ideológica, capacidade empreendedora associada a militância, sintonia com o projeto político, aceitação da liderança, organização e inserção em entidades representativas.

(c) Boas práticas sociais também possuem um lugar de destaque, traduzidas: por equilíbrio e sintonia entre as propostas de participação originadas do governo e as da sociedade; associação sinérgica entre as noções de responsabilidade pública e de direito à saúde; bem como produção de efeitos concretos como resultado de tais práticas.

(d) Como decorrência, a presença de um bom governo, que se traduz por práticas políticas e administrativas transparentes, efetivas e socialmente aceitáveis, que se estendem bem além do campo da saúde, tendo como substrato ideológico as noções de cidadania, direitos coletivos e responsabilidade pública.

(e) Boa articulação externa ou a prática de um cosmopolitismo político e sanitário, de preferência direcionada a interlocutores seletos individuais ou institucionais, que sejam capazes de oferecer respaldo técnico e cobertura política ao desenvolvimento dos projetos e programas de governo.

(f) Boa implementação programática, o que significa investimento em padrões efetivamente substitutivos dos modelos de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos velhos regimes de práticas.

(g) Desenvolvimento de inovações, seja do ponto de vista gerencial ou assistencial, diferenciando-as das meras novidades, mas tendo como diretriz norteadora a ousadia e o destemor frente às possibilidades de erro e reversão.

(h) Busca decidida da sustentabilidade das práticas desenvolvidas, não só em termos financeiros e de estrutura e processos, mas também nos planos cultural, simbólico e político, resultando no necessário enraizamento das experiências no imaginário da comunidade de usuários e dos tomadores de decisão.

(i) Efeito espelho: articulação e da difusão da experiência local entre interlocutores externos, diferenciados ou não, configurando a responsabilidade por uma pedagogia do exemplo fundamental no processo de construção de políticas públicas.

Referências

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Prêmio Experiências Municipais Exitosas**. Brasília: CONASEMS, 2001.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA; FUNDAÇÃO INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **Avaliação da implementação do PSF em grandes centros urbanos:** 10 estudos de caso. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

GOULART, F. A. de A. **Experiências em Saúde da Família:** cada caso é um caso? 2002. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2003.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Atlas, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **I Mostra de Experiências em Saúde da Família**. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da gestão plena do sistema municipal:** Indicadores, tipologia e análise. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a. (CD-ROM)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Monitoramento do PSF 2001**. Brasília, 2002b:, , Ministério da Saúde. (mimeo)

NÚCLEO DE ESTUDOS URBANOS DA UNICAMP; NÚCLEO DE ESTUDOS DE POLÍTICAS PÚBLICAS. **Projeto Organização e Hierarquização de Ações de Saúde; Relatório I:** Identificação e caracterização de aglomerados de saúde. Campinas, 2000.

PUTNAN, R. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1996

TENDLER, J. **Bom governo nos trópicos:** Uma visão crítica**.** Brasília: ENAP: Rio de Janeiro: Revan Editora, 1998.

VIANA, A. L. D. "Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre políticas sociais". In: CANESQUI, A. M. (org). **Ciências Sociais e Saúde.** São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

_____.**Projeto Avaliação do Programa de Saúde da Família:** IV Relatório Parcial. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

WALT, G.; GILSON, L. "Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis". **Health Policy and Planning,** [S.l], v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SAS — Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília, 2002c. Disponível em: http://www.saude.gov.br/sas. Acesso em: 15 ago 2002.

CAPÍTULO 8
ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA E ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL — CEARÁ — BRASIL: PRINCIPAIS AVANÇOS E DESAFIOS NA PERSPECTIVA DE PRODUZIR MUDANÇAS POSITIVAS NA SAÚDE

Luiz Odorico Monteiro de Andrade

Médico, Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas, Professor Assistente da Faculdade de Medicina da UFC/Sobral, Secretário de Desenvolvimento Social e da Saúde de Sobral/Ce e Presidente do CONASEMS.

Ivana Cristina de Holanda Cunha Barrêto

Médica, Doutoranda em Pediatria pela Universidade de São Paulo, Professora Assistente da Faculdade de Medicina da UFC/ Sobral e Diretora de Ensino e Pesquisa da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Neusa Goya

Assistente Social, Especialista em Gestão de Sistemas Locais de Saúde e Assessora Técnica do CONASEMS.

Tomaz Martins Júnior

Cirurgião Dentista, Mestre em Gestão e Modernização Pública, Assessor Técnico da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Resumo

A experiência do município de Sobral — Ceará — Brasil, apresenta a idéia força de que a Saúde da Família é uma estratégia estruturante do modelo de atenção à saúde, caracterizando-se como potencializadora dos processos que desenvolvem o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios norteadores, como a integralidade, a universalidade e a eqüidade. Para tanto, são aprofundados, na experiência do município de Sobral, aspectos como a concepção, a organização e o funcionamento da Estratégia Saúde da Família, cujo desenvolvimento tem possibilitado a produção e a sistematização de importantes saberes e práticas da gestão municipal, construídos nos espaços do serviço, no território vivo. É o que indica a estratégia da educação permanente implementada no sistema de saúde de Sobral, pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Através da práxis da Saúde da Família, desenvolvida no município, novas tecnologias em saúde, altamente complexas, têm sido elaboradas, como por exemplo: o método da Tenda Invertida; a sistematização de um campo comum de conhecimento construído no

território a partir do processo de trabalho interdisciplinar das equipes; a implementação dos mecanismos de co-gestão participativa, entre outros processos complementares que contribuem para a formação de um novo fazer em saúde, que revoluciona e estrutura o SUS, porque potencializa e viabiliza seus princípios e diretrizes. O capítulo aponta ainda a melhoria de uma série de indicadores de saúde, resultante da prática e do trabalho das equipes de Saúde da Família. São apresentados também, segundo a ótica dos autores e com base na experiência de Sobral, os principais desafios e perspectivas pertinentes à Estratégia Saúde da Família.

DESCRITORES: Saúde da Família. Educação Permanente. Saúde Pública. Municipalização da Saúde. Atenção Primária.

1. Breve Histórico: 1997, início da inversão do modelo de atenção à saúde

A construção do Sistema Municipal de Saúde de Sobral, enquanto um conjunto de serviços coordenados por gestão local, com área geográfica definida e metas para melhoria da situação de saúde da população claramente estabelecidas, iniciou-se em 1997. O primeiro passo foi a realização de um diagnóstico de saúde do município com base em dados secundários, logo em seguida à realização de um Seminário de Planejamento Estratégico Participativo, organizado pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde do Município (SDSS).

Até então, o modelo de atenção à saúde do município concentrava-se em serviços hospitalares, na demanda espontânea e em ações curativas centradas no profissional médico. Este modelo de atenção se refletia negativamente na qualidade de vida da população, que apresentava elevadas taxas de desnutrição e mortalidade infantil, baixa cobertura vacinal e de assistência pré-natal, enfim, ausência de acesso da grande maioria da população às ações de Atenção Primária à Saúde (APS).

Durante o Seminário de Planejamento Estratégico realizado em 1997, foram tomadas as seguintes decisões: a) inversão do modelo de atenção à saúde hospitalocêntrico, então vigente, para um modelo baseado na atenção integral à saúde; b) utilização da estratégia de promoção da saúde no novo modelo, articulando ações intersetoriais e privilegiando a Atenção Primária de Saúde; c) adoção dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde — SUS estabelecidos na Constituição Brasileira de 1988; e d) estruturação dos serviços de APS com base na Estratégia Saúde da Família (ESF).

2. Sobral: características demográficas e socioeconômicas

O município de Sobral encontra-se situado na zona do sertão centro-norte do Ceará, Brasil, estando distante de Fortaleza, capital do estado, 224 km. É constituído por onze distritos, com uma área territorial de 1.729 km² - vide Anexos: Mapas 1 e 2. Dispõe de uma população de 163.835 habitantes, sendo 51,5% do sexo feminino e 48,5% do masculino. Da população total do município, 86% residem na zona urbana e 14% na rural.

Segundo dados do censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE em 2000, dos domicílios particulares permanentes totais, 94% eram abastecidos pela rede pública de água, 59,4% tinham o lixo coletado diretamente e 74,3% possuíam instalação hidrossanitária.

A economia tem apresentado nos últimos anos um crescimento acentuado do setor industrial, destacando-se as indústrias de transformação como a de vestuário, calçados, artigos de tecidos e de produtos alimentícios. Uma única fábrica de calçados, a Grendene Calçados, é responsável pela geração de aproximadamente 15 mil empregos diretos.

No setor agrícola, além do cultivo tradicional de algodão, milho e feijão, o município vem investindo no plantio de pimenta tipo tabasco para exportação e de uva para produção local de vinho. As atividades de serviço e comerciais também são responsáveis pela alimentação e movimentação da economia local.

Sobral é considerado um município pólo, tendo destaque não somente seu crescimento e influência na economia local da região, mas também a implementação de políticas públicas integradas, o que tem impulsionado o desenvolvimento sociocultural em âmbito regional. Os serviços públicos municipais são tidos como referência na região centro-norte.

No campo do desenvolvimento das políticas governamentais, identifica-se no município uma variável positiva. Esta se refere à manutenção da mesma base político-partidária à frente da Prefeitura Municipal, desde 1997, o que, entre outros fatores, tem proporcionado a continuidade das políticas públicas.

As políticas governamentais realizadas no município têm como eixo central a promoção da cidadania de seus moradores. Como tal, tem sido dada ênfase às políticas sociais e de desenvolvimento urbano, desenvolvidas com a participação efetiva dos diferentes atores sociais, políticos e comunitários. Desde 1997, funciona o Orçamento Participativo, processo responsável pela determinação de prioridades de investimento e uso dos recursos financeiros do município (COELHO; SILVA, 2000).

De 1997 a 2003, verifica-se uma melhoria da qualidade dos serviços e da atenção prestada à população, além da ampliação dos equipamentos sociais, melhoria da infra-estrutura

urbana e habitacional, geração de emprego e renda, recuperação e valorização do patrimônio histórico-cultural, entre outros (SANARE, 2000). Como conseqüência desse trabalho, identifica-se a melhoria dos indicadores sociais, como a taxa de analfabetismo da população de 15 anos de idade ou mais, de 24% em 1999, para 17,20% em 2002. A taxa de escolarização das crianças de 7 a 14 anos do ensino fundamental, em 2002, foi de 133,75%. Isso foi possível graças ao processo de aceleração de ensino que corrigiu distorções série-idade.

3. Sistema Municipal de Saúde

O município de Sobral, de acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde — NOAS-2002, encontra-se habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, conferindo a SDSS a responsabilidade pela gestão do sistema local de saúde.

O modelo de atenção à saúde está organizado com base nos princípios e diretrizes do SUS. A concepção de saúde adotada é abrangente e positiva, não se limitando à atuação do setor saúde, mas requerendo o exercício de práticas intersetoriais e interdisciplinares, construídas a partir da contribuição de diferentes atores e áreas do conhecimento.

A lógica de funcionamento do sistema de saúde está ancorada em estratégias como a Promoção da Saúde e a Estratégia Saúde da Família (SOBRAL, 2002). A base de organização do sistema está constituída a partir dos territórios de atuação das equipes de Saúde da Família (ANDRADE et al, 1999).

O sistema de saúde dispõe de uma rede física capacitada para a realização de serviços de saúde em seus diferentes níveis de complexidade, o que faz com que o município, no modelo estadual de reorganização da saúde, seja referência em âmbito micro e macrorregional[1].

O município dispõe de 61 unidades de saúde credenciadas ao SUS, sendo 56 ambulatoriais e 5 hospitalares. Do total de unidades que operam no SUS, 45 são municipais e 16 privadas contratadas. A maior parte das unidades municipais é do tipo ambulatorial. Dos hospitais apenas um é municipal, dos outros quatro, dois são filantrópicos e dois privados, todos conveniados ao SUS. Entre os conveniados, destaca-se o Hospital da Irmandade de Santa Casa de Misericórdia, que presta serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, com um total de 335 leitos. Também vinculado à Irmandade,

1 Segundo o Plano Diretor de Regionalização do Ceará, o estado encontra-se dividido em 21 microrregiões e três macrorregiões de saúde. A microrregião de Sobral está constituída por uma população de 549.257 habitantes (inclui a população de Sobral e de mais dez municípios circunvizinhos) e a macrorregião por 1.418.663 habitantes (engloba as microrregiões de Sobral, Acaraú, Tianguá, Crateús e Camocim, totalizando 21 municípios, além do próprio município de Sobral).

existe o Hospital do Coração, capacitado para oferecer serviço de alta complexidade, especializado em doenças cardiovasculares (SOBRAL, 2001).

A partir dessa rede física, a SDSS tem estruturado os serviços de atenção primária, secundária e terciária. A assistência primária é prestada através das Equipes de Saúde da Família que, na medida do necessário, encaminham os pacientes para os serviços secundários ou terciários. O agendamento das consultas ambulatoriais especializadas e exames complementares é feito por meio da Central de Marcação de Consultas, implantada em 1998, pela SDSS. Além dos pacientes do próprio município, a central agenda os atendimentos para todos os municípios da micro e macrorregião de Sobral, com referências devidamente programadas durante a Programação Pactuada e Integrada — PPI.

4. Estratégia Saúde da Família em Sobral

4.1 Princípios norteadores

As concepções sobre a ESF adotadas pelo município são frutos de consensos da área de Saúde Coletiva no Brasil, dos quais participaram vários técnicos que desde 1997 vêm contribuindo com a construção do Sistema Municipal de Saúde (VIANA; DAL POZ, 1998; ANDRADE, 1998; GOYA, 1996; ODORICO, 2002).

I — A ESF é estruturante do SUS. Como modelo de organização da atenção primária é resultante da sua evolução histórica e mantém a coerência interna com os seus princípios doutrinários e a universalidade, integralidade e a eqüidade.

II — A ESF também mantêm coerência com os princípios organizativos do SUS: acessibilidade, resolubilidade, regionalização, descentralização, hierarquização e a participação popular. O componente do sistema responsável pela atenção primária de saúde da população tem potencialidade de resolver até 90% das demandas das Unidades de Saúde da Família — USFs e uma capacidade racionalizadora sobre a demanda originária do seu território para média e alta complexidade.

III — A ESF prioriza em suas bases teóricas a promoção da saúde, o que não significa desprezar a clínica, visto que a integralidade da atenção é um dos seus princípios norteadores.

IV — A ESF tem o coletivo como seu foco de atenção, entendendo que os indivíduos estão inseridos em uma família e esta última em determinado grupo populacional, e que o processo saúde-doença é determinado socialmente, e, conseqüentemente, só uma abordagem coletiva poderá efetivamente provocar um impacto profundo e duradouro nesse processo. Isto não significa que a abordagem individual deverá ser desprezada.

V — A ESF, por ser sendo historicamente muito recente, não se constitui em um modelo acabado, pelo contrário. Está em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova práxis entre os trabalhadores integrantes das equipes. Tal construção ocorre concomitantemente ao seu crescimento quantitativo. É preciso lembrar ainda que esse crescimento está sendo estimulado por uma grande aceitação popular, haja vista sua aprovação em centenas de Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde realizadas no Brasil no processo de implementação do SUS (BRASIL, 2000b).

4.2 Território e a Estratégia Saúde da Família

Na construção da Estratégia Saúde da Família, a concepção de território assumida pelas Equipes de Saúde da Família não foi exclusivamente a espacial e quantitativa, mas também a de território geográfico onde estão coletivos humanos com modos de vida, relações sociais, culturais, políticas e históricas, que são singulares de cada cidade e, dentro desta, de cada bairro, vila ou favela (MENDES; DONATO, 2001). Para que as equipes de saúde se apropriassem dessa singularidade, além de estudar mapas e realizar o diagnóstico de saúde de cada área, foram identificadas as redes sociais e as lideranças locais. A partir de então, esses atores sociais foram convidados a participar da construção do modelo de atenção integral à saúde.

a. Processo de Territorialização da ESF em Sobral

Para definição do número de Equipes de Saúde da Família e da distribuição dessas equipes no território do município, foi elaborada uma divisão por Áreas Descentralizadas de Saúde (ADS). A divisão do município em Áreas Descentralizadas de Saúde foi realizada através de um processo de territorialização, do qual participaram os agentes de saúde, lideranças comunitárias e técnicos da SDSS. Para adscrever uma determinada população a uma Unidade de Saúde específica, foram consideradas características geográficas, proximidade do grupo populacional à unidade, meios de transporte que facilitassem o acesso, aspectos econômicos e culturais. O processo de territorialização no Sistema Municipal de Saúde é um processo dinâmico, sendo constantemente atualizado e respondendo à própria dinamicidade do município, que, por ser pólo da região noroeste do Ceará, vem passando por um processo de expansão demográfica e econômica. Atualmente o município está dividido em 27 ADS, segundo as Tabelas 1 e 2.

Tabela 1

Distribuição de equipes do PSF segundo situação do domicílio e razão equipe por habitantes e equipe por famílias em Sobral

Situação de novembro/2003

SOBRAL	Urbana	Rural	Total
População	140.898	22.937	163.835
Número de famílias	31.311	5.097	36.408
Nº de equipes PSF em funcionamento	27	13	40
Equipe por habitantes	1/5.218	1/1.764	1/4.095
Equipe por famílias	1/1.159	1/392	1/910

FONTE (População): Datasus 2003 e Coordenação de Vigilância à Saúde da SDSS

Tabela 2

Distribuição das equipes e profissionais da ESF por ADS em Sobral-CE

Zona	Área Descentralizada	Equipes do PSF	Médicos	Enfermeiros	Agentes de saúde
Rural	Taperuaba	1	1	3	10
	Bilheira	1	1	3	7
	Aracatiaçu	1	1	3	15
	Caracará	1	1	2	9
	Patriarca	1	1	1	5
	Bonfim	1	1	1	4
	Jaibaras	2	2	4	14
	Rafael Arruda	1	1	2	9
	Torto	1	1	1	7
	Aprazível	1	1	2	8
	Jordão	1	1	2	8
	Baracho	1	1	2	7
	Caioca	1	1	1	2
Urbana	Sinhá Sabóia	4	4	4	22
	Pedrinhas	1	1	1	4
	Alto da Brasília	1	1	3	8
	CAIC	1	1	3	6
	Junco	1	1	4	18
	Alto do Cristo	1	1	2	8
	Alto Novo	1	1	1	6
	Coelce	3	3	3	4
	Terrenos Novos	4	4	7	12
	Vila União	1	1	3	5
	Santa Casa	1	1	2	5
	Padre Palhano	2	2	3	9
	Sumaré	2	2	3	8
	Dom Expedito	1	1	2	8
	Expectativa	1	1	3	12
	Tamarindo	1	1	2	6
Total		40	40	73	246

Fonte: SDSS — Sobral, novembro de 2003

b. Diagnóstico de saúde da comunidade

i. Estimativa rápida

A primeira iniciativa da SDSS em 1997 foi realizar o diagnóstico de saúde do município. Foram visitadas todas as Unidades de Saúde em funcionamento na época. Partindo de dados secundários da própria Prefeitura Municipal, do Datasus, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE e Sistema Nacional de Embrego — SINE, foi elaborado o diagnóstico, que contou com uma análise da estrutura demográfica, socioeconômica, da rede de serviços de saúde existentes e de indicadores de saúde da população. Na medida em que as Equipes de Saúde da Família eram implantadas, cada equipe se encarregava, com apoio de técnicos da SDSS, de realizar o levantamento das informações e problemas de saúde prioritários de seu território de abrangência.

ii. Cadastramento das Famílias

O cadastramento das famílias residentes no município foi iniciado em abril de 1998 e vem sendo permanentemente atualizado pelos agentes de saúde, que informam quando ocorre imigração ou emigração de famílias em sua área de atuação. São preenchidas novas fichas de cadastramento para as famílias que chegam a uma determinada comunidade e transferidas ou canceladas as fichas de famílias que mudaram para outras localidades, dentro do próprio município de Sobral ou para outros municípios. O instrumento utilizado para o cadastramento das famílias é a Ficha de Cadastramento Familiar.

Cada Equipe de Saúde da Família organizou e dispõe de um prontuário, arquivado em uma pasta apropriada, de cada uma das famílias adstritas a equipe. Dentro dos prontuários, estão as fichas de cadastramento familiar, além das fichas individuais dos componentes da família. Esse arquivo de prontuários familiares permite à equipe acompanhar cada indivíduo considerando sua inserção social.

iii. Funcionamento do Sistema de Informação da Atenção Básica — SIAB

Os dados do cadastramento das famílias são digitados no Sistema de Informação da Atenção Básica Municipal (sistema de informação criado pelo Ministério da Saúde para apoiar a ESF), que funciona na Coordenação de Vigilância à Saúde da SDSS. Além da ficha de cadastramento familiar, existem outras fichas utilizadas pelos agentes de saúde e Equipe de Saúde da Família para acompanhamento dos indicadores de saúde mais impor-

tantes em cada território, gerando relatórios com informações essenciais para o planejamento das equipes, como taxa de cobertura vacinal, cobertura de consultas de pré-natal, percentual de crianças até 4 meses em aleitamento materno exclusivo, número de casos de hanseníase e tuberculose, óbitos infantis e maternos etc. (BRASIL, 2000b).

Toda a Equipe de Saúde da Família, incluindo médicos, enfermeiros e agentes de saúde, foi treinada pela equipe da Coordenação de Vigilância à Saúde para aplicação da Ficha de Cadastramento Familiar e das outras fichas que compõem a base de coleta de dados do SIAB. Os agentes de saúde, em número de duzentos e trinta e sete, efetivam a aplicação de parte dos formulários do SIAB nos domicílios. Existe um formulário do SIAB que se presta especificamente para registro das ações de saúde desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde, como consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas de pré-natal, consultas de puericultura etc. Todos os formulários são revisados pela(o) enfermeira(o) de família da área antes de serem enviados para digitação na Coordenação de Vigilância à Saúde. O objetivo da SDSS é que em breve todas as Unidades de Saúde da Família estejam informatizadas e em rede, para que essas informações sejam digitadas e analisadas em tempo real.

O SIAB tem recebido críticas como sistema de informação para acompanhamento da situação de saúde nos níveis municipal, estadual e federal. Entretanto, a experiência de Sobral na utilização deste sistema para planejamento das ações das equipes de saúde da família no nível local e para o acompanhamento do trabalho de cada equipe, em particular pelas coordenações, tem sido muito positiva, pois esse sistema gera informações, acima citadas, de muita utilidade no acompanhamento da operacionalização da Atenção Básica.

iv. Salas de Situação em Saúde: construindo uma inteligência epidemiológica no nível local

Cada Equipe de Saúde da Família organizou em sua unidade um conjunto de informações em saúde que ficam expostas no formato de cartazes com atualização semanal ou mensal dos dados, dependendo do tipo de informação, denominado Sala de Situação de Saúde. As informações em saúde expostas dessa forma se prestam ao acompanhamento contínuo da situação de saúde do território, permitindo a tomada de decisões em tempo hábil e de forma descentralizada, aumentando a efetividade do trabalho da equipe, propiciando ainda o acompanhamento dos indicadores pela própria população e pela SDSS. A Coordenação de Vigilância à Saúde acompanha o conjunto de indicadores do Sistema Municipal, alimentando uma Sala de Situação de Saúde virtual na *homepage* da Prefeitura. Mensalmente o secretário municipal de saúde envia correspondência (em forma de carta) a todos os servidores municipais sobre os indicadores de saúde de cada ADS, em

especial os de mortalidade materna, infantil e a infestação predial por *aedes aegypti.*

Gradualmente, outros problemas recém-incorporados pelas equipes como problemas de saúde pública vão sendo acompanhados, como mortes violentas, alcoolismo e tabagismo, através das Salas de Situação.

c. Planejamento das ações da Equipe de Saúde da Família

O planejamento das ações da equipe se dá com oficinas periódicas de planejamento local e nas reuniões de equipe, denominadas reuniões da "roda da Equipe de Saúde da Família". Nas oficinas de planejamento local, os problemas mais importantes do território são identificados coletivamente pela equipe, que define ações específicas a serem desencadeadas, os responsáveis por cada ação e um cronograma para efetivá-las. Esse processo é avaliado periodicamente por reuniões da própria equipe.

O planejamento local também passa pelas coordenações da SDSS e por seu Conselho Gestor, que acompanham problemas prioritários, como a mortalidade infantil e a dengue, de forma contínua, num movimento de ida e volta do nível local para a coordenação do sistema, onde as demandas circulam em movimentos horizontais.

d. A família e a comunidade: prioridades na atenção

A ESF incorpora intervenções que têm como foco a família e a comunidade. Essas novas abordagens são condição essencial para cumprir o princípio da integralidade da atenção e implicam a necessidade de um importante processo de aprendizagem dos membros das Equipes de Saúde da Família, formados apenas para a atenção individual.

Em Sobral, as Equipes de Saúde da Família vêm passando por esse processo de aprendizado, que no âmbito da atenção à família envolve o domínio de conceitos e técnicas, como ciclos de vida familiar, heredrograma, visita domiciliar, internações domiciliares e outros.

No âmbito da comunidade, têm sido realizadas experiências de criação e desenvolvimento de redes sociais, como grupos de idosos, grupos de gestantes, grupos de adolescentes; e de redes já existentes, como grupos de vizinhança e de auto-ajuda, por exemplo, os "Alcoólicos Anônimos". Também estão sendo desenvolvidas técnicas, como a da Terapia Comunitária, que estimula a formação de redes sociais e auxilia no apoio a membros da comunidade que convivem com situações as mais diversas, como ansiedade, alcoolismo, dependência de drogras, violência familiar dentre outras. A Terapia Co-

munitária foi criada pelo Prof. Adalberto Barreto, da Universidade Federal do Ceará, na comunidade de Quatro Varas, em Fortaleza (BARRETO, 2003). Foram formados 20 terapeutas comunitários e 20 massoterapeutas dentre trabalhadores de saúde e lideranças comunitárias de Sobral.

4.3 Organização dos Centros de Saúde da Família

a. Humanização da estrutura física

A ênfase na doença, característica do modelo hegemônico de atenção à saúde, se reflete de forma contundente nos espaços físicos onde se dão a prestação dos serviços assistenciais. Essas estruturas físicas no geral se caracterizam por serem física e esteticamente pobres, transmitindo um sentimento de tristeza e falta de apreço. Na ESF de Sobral, transformar esse aspecto físico tornou-se uma prioridade da gestão municipal de saúde. Foi desenvolvido um projeto de estrutura física aberto, confortável, adequado ao clima local, com espaços destinados às novas atividades a serem desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família, como uma sala específica para trabalho com grupos, e que prevê também espaços confortáveis para toda a equipe multiprofissional de saúde da família (ANDRADE; COELHO, 1997). Esse espaço físico recebeu uma decoração alegre, com obras de artistas locais, e um bonito projeto de jardinagem. Enfim, a estrutura física da unidade fala por si só: Saúde é qualidade de vida" e "Sejam bem-vindos", para a população e os profissionais de saúde.

b. Organização da demanda e acolhimento

A base do atendimento no modelo clássico é a demanda espontânea. Com a incorporação dos novos conceitos dentro da ESF, é importante ter a clareza da necessidade de uma estruturação com base na demanda organizada. Esse aspecto torna-se de extrema importância quando são apresentados desafios como centrar a atenção na pessoa saudável e garantir a eqüidade, priorizando os grupos de maior risco de adoecer e morrer.

A demanda espontânea surge a partir das percepções individuais ou familiares da necessidade de um atendimento pelos serviços de saúde, ou seja, a partir de necessidades sentidas. Em Sobral existiam problemas relevantes de saúde na população adstrita, como desnutrição infantil, anemia, hanseníase, tuberculose e outros agravos que, muitas vezes não eram percebidos como tais pelos profissionais de saúde e pela população em geral, até

por se concentrarem em subgrupos menos favorecidos social e economicamente. Esses problemas de saúde, entretanto, necessitavam de uma abordagem bem planejada e intervenção contínua das equipes para serem resolvidos. As Equipes de Saúde da Família não ignoraram a demanda espontânea, sob pena de descrédito junto à comunidade. Entretanto, ao estabelecerem como prioridade a promoção da saúde da população adstrita, a partir do diagnóstico de saúde realizado, organizaram suas atividades de modo a superar os problemas prioritários de saúde-doença da população. Por exemplo, nos bairros com elevada mortalidade infantil, as gestantes e crianças menores de um ano foram todas cadastradas e monitoradas no domicílio pelos agentes de saúde, bem como tinham horários reservados para atendimento ambulatorial pelo médico e enfermeiro.

Quanto ao acolhimento, aqui esse conceito foi entendido numa perspectiva ampla, como sendo "receber bem e resolver o problema dos usuários do SUS" no Sistema Municipal de Saúde como um todo (COSTEIRA, 2000; ALVES SOBRINHO; INOJOSA, 2002). Assim sendo, várias ações caracterizam o acolhimento dos usuários em Sobral: a)no Centro de Saúde da Família, com uma recepção dos pacientes pelos trabalhadores de saúde, que devem se empenhar em entender e resolver os problemas trazidos pela população de seu território; b) a humanização das estruturas físicas das unidades de saúde, que fazem os usuários sentirem-se confortáveis estando nelas; c) a existência de uma lista básica de medicamentos para distribuição, sem ônus extras para os usuários do SUS; d) a existência da Central de Marcação de Consultas, que permite o agendamento de consultas e exames sem deslocamentos extras; e e) a existência do Serviço de Apoio ao Cidadão, serviço de assistência social que possibilita apoio nos casos em que os pacientes precisam realizar algum tratamento em Fortaleza, capital do estado, ou necessita de uma órtese ou prótese; enfim, muitas outras ações poderiam ser relacionadas como fazendo parte de um modelo de acolhimento dos usuários no Sistema Municipal de Saúde, sendo que as relações dos usuários com todas essas ações sempre são mediadas ou efetuadas pelas Equipes de Saúde da Família.

Outro aspecto importante foi a Coordenação Municipal da ESF ter aplicado o princípio da eqüidade na distribuição das equipes no território do município. Os bairros onde a população era mais desfavorecida economicamente e a mortalidade infantil mais elevada, como o Padre Pallhano e os Terrenos Novos, foram contemplados com um número relativamente maior de equipes que os bairros onde a situação socioeconômica da população era melhor. É importante ressaltar que esse aspecto foi fundamental para que o trabalho das equipes conseguisse impacto nos indicadores de saúde da população, bem como para viabilização da rede hierarquizada proposta pelo Sistema Municipal de Saúde, reduzindo a ocorrência de atendimentos ambulatoriais nos serviços de emergência.

5. A Gestão Participativa no Sistema Municipal de Saúde

A gestão do sistema de saúde de Sobral está ancorada no Conselho Municipal de Saúde, nos Conselhos Locais de Saúde e nos Conselhos Gestores.

O Conselho Municipal de Saúde, instância máxima de deliberação da política de saúde do município, funciona com 24 conselheiros titulares e o mesmo número de suplentes, mantendo reuniões mensais e extraordinárias, sempre que necessário. A presidência do conselho atualmente é de responsabilidade do representante dos usuários, membro da Associação de Moradores do Bairro Padre Palhano, o que significou um avanço rumo à gestão participativa.

Desde 1997, a SDSS estimulou a formação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), que atuam nos territórios das Equipes de Saúde da Família. São um total de 22 conselhos, com representação paritária. Através dos CLS, são discutidas as necessidades e as potencialidades das comunidades e de seus atores para a resolução dos problemas enfrentados. Trata-se de uma instância de participação e construção da política de saúde mais próxima da comunidade, portanto, com grande poder de mobilização, organização e regulação social.

Instâncias como os conselhos municipais e locais representam na organização do Estado as novas estruturas formais de poder local, decorrentes dos processos de descentralização e municipalização das políticas públicas, configurando-se como espaços favoráveis aos processos de empoderamento dos atores comunitários (GOYA, 2003).

a. Co-gestão de coletivos: a implantação do método da roda no Sistema Municipal de Saúde de Sobral

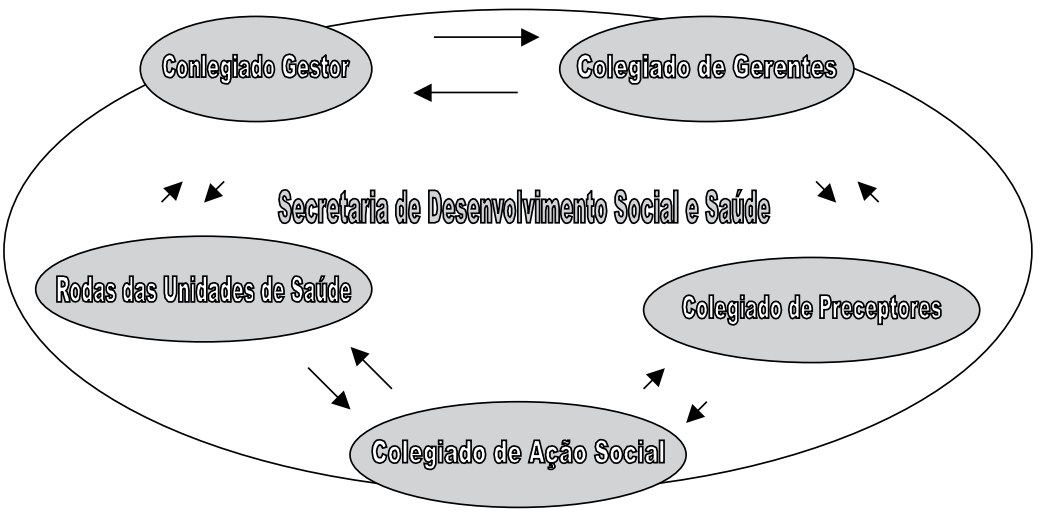
A co-gestão de coletivos, conhecida como Método da Roda, proposta por Campos, 2000, é um método para construção de processos de co-gestão e democratização das relações de poder, constituindo, ao mesmo tempo, espaços de ensino-aprendizado, de elaboração e organização de processos de trabalho e tomada de decisões, e de atenção às subjetividades, desejos e relações interpessoais. É um método de gestão ampliado que possibilita a participação ativa e consciente dos atores que constituem uma determinada organização. Nessa perspectiva, atua formando sujeitos individuais e coletivos conscientes, aptos a intervir na gestão institucional e na construção de sua autonomia. Apresenta funções terapêuticas, política, administrativa e pedagógica (CAMPOS, 2000).

Desde agosto de 2001, a SDSS faz uso dessa metodologia de organização e trabalho. Assim, cada unidade de saúde tem uma roda, que reúne, no mínimo mensalmente, e, em alguns casos, semanalmente, seus trabalhadores e sua gerência. As decisões sobre os

problemas cuja governabilidade está na Equipe de Saúde da Família são tomadas na roda da própria Unidade de Saúde; as demais são encaminhadas para o Conselho Gestor, que se constitui na roda que congrega todos os coordenadores da SDSS.

No presente momento, compõem o Conselho Gestor da SDSS o secretário titular e o secretário-adjunto de saúde, a Coordenação de Serviços de Saúde, a Coordenação de Vigilância à Saúde, a Coordenação de Controle e Avaliação, a Coordenação da Central de Assistência Farmacêutica, a Coordenação do Setor de Compras e Almoxarifado, a Coordenação do Fundo Municipal de Saúde, a direção da Escola de Formação em Saúde da Família e uma representação do Conselho Municipal de Saúde. As decisões mais importantes tomadas pelas diferentes rodas, relativas à política de saúde, são encaminhadas para aprovação final no Conselho Municipal de Saúde. Há também uma articulação, no âmbito do território das Equipes de Saúde da Família, entre a roda da unidade de saúde e o Conselho Local.

Figura 1
Co-gestão coletiva, método da roda na Secretaria de Desenvolvimento Social e Saúde de Sobral



Fonte: ANDRADE et al., 2002

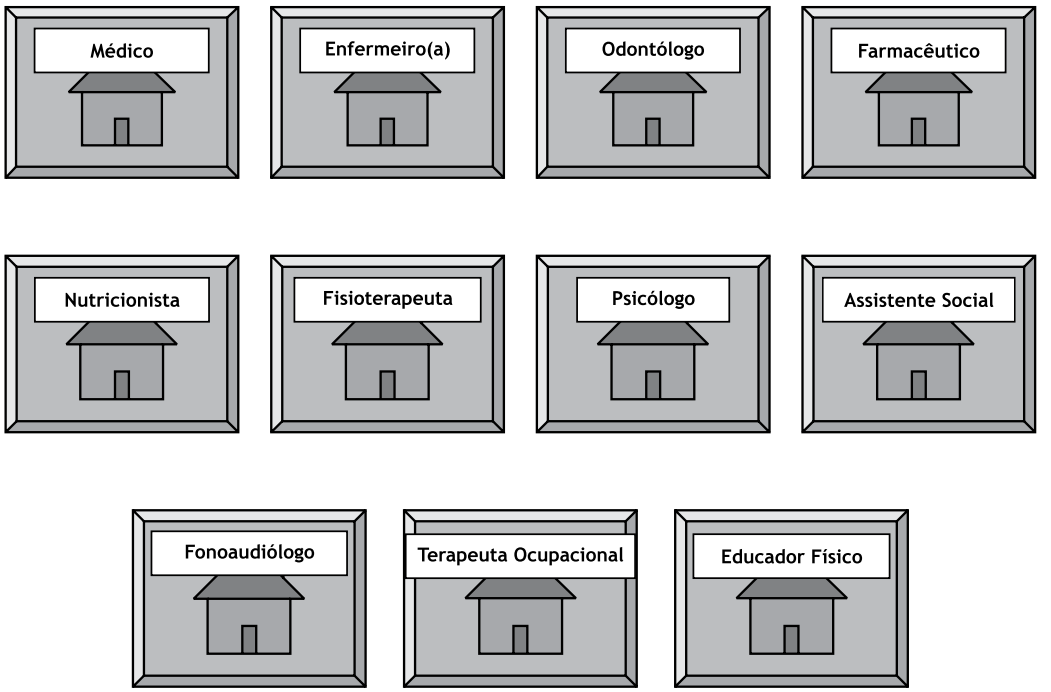
6. Interdisciplinaridade na ESF: superando o modelo tecnoassistencial biomédico

Dentre os princípios norteadores da ESF, a integralidade, aqui definida como abordagem do indivíduo e/ou da comunidade em visão totalizadora, requer preocupações com os aspectos sociais, culturais e econômicos da população adstrita. Assim sendo, cabe à Equipe de Saúde da Família enfrentar, além dos problemas individuais e biológicos de saúde, os problemas coletivos e socioculturais dos indivíduos e da comunidade pela qual tem responsabilidade sanitária. Para isso, outras categorias profissionais, além do médico, do enfermeiro e dos auxiliares de enfermagem, que tradicionalmente trabalharam em centros e postos de saúde, tornaram-se necessárias.

O trabalho de várias categorias profissionais dentro de um mesmo serviço de saúde não é novidade. Todas os grandes serviços hospitalares possuem médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e outros profissionais de saúde que surgiram, em última instância, do próprio desenvolvimento e da incorporação de tecnologias pelo modelo tecnoassistencial biomédico. Entretanto, como o conhecimento científico racionalista trabalha com o indivíduo e sua compartimentalização, nos espaços acima referidos, as várias categorias profissionais trabalham paralelamente, havendo pouca ou nenhuma discussão e elaboração entre as várias categorias entre si, resultando em uma atenção fragmentada aos pacientes. Cada categoria desenvolve seu campo de conhecimento e sua prática isoladamente das outras (Figura 2).

Figura 2

Modelo multiprofissional tradicional ou modelo das "Casinhas Paralelas"

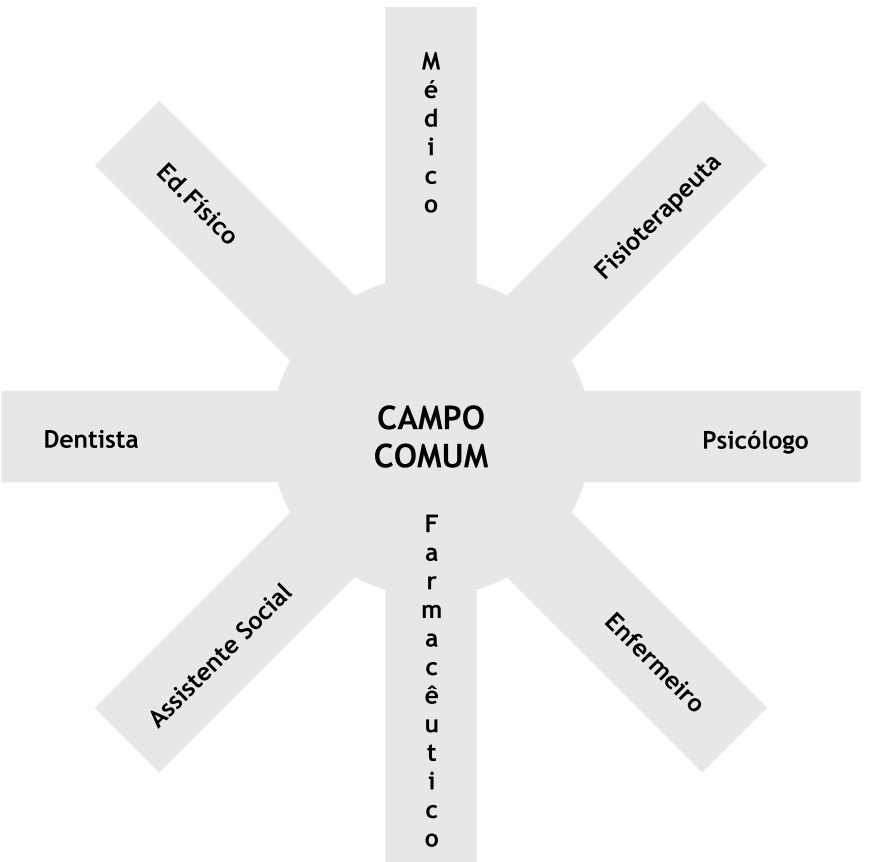


Fonte: ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003

Na ESF, esse modelo não responde aos problemas complexos que necessitam ser enfrentados cotidianamente pela equipe de saúde. Partindo de uma visão sistêmica, o indivíduo é um todo que faz parte de uma família, inserida em uma comunidade, em determinado bairro ou distrito, cidade ou país, em um determinado tempo histórico. Assim sendo, torna-se necessária uma abordagem totalizante para que se alcance o objetivo de promover saúde entendida como qualidade de vida. As várias categorias profissionais, nesse caso, necessariamente devem trabalhar em conjunto, havendo espaço para aplicação do campo de conhecimento exclusivo de cada uma em muitas situações. Entretanto, muito freqüentemente ocorrem situações complexas na comunidade que necessitam de abordagem interdisciplinar. Os novos e inusitados problemas exigem na prática e construção de um "novo campo" de saber "comum a todas categorias" dentro da ESF. Esse "Novo Campo de conhecimento para a ESF", vai sendo criado a partir da "intersecção dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria", com o objetivo de responder adequadamente às necessidades de saúde da população, promovendo qualidade de vida (Figura 3).

Figura 3

A construção da interdisciplinaridade na Estratégia Saúde da Família



Fonte: ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003

A construção e o exercício desse "novo campo de conhecimento" de forma alguma implica o abandono do núcleo de conhecimentos de cada categoria profissional da saúde, senão que exige humildade, respeito mútuo e espírito cientifico entre os vários profissionais componentes das Equipes de Saúde da Família.

Na experiência de Sobral, várias categorias profissionais da saúde vêm desenvolvendo ações de muita importância e impacto na qualidade de vida da população, dentro da ESF, em parceria com os membros da equipe mínima, médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Foram incluídos nas equipes assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, educadores físicos e terapeutas ocupacionais. O impacto da atuação dessa equipe multiprofissional já começa a ser sentido, como ocorreu na formação de 60 grupos de idosos que realizam atividades físicas e atividades de lazer a partir da articulação dos educadores físicos com a equipe básica de Saúde da Família, ou as dezenas de grupos terapêuticos ou de interesse, como grupos de gestantes e adolescentes, que estão sendo formados com apoio dos psicólogos e assistentes sociais.

7. Formação e Educação Permanente na ESF em Sobral

O Sistema Municipal de Saúde de Sobral deparou-se com um grande desafio no processo de organização de sua atenção básica: a inadequação dos profissionais para a adoção de novas práticas na perspectiva de um novo modelo de atenção. Essa constatação gerou a necessidade de instaurar um processo de qualificação desses profissionais, oferecendo diversos cursos.

Esse processo teve início ainda em março de 1997, abordando temas como Evolução das Políticas e Saúde, SUS, Sistemas Locais de Saúde, Territorialização, Estimativa Rápida, Informação em Saúde, Epidemiologia, Vigilância Sanitária, Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Além desse curso, destacou-se já nesse período uma reunião semanal com todos os membros das Equipes de Saúde da Família, com o objetivo de integrar e avaliar o trabalho, mas, acima de tudo, dar continuidade a esse processo de qualificação, constituindo-se também em espaços privilegiados de trocas de experiências entre as equipes. Assim, foi-se estruturando um processo permanente de qualificação para as equipes de Saúde da Família, na perspectiva de superação do modelo assistencial hegemônico. Essa qualificação partia de uma reflexão sobre o processo de trabalho, capaz de gerar novas práticas e conseqüentemente novas reflexões. Esse processo de reflexão-ação-reflexão, foi denominado de Educação Permanente.

Em 1999 a SDSS, em parceria com a Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA) criou a Residência em Saúde da Família. Foram inseridos todos os profissionais de nível superior que atuavam na ESF, como forma de garantir uma titulação pela participação no processo de qualificação. Tal fato foi desencadeado pelo reconhecimento da importância do título para o currículo dos profissionais. Em julho de 2001 foi inaugurado o prédio da

Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia **(EFSFVS)**, construídos com recursos do PROARES e recursos próprios da Prefeitura Municipal.

7.1 Modelo pedagógico para Educação Permanente

A EFSFVS trabalha com um modelo pedagógico baseado na participação, no diálogo e na problematização da realidade vivenciada pelos seus educandos (FREIRE, 1996). Para tanto, ensinar exige disponibilidade para o diálogo, ou seja, os educadores tentam trabalhar com a convicção de que possuem parte do conhecimento técnico da saúde, mas que também ignoram outras partes do todo, estando assim disponíveis para o novo, novo este que advém da realidade, da literatura e das experiências dos alunos.

Assim, educadores e educandos aprendem e crescem na diferença, sobretudo no respeito a ela. A partir do diálogo e da problematização das vivências e realidades dos alunos, os educandos podem sair da postura submissa de que nada sabem para uma participação efetiva na construção de seus conhecimentos.

7.2 A Tenda Invertida

A relação entre formação e serviço se dá quase sempre na forma provedor-cliente. Existe o espaço de aprendizagem (entendido como local de acúmulo de conhecimentos sistematizados ditos científicos) e o espaço para aplicação dessa aprendizagem (estágios/serviço). Portanto, ao necessitar de capacitação, o profissional se desloca para algum "centro formador", reconhecidamente detentor de um conhecimento ou de uma experiência exitosa. *Dentro da perspectiva de construção de um novo modelo, quais seriam esses serviços que poderíamos considerar como exemplares ou exitosos*? Seriam aqueles que conseguem promover uma reflexão sobre a própria prática, através de um diálogo entre o acúmulo de diversos campos de conhecimento, e dentre esses, o da vivência, seja a da comunidade, seja a dos próprios profissionais no cotidiano de seu processo de trabalho. Esse espaço deve ser construído através do despertar dessa necessidade. Entretanto, fica evidente que essa relação educativa não pode acontecer em outro lugar senão no território, campo de atuação das equipes de saúde da família. Portanto, se nos modelos tradicionais de ensino o aluno vai ao encontro do seu mestre nos centros de excelência de determinado conhecimento ou especialidade, ou seja, a "Tenda do Mestre", em um processo educativo para a ESF o espaço que possibilita essa relação educativa é o Centro de Saúde da Família. Assim, a EFSFVS optou por um modelo denominado de "Tenda Invertida", em que um grupo de preceptores acompanha as unidades de saú-

de, tentando transformar esse espaço, originalmente de assistência, em local também de construção de saberes e práticas (Figura 4). O pensar e o fazer saúde, nesse contexto, requer uma nova lógica e organização do processo de trabalho, demandando o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite, aos gestores e trabalhadores do SUS, no território da Equipe de Saúde da Família e do sistema municipal de saúde como um todo, o aprendizado de outros conhecimentos, saberes e formas de atuação.

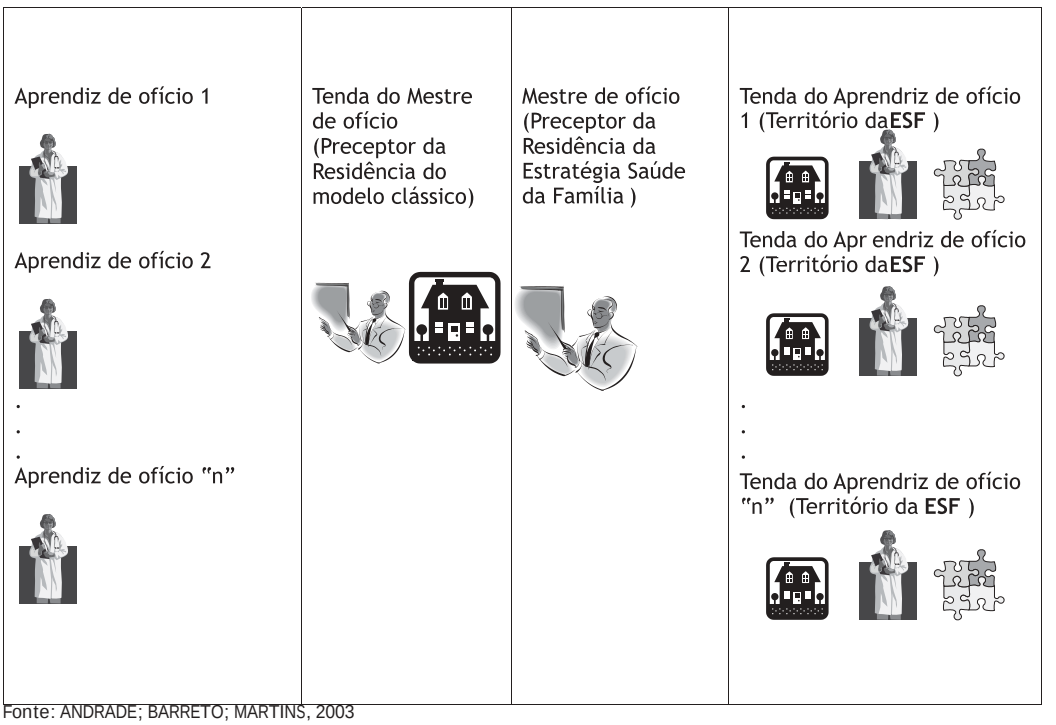
É importante destacar que esse processo educativo envolve todos os profissionais que atuam na unidade, sempre partindo do trabalho da equipe e tentando mobilizar os conhecimentos dos membros da própria equipe ou externos (quando necessário), na tentativa de tornar real a célebre frase do educador Paulo Freire: "...os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo".

Percebendo a necessidade de aprofundamento pedagógico para os profissionais (a fim de fortalecer esse processo de educação permanente), está sendo realizado em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba um Mestrado em Educação em Ciências para a Saúde.

Outra ação de destaque que a EFSFVS vem realizando, desde dezembro de 2002, é o curso seqüencial para agentes comunitários de saúde. Atualmente este curso dispõe de duas turmas de trinta alunos cada, formada por agentes de saúde que já haviam concluído o ensino médio. Em um período de dois anos, esse agentes terão um certificado de conclusão de um curso superior (também concedido pela UVA). Essa iniciativa foi tomada com o objetivo de valorizar as competências dos agentes comunitários de saúde e, além disso, construir condições efetivas de progressão profissional para essa categoria.

Figura 4

Educação permanente na Estratégia Saúde da Família (ESF) e a proposta da tenda invertida



Fonte: ANDRADE; BARRETO; MARTINS, 2003

8. Impacto da ESF na Situação de Saúde da População de Sobral

A evolução dos indicadores de saúde do município, a partir da implantação da ESF em 1997, evidenciou o impacto positivo que esse novo modelo de organização do Sistema Municipal de Saúde tem trazido para a qualidade de vida da população. Discutiremos esse impacto analisando a evolução da saúde das crianças, de dois agravos transmissíveis, dengue e hanseníase, e dois agravos crônicos não transmissíveis hipertensão arterial e asma.

8.1 Impacto da ESF na Saúde das Crianças

a. Assistência ao pré-natal, ao parto e ao aleitamento materno

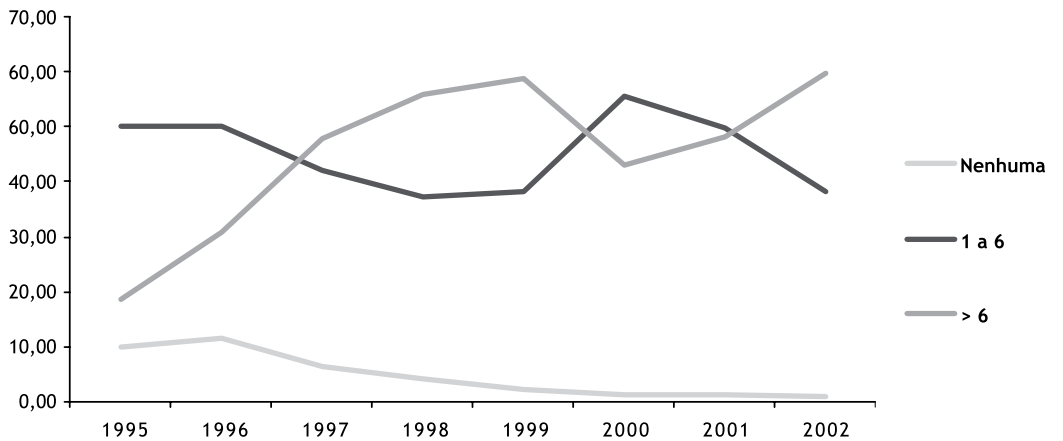
Os resultados concernentes à evolução desses indicadores, no período de 1995 a 2002, foram extraídos da tese de doutoramento de Silva, 2003[2]. Na referida tese, foram analisados os indicadores de saúde relacionados com gestantes e crianças menores de cinco anos de Sobral, com base nos sistemas oficiais de informação.

O percentual de gestantes que não compareceu a nenhuma consulta foi reduzido de 9,9%, em 1995, para 1% em 2002 (p=0,001); já o percentual de gestantes que realizaram mais de seis consultas aumentou de 18,6%, em 1995, para 59,7% em 2002 (p=0,019) (Gráfico 1).

A média mensal das gestantes visitadas pelos agentes de saúde no período estudado aumentou de 807 para 1.420 (p=0,003). Simultaneamente, o percentual de gestantes que compareceu à consulta nos últimos trinta dias cresceu significativamente, de 73,9%, em 1995, para 95,1% em 2002 (p=0,001).

Gráfico 1

Evolução do número de consultas de pré-natal, no município de Sobral–CE, no período de 1995 a 2002



Fonte: SILVA, 2003 — dados do SINASC — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

2 Tese da Profa. Dra. Ana Maria Cavalcante e Silva, intitulada **O Impacto do Programa de Saúde da Família no Município de Sobral — Ceará:** uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1997-2001, aprovada pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP em setembro de 2003.

No período de 1995 a 2002, observou-se o crescimento (p=0,014) e a persistência de altos percentuais de partos hospitalares, tendendo para 100% (99% em 2002). Os partos em outros estabelecimentos de saúde reduziram-se de 9,2%, em 1995, para 0,1% em 2002 (p=0,002). O número de partos domiciliares apresentou também uma tendência decrescente (p=0,015).

O percentual de crianças com aleitamento materno exclusivo até o 4º mês de idade variou significativamente (p=0,001) de 53,0%, em 1995, para 69,4% em 2002.

b. Mortalidade Infantil

A redução da taxa de mortalidade infantil (TMI) no período estudado foi estatisticamente significativa, de 61,4 no início do estudo para 19,0 por mil nascidos vivos (NV). Conforme é possível verificar na Tabela 3, a captação de dados sobre NV e óbitos em menores de um ano apresentava uma subnotificação — 1.530 nascidos vivos, 94 óbitos e TMI 61,4**%**. Essa falha na coleta dos dados passou a ser corrigida e em 1998 foram notificados 4.209 NV e 157 óbitos infantis com taxa de mortalidade infantil de 37,3**%.** No ano de 2002, foram notificados 3.422 NV e 65 óbitos em menores de um ano com TMI decrescente de 19**%**.

Observou-se uma redução significativa em relação à mortalidade neonatal de 26,8% para 15,5% (0 a 27 dias) e pós-neonatal de 34,6% para 3,5% (28 dias a 11 meses), respectivamente p=0,014 e p=0,000. A mortalidade nas primeiras 24 horas de vida também teve uma redução de 6,5% para 3,2%, porém não foi significativa (p=0,097) (Gráfico 2). No caso da redução da mortalidade neonatal, temos que chamar atenção para a importância do Projeto Trevo de Quatro Folhas[3] . Trata-se de um projeto de intervenção, que propõe a reorganização da assistência ao pré-natal, parto, puerpério e ao primeiro ano de vida. No ano de 2001, foram identificados os principais problemas relacionados à mortalidade neonatal: início tardio do pré-natal; parto prematuro por impossibilidade da gestante para cumprir o repouso médico prescrito; dificuldade das mães para cuidar do bebê. Com o Projeto Trevo, o apoio às gestantes e mães é dado pela mãe social e pela madrinha ou padrinho social. A mãe social é alguém que reside próximo à família e assume as tarefas domésticas nas situações em que a mãe estiver impossibilitada, recebendo uma diária do projeto. A madrinha ou padrinho social é uma pessoa da sociedade que assume a criança como afilhada, contribuindo para o financiamento das mães sociais (SUCUPIRA, 2003). As Equipes de Saúde da Família tem papel importante na identificação dos casos de risco,

3 Projeto elaborado e supervisionado pela Profa. Dra. Ana Cecília Lins Sucupira, chefe do ambulatório de Pediatria do Hospital da Criança – Faculdade de Medicina da USP e consultora da SDSS de Sobral.

comunicação com o Projeto Trevo e o acompanhamento clínico das gestantes e crianças.

Em relação às causas de morte no primeiro ano de vida, observou-se uma redução importante das doenças infecto-parasitárias, representadas sobretudo pelas doenças diarréicas: de 26,6% para 4,6% (82,7%); bem como das doenças do aparelho respiratório: de 12,8% para 1,5%.

No mesmo período cresceu a importância relativa das afecções no período neonatal (Gráfico 3) e o percentual de óbitos hospitalares: de 88,3%, em 1995, passou para 95,4%; o percentual de óbitos infantis no domicílio diminuiu de 6,4%, em 1995, para 4,6% em 2002, porém não foram significativas estas mudanças (p=0,104; p=0,267, respectivamente).

Tabela 3

Mortalidade infantil/1.000 nascidos vivos, no município de Sobral–CE, 1995–2002

Ano	No. Nascidos Vivos	No. Óbitos	Mortalidade Infantil (%)
1995	1.530	94	61,4
1996	2.247	114	50,7
1997	3.835	151	39,4
1998	4.209	157	37,3
1999	4.331	126	29,1
2000	3.877	98	25,3
2001	3.601	107	29,7
2002	3.422	65	19

Fonte: SILVA, 2003 — dados do SIM e SINASC — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

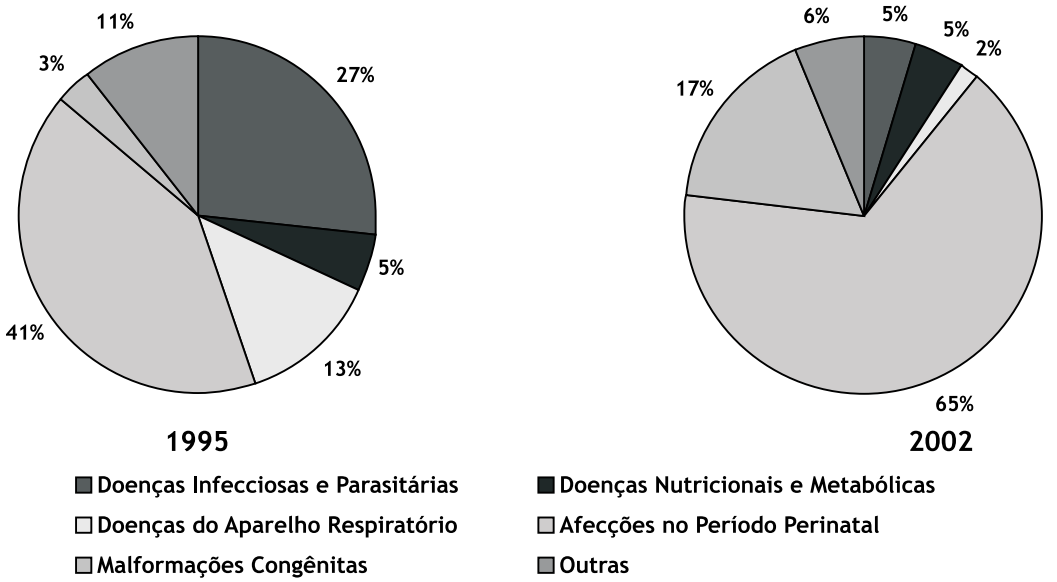
Gráfico 2

Evolução dos componentes da mortalidade infantil, no município de Sobral–CE, 1995–2002

Fonte: SILVA, 2003 — dados do SIM e SINASC — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

Gráfico 3

Causas de óbitos em crianças menores de 1 ano no município de Sobral–CE, 1995–2002

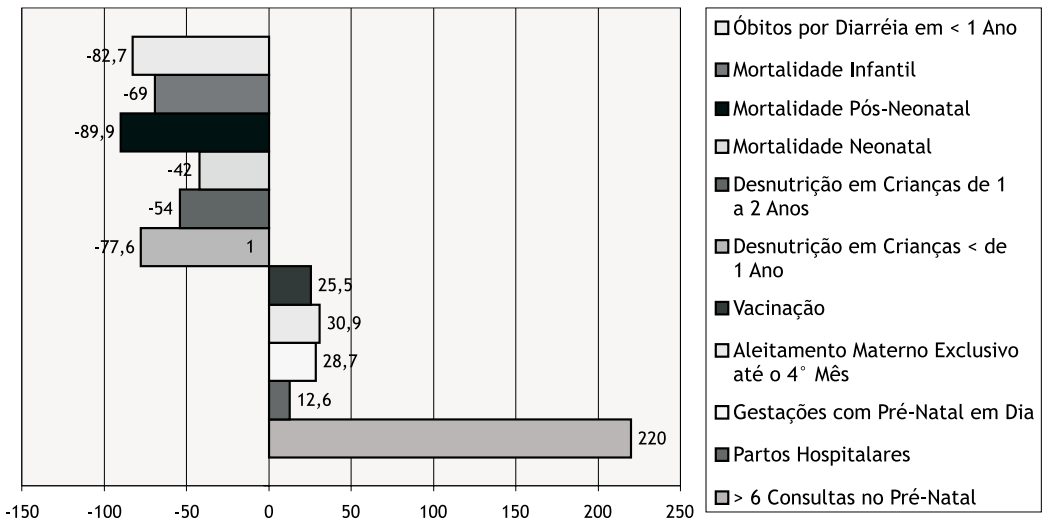


Fonte: SILVA, 2003 — dados do SIM — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

8.4 Síntese da variação dos indicadores de saúde da criança e da mulher de 1995 a 2002

O Gráfico 4 sintetiza as mudanças que ocorreram relacionadas à saúde da criança, comparando-se os dois momentos: 1995 e 2002. Alguns indicadores apresentaram redução expressiva: desnutrição no primeiro ano de vida, mortalidade neonatal, mortalidade infantil geral e por diarréia. As variações positivas em relação ao pré-natal, ao aleitamento materno e à imunização no primeiro ano de vida foram também bastante significativas.

Gráfico 4
Variação dos indicadores de saúde da ciança e da mulher, no município de Sobral–CE, 1995–2002



Fonte: SILVA, 2003 — dados do SIM, SINASC e SIAB — Coordenação de Vigilância à Saúde de Sobral

8.6 Doenças Transmissíveis

a.Dengue

As estratégias para o combate ao *aedes aegypty* e o controle de dengue do município, desde maio de 2002, tem partido da concepção de que não existe uma ação que isoladamente seja capaz de resolver o problema. Para se lograr êxito, as ações devem ser executadas de forma articulada, obedecendo às especificidades e hábitos da população, condições e estruturas locais e os atores envolvidos na ação. Foi realizado um diagnóstico por áreas de endemias através de informações que pudessem traçar o perfil de cada área. A integração da atenção básica nas medidas de combate ao vetor da dengue, com destaque ao envolvimento de todos os profissionais que atuam nesse nível de atenção desenvolvendo ações de educação em saúde e mobilização da comunidade, somada a participação de outros setores da administração municipal, como os serviços de limpeza pública, urbanismo e obras, além das escolas de ensino fundamental e médio, parecem ter influenciado na redução da incidência de dengue em Sobral.

As principais ações desenvolvidas foram: pesquisa de larvas de *aedes aegypty* em 100% dos imóveis; utilização de geoprocessamento para análise da situação epidemiológica e planejamento de ações para execução imediata; notificação dos casos de dengue pelo telefone (Disque Dengue-0800); visita semanal a pontos estratégicos de risco de criadouros do mosquito; abertura do Laboratório de Entomologia ao público; concessão de microcréditos para melhorias habitacionais; controle biológico das larvas do mosquito; criação de um Comitê de Prevenção de Dengue; aplicação de penalidades para proprietários de imóveis que não assegurassem em seus reservatórios de água a proteção (Lei Complementar Municipal Nº 007 do Código de Obras e Posturas II da Higiene das Habitações); vedação de depósitos de água com telas; distribuição de boinas para potes; distribuição de filtros na comunidade em troca de potes; concursos e premiação de estudantes; apresentação de peças de teatro; desenvolvimento de manifestações artísticas populares, como o Circo Saúde Alegaria para divulgação da problemática da dengue; exposição de laboratório do ciclo biológico do mosquito nos eventos, praças, mercado e escolas. Cada ação citada tem sido desenvolvida de forma articulada e concomitantemente com as outras, obedecendo aos critérios da organização social da população local.

No município de Sobral, no ano 2002 foram confirmados 1.210 casos de Dengue (Gráfico 5), o que corresponde à incidência de 750 casos por 100.000 habitantes. Em 2001 foram confirmados 1.274 casos de Dengue, 64 casos a menos do que no ano anterior. Observa-se também que houve uma maior incidência nos meses de maio, junho e julho, enquanto que em 2001, a incidência maior foi nos meses de janeiro a maio, correspondente ao período de

chuvas. No ano de 2003, até o mês de outubroo foram confirmados 210 casos de dengue. A redução do número de casos desse ano foi de 82,6% em relação ao ano de 2002 no mesmo período, o que representou uma queda significativa na incidência da doença no município.

Gráfico 5
Número de casos confirmados de dengue por mês,
no município de Sobral–CE
2001, 2002 e até junho de 2003

	jan	fev	mar	abr	mai	jun	jul	ago	set	out	nov	dez
2001	249	167	391	189	117	55	61	19	9	6	8	3
2002	20	67	136	118	189	253	239	131	28	13	15	1
2003	4	8	21	27	47	42	40	19	8	1		

Fonte: SINAN, Sec. Desenv. Social e Saúde de Sobral.

* Dados até 30/6/2003

b. Hanseníase

Até 1999, os portadores de hanseníase eram atendidos em uma única Unidade de Saúde, referência inclusive para vinte e cinco municípios da região norte do estado. A partir de então, iniciou-se um processo de descentralização do atendimento de casos, que compreendeu a capacitação dos profissionais de Saúde da Família: agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, médicos e enfermeiros de família. Houve ainda uma intensa mobilização social, que contou com o envolvimento de escolas, clubes de serviço, rádios, lideranças comunitárias e espirituais, como as rezadeiras e curandeiros. Esse processo levou à efetiva descentralização de todas as ações de controle da doença para os Centros de Saúde da Família, com aumento do coeficiente de detecção de casos novos de 7:10.000 habitantes em 1998 para 11,4:10.000 em 2002. A taxa de abandono era de 19,9% em 1998. Em 2002 não houve nenhum caso de abandono de tratamento. O objetivo da equipe é detectar e tratar todos os casos prevalentes para eliminar a hanseníase como um problema de saúde pública do município até 2005 (Gráficos 6 e 7).

Gráfico 6

Taxas de detecção e prevalência de hanseníase, Sobral–CE

1997–2002

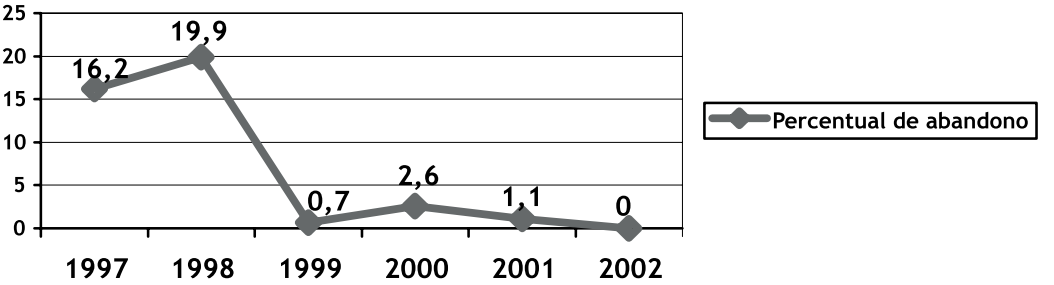
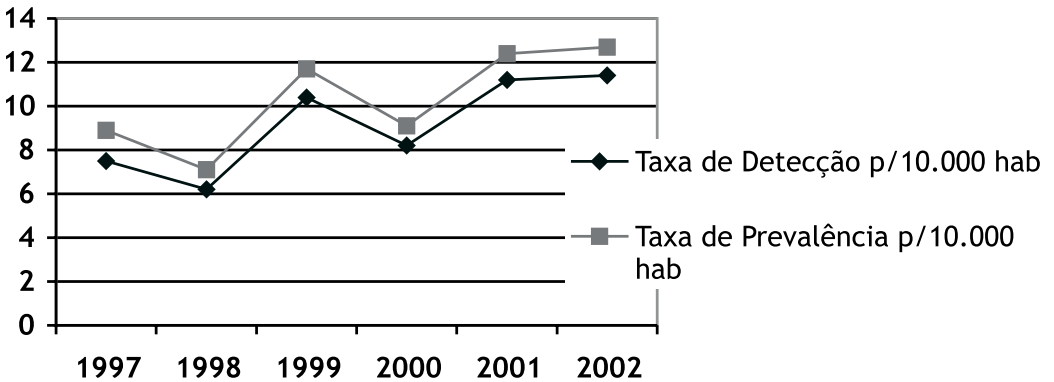


Gráfico 7

Percentual de abandono de pqt/oms entre os casos que deveriam ter completado tratamento (coorte) em Sobral–CE

1997–2002



8.6 Doenças não-transmissíveis

a. Evolução dos internações por AVC de 1997 a 2002

Observou-se uma tendência de queda linear no período de 1997 a 2002 com redução de 44% no número absoluto de internações por AVC, no ano 2002 comparado a 1997 (Gráfico 8). Quanto ao coeficiente de incidência de internações por AVC observou-se uma redução muito significativa de 10,9 para 3,7 por 10.000 habitantes, respectivamente em

1997 e 2001. Em 2002 houve um incremento no coeficiente em relação ao ano anterior tendo ficado em 5,3 por 10.000 habitantes. A tendência no total do intervalo observado, entretanto, é de queda.

Quanto ao número de hipertensos acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família e cadastrados pelo SIAB, observou-se um progressivo aumento no período de 1999 a 2002, também linear, de 86,8% (Gráfico 9).

Gráfico 8

Internações por AVC de residentes em Sobral–CE

1997–2002

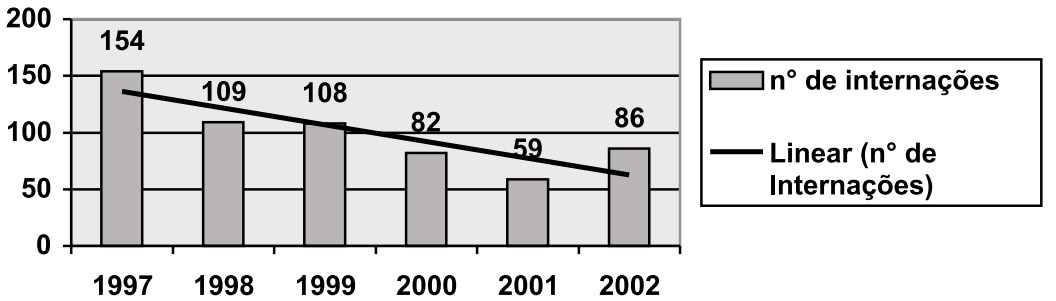


Tabela 4

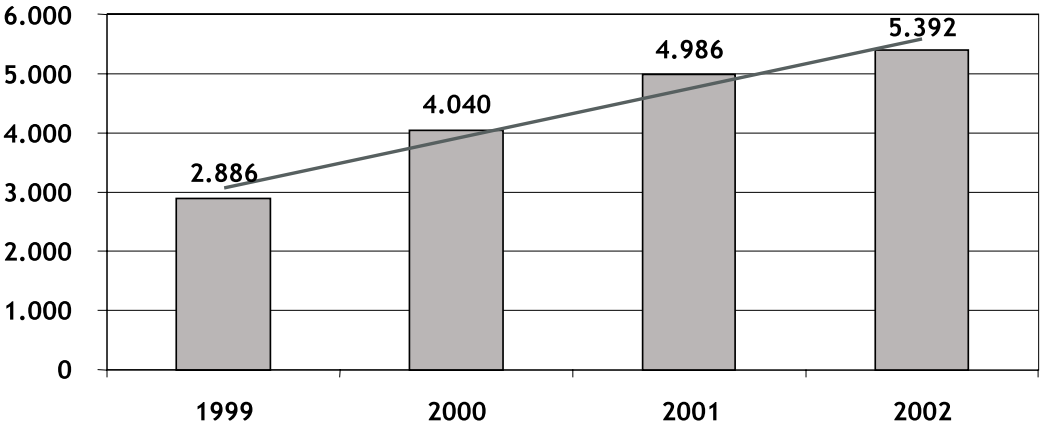
Coeficiente de incidência de internações por AVC por 10.000 habitantes no município de Sobral–CE

1997–2002

Ano	Nº de internamentos	População	Incidência
1997	154	141.327	10,9
1998	109	143.653	7,6
1999	108	146.005	7,4
2000	82	155.276	5,3
2001	59	158.515	3,7
2002	86	161.123	5,3

Fontes: IBGE e Datasus — SIH

Gráfico 9
Média mensal de hipertensos acompanhados pelas equipes do PSF de Sobral–CE 1999–2002



Fonte: Coordenação de vigilância à Saúde de Sobral — SIAB

Houve uma queda significativa no número de internações por AVC concomitantemente ao aumento na quantidade de pacientes hipertensos acompanhados pelas Equipes de Saúde da Família, o que nos permite levantar a hipótese da existência de relação causal entre os dois fatos, a ser comprovada em outros estudos.

b. Evolução das internações por asma de 1997 a 2002

Em outra análise foram obtidos dados do SIH sobre o número de internações de residentes em Sobral por asma, a partir do *site* do Datasus no período de janeiro de 1997 a dezembro de 2002. Também foram obtidas informações sobre os valores das Autorizações de Internação Hospitalar(AIHs) pagas para esse procedimento.

O número de internações hospitalares de residentes em Sobral por asma em 1997 foi de 851; em 1998, 475; em 1999, 507; em 2000, 675; em 2001, 382 e em 2002, 403. Observou-se redução de 52,6% dos internações por Asma no ano 2002 comparado ao ano de 1997. Quanto ao valor total gasto com internações por asma, observou-se que houve tendência de queda no período estudado, com redução de 29,3%, quando se compara o ano de 1997 com o ano de 2002. O valor médio pago por AIH em 1997 foi de R$206,89; em 1998, R$237,41; em 1999, R$ 270,84; em 2000, R$286,82; em 2001, R$294,48 e em 2002, R$308,92, ou seja, observou-se uma tendência de aumento por atendimento hospitalar individual.

Em resumo houve uma significativa redução de internações por asma e no valor total gasto com internações por esse agravo, concomitante a um aumento no valor médio pago por AIH. Esses fatos coincidiram temporalmente com o incremento na Atenção Básica representado pela expansão no número de Equipes de Saúde da Família. Quanto ao aumento no valor médio da AIH, a hipótese é que tenha decorrido dos reajustes financeiros ocorridos no período.

9. Desafios e Perspectivas

A adoção da Estratégia Saúde da Família, como estruturante do modelo de atenção à saúde no município de Sobral, vem se configurando como uma idéia que, além de correta, na medida em que gera produtos positivos, é também potencializadora dos processos que induzem e desenvolvem o SUS e seus princípios como a integralidade, a universalidade e a eqüidade.

Os resultados positivos, expressos através dos diferentes indicadores de saúde apresentados, atestam não somente a melhoria da situação de morbi-mortalidade da população sobralense, mas, fundamentalmente, caracterizam-se por ser resultantes de uma prática que concebe a saúde como processo social, atuando sobre os determinantes que influenciam as condições de saúde e doença da população. A prática em saúde não é construída restritamente para atuar sobre a doença, respondendo aos desafios de conceber novos saberes e conhecimentos centrados na potencialidade da saúde, o que significa trabalhar para efetivamente promover a saúde das pessoas, aliando, assim, a Estratégia Saúde da Família ao desenvolvimento de estratégias promocionais da saúde.

É sob essa perspectiva que a Estratégia Saúde da Família vem desencadeando, no município de Sobral, a sistematização de importantes saberes e práticas da gestão municipal, evidenciando que a produção de novos conhecimentos, o aprendizado e o ensino podem ser vivenciados e construídos nos espaços do serviço. É o que indica a estratégia da educação permanente implementada no sistema de saúde de Sobral, pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Através da práxis da Saúde da Família, desenvolvida em Sobral, novas tecnologias em saúde, altamente complexas, têm sido elaboradas, como por exemplo: o método da Tenda Invertida; a sistematização de um campo comum de conhecimento construído no território a partir do processo de trabalho interdisciplinar das equipes; a construção e vivência da estratégia da educação permanente para os trabalhadores do SUS; a implementação dos mecanismos de co-gestão participativa, entre outros processos complementares que contribuem para a formação de um novo fazer em saúde. A práxis revoluciona e estrutura o SUS, porque potencializa e viabiliza seus princípios e diretrizes.

A experiência construída em Sobral é sinal de bons tempos. Não só por constituir-se como algo que vem dando certo, o que inclui reconhecer as dificuldades e as incertezas vivenciadas. Mas, fundamentalmente, por fazer brotar novos desafios. Desafios que requerem posições e decisões políticas firmes, no sentido de efetivamente dar à Estratégia Saúde da Família a prioridade que merece, decorrente de sua força estruturante e transformadora das práticas em saúde.

Nessa perspectiva, chama atenção a necessidade de mudança da normatização atual da Estratégia Saúde da Família. Considerando as diversidades regionais e populacionais, além das diferentes situações epidemiológicas encontradas, não é possível uniformizar a Estratégia Saúde da Família em um conjunto de regras e normas. É preciso definir princípios e diretrizes. Estabelecer metas e resultados a serem alcançados. É possível e cabível instrumentalizar os municípios com uma "caixa de ferramentas" para implementação da Estratégia Saúde da Família, cujos instrumentos poderão ser utilizados dependendo da situação e necessidades identificadas, cabendo a definição de parâmetros e pactuação de acordos às instâncias regionais do SUS, como a Comissão Intergestores Bipartite e o Conselho Estadual de Saúde.

Ainda nessa linha de raciocínio, é urgente a revisão da política de financiamento da Saúde da Família, compreendendo que as regras não podem ser as mesmas para todos os municípios, exigindo a compreensão das diferenças colocadas, por exemplo, pelo seu porte populacional, pelas diversidades regionais, entre outros aspectos. Isso aponta para a necessidade do aprofundamento dos critérios de financiamento da Saúde da Família, tendo como referência a ressignificação do conceito de município em um país continental como é o Brasil.

Outro aspecto relevante diz respeito à formação interdisciplinar que tem constituído as Equipes de Saúde da Família de vários municípios. É fundamental que o Ministério da Saúde reconheça esse processo de trabalho e proponha alternativas de financiamento para os municípios que estiverem atuando nesse sentido. Além disso, identifica-se a importância da efetivação dos mecanismos de incentivo por resultados alcançados pela atuação das equipes.

Destaca-se ainda a extrema necessidade de investimento na política de educação, formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. O trabalho humano é a alma do SUS, assim como é responsabilidade do sistema ordenar e qualificar os recursos humanos. Nesse sentido, vale ressaltar a necessidade de uma intervenção, por parte dos gestores das três esferas de governo, para implantar em grande escala processos de educação permanente tanto para capacitações específicas demandadas pelo processo de trabalho em saúde, como também para a formação dos profissionais em modalidades como especialização, mestrado e doutorado. Chama atenção, inclusive, a necessidade do desenvol-

vimento em escala das residências multiprofissionais em Saúde da Família, exigindo do Ministério da Saúde, em articulação com o Ministério da Educação, o reconhecimento formal, em âmbito nacional, de tal titulação.

Acredita-se que, somente a partir dos processos educacionais na perspectiva apontada, será possível a formação de trabalhadores habilitados para o desempenho de novas competências adequadas ao modelo de atenção integral e promocional da saúde. Os trabalhadores do SUS precisam compreender que fazer saúde é atuar sobre a saúde e não somente sobre a doença. Nessa lógica, as Equipes de Saúde da Família poderão estar contribuindo para a formação da autonomia dos cidadãos sobre sua vida e saúde. Este ainda é um desafio essencial da Saúde da Família.

Reconhecer que no caminhado trilhado há desafios que impõem uma busca e uma construção permanente é mais do que positivo. É proativo. Possuídos por esse sentimento e compromisso de continuar fazendo saúde, a nova saúde, é que o município de Sobral se manifesta. Suas contribuições são construídas coletivamente. E, nesse processo de produção coletiva, reconhece-se a grande contribuição prestada pelos diferentes parceiros. Sobral caminha assim, como aqui relatado, porque tem companheiros. Companheiros solidários pelo SUS.

Referências

ALVES SOBRINHO, E. J. M; INOJOSA, R. M. "Rede de acolhimento — uma estratégia da cultura de paz". **Acolhimento:** o pensar, o fazer, o viver. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2002.

ANDRADE, F.M.O. **O Programa Saúde da Família no Ceará:** uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza, 1998. p.220.

ANDRADE, L.O.M. et al. "A co-gestão de coletivos em sistemas municipais de saúde: a experiência de Sobral". Sobral, 2002. Disponível em: www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia. Acesso em: 18 mar., 2004.

ANDRADE, L.O.M.; MARTINS JÚNIOR, T. "Saúde da Família: construindo um novo modelo — a experiência de Sobral". **Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral, v.1, n.1, p.7-17, out/dez 1999.

ANDRADE, L.O.M. **A Estratégia Saúde da Família no Sistema Municipal de Saúde de Sobral.** Sobral, 2000. (mimeo).

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; MARTINS JÚNIOR, T. "Por que a Estratégia Saúde da Família". **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v. 2, n. 5, p.75-80, mai. 2002.

ANDRADE, L.O.M.; COELHO, A. **Unidade de Saúde da Família:** nova concepção de sua arquitetura. Sobral, 1997 (mimeo).

BARRETO, A. **Pistas para uma ação comunitária.** 2003 (mimeo).

BARRÊTO, I. et. al. "Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária". **Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral, v.1, n. 1, p.18-26, out/dez., 1999.

BARRÊTO, I. et. al. "A Residência em Saúde da Família em Sobral: um ano formando especialistas em larga escala". **Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas.** Sobral, v.2, n. 3, p.18-28, out/dez., 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 2000. p.124-26.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde.** Brasília, 2000. 119p.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CANUTO, O. "Programa de Habitação Popular de Sobral". **Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral, v. 2, n. 3, p.46-55, out/dez., 2000.

COELHO NETO, J.C.A.; SILVA, M.E.R.. "Orçamento Participativo: decisão de muitos, benefícios de todos". In: **Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas**, ano II, n. 3, out/nov/dez. p. 37-41. Sobral — Ceará: Prefeitura Municipal de Sobral, 2000.

COELHO, L.F.V. "Trabalho pleno: um desafio de política pública em nível local". **Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral, ano II, n. 3, p. 56-59, out/dez., 2000.

COSTEIRA, A. M. **Acolhimento**. Disponível em: http://www.sobral.ce.gov.br/saudedafamilia. Acesso em: 12 nov., 2002.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Plano Diretor de Regionalização**. Fortaleza, 2001 (mimeo).

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165p. (Coleção Leitura).

GOYA, N. **O SUS que funciona nos municípios do Ceará.** Fortaleza: [S.l.], 1996. p.170.

_____."Promoção da saúde, poder local e saúde da família": Estratégias para a construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. **Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral, v. 4, n. 1, p.51-56, 2003.

HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C.(eds). **Educación Permanente del Personal de Salud.** Washington: OPS, 1994.

MENDES, R.; DONATO, A.F. "Território: espaço social de construção de identidades e de políticas". **Sanare — Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral, v. 4, n. 1, p.39-42, 2003.

SANTOS, M. "O espaço e a noção de totalidade". In: **A Natureza do Espaço:** espaço e tempo: razão e emoção. 3ª. edição. São Paulo: HUCITEC, 1999. p. 91-100.

SILVA, A. M. **O Impacto do Programa de Saúde da Família no Município de Sobral — Ceará:** uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. out 2003. Tese (Doutoramento em Pediatria) — Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA Jr. **Modelos Técnico-Assistenciais em Saúde.** São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

SOBRAL. Secretaria de Desenvolvimento Social e da Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. Sobral, 2001 (mimeo).

SUCUPIRA, A.C.L. et. al. "Projeto Trevo de 4 Folhas: uma estratégia para redução da mortalidade materna e infantil". In: **Anais do Congresso da Associação Brasileira de Saúde Coletiva**, 1, 2003, Brasília: Abrasco, 2003.

VIANA, A.L. d'Á; DAL POZ, M.R. "A reforma do sistema de saúde do Brasil e o Programa Saúde da Família". **Physis — Revista de Saúde Coletiva,** [S.l.], v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

SÉRIE DE DOCUMENTOS

Volume 1

1. Processos de Descentralização da Saúde no Brasil — Documento Analítico
2. Seminário: o Sistema Único de Saúde e a Regionalização
3. Seminário: Perspectiva para a descentralização e a Regionalização no Sistema Único de Saúde

Volume 2

Produção de Conhecimento em Política, Planejamento e Gestão em Saúde e Políticas de Saúde no Brasil (1974-2000)

Volume 3

Saúde nos Aglomerados Ubanos: uma visão integrada

Volume 4

1. Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto
2. O Papel e as Conseqüencias dos Incentivos como Estratégia de Financiamento das Ações de Saúde

Volume 5

Modernização das Secretarias de Estado da Saúde: Cooperação Técnica Descentralizada para o Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde no Brasil, Ano 2002

Volume 6

Modelo de Atenção e Formulação de Políticas Públicas: uma Abordgem de Conteúdo: Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde em Goiás

Volume 7

Metodologia para Análises Funcionais da Gestão de Sistemas e Redes de Serviços de Saúde no Brasil

Organização Pan-Americana da Saúde

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

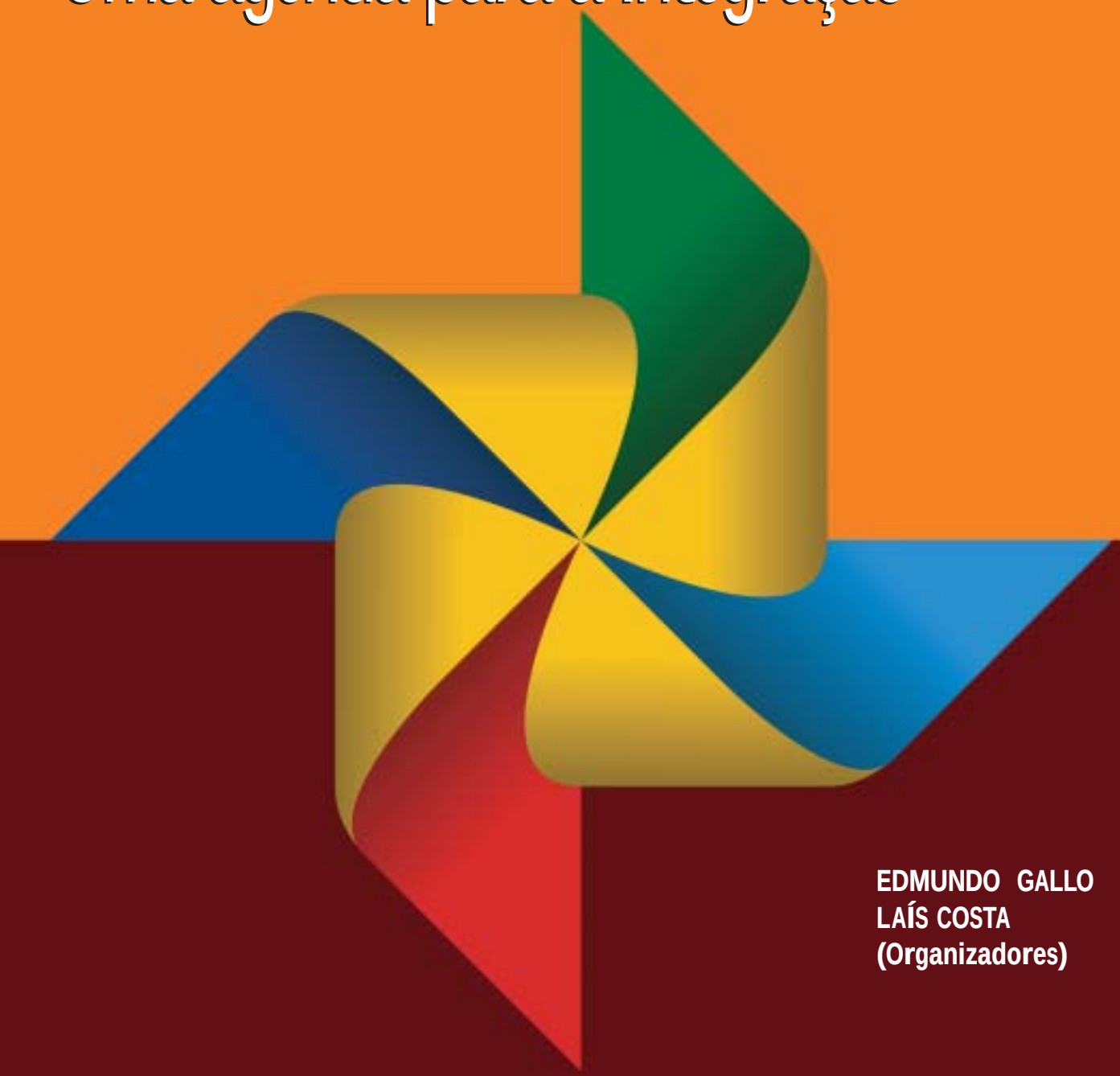
Ministério da Saúde

BRASIL
UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

ISBN 85-87943-34-0

SÉRIE TÉCNICA – PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE – 9

SIS-MERCOSUL
Uma agenda para a integração



EDMUNDO GALLO
LAÍS COSTA
(Organizadores)

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

Ministério da Saúde
BRASIL UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL

O MERCOSUL, visando a consolidação da região, vem favorecendo o desenvolvimento dos mais diversos setores, entre eles saúde, educação, justiça, cultura, transportes, energia, meio ambiente e agricultura. Enfatiza-se o impacto que o Mercado Comum do Sul é capaz de exercer sobre o desenvolvimento das indústrias dos Estados membros, uma vez que oferece 'proteção' às industrias ainda em desvantagem competitiva em relação a dos países mais desenvolvidos. Neste caso, não somente pode-se direcionar a produção à demanda regional, como também se pode aproveitar da vantagem comparativa entre a produção dos países, permitindo a especialização da produção, além de benefícios diversos em função do aumento da escala potencial de mercado.

A busca de um mercado regional do MERCOSUL propiciará idealmente, através do desenvolvimento de políticas comuns ou integradas, o fortalecimento industrial da região, avançando na superação da lacuna tecnológica que hoje separa países mais dos menos competitivos no mercado global.

No caso do setor saúde, duas peculiaridades marcam a importância desta integração, a saber: 1. o setor saúde é reconhecido indutor desenvolvimentista, tendo impacto sobre o potencial de desenvolvimento econômico e social da população desproporcionalmente favorável quando comparável com os demais setores; 2. a inegável necessidade de planejamento regional de ações que tratem de vigilância de saúde, sanitária e epidemiológica, de superação de tragédias ambientais que não 'reconhecem' fronteiras, além disto, da atenção de média e alta complexidade que demandam escala para a oferta de serviços.

Entretanto, a urgência da organização conjunta da atenção à saúde nas fronteiras mostra-se incompatível com a morosidade característica do processo de harmonização.

O desenvolvimento comum baseado na solidariedade e no interesse das quatro nações em acabar com o quadro de injustiça social, a má distribuição de renda e a pobreza, situação que marca os países da América do Sul, justifica a importância de equacionar a organização e estruturação dos serviços de saúde nas fronteiras. A idéia é buscar a 'transfronteirização' paralelamente à harmonização dos sistemas, de modo a contribuir para o processo de integração.

Fruto de encomenda dos Estados-Parte em Seminário de Planejamento do MERCOSUL, em 2003, este livro é a materialização de um primeiro convite ao debate sobre a integração dos sistemas de saúde do MERCOSUL.

SÉRIE TECNICA – PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE – 9
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

DIRETORIA DE INVESTIMENTOS E PROJETOS ESTRATÉGICOS
SECRETARIA EXECUTIVA
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

Edição Especial

SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DO MERCOSUL / SIS-MERCOSUL
UMA AGENDA PARA INTEGRAÇÃO

BRASÍLIA – DF
2004

Ministro da Saúde
Humberto Costa
Secretário Executivo
Gastão Wagner de Souza Campos
Diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos
Edmundo Gallo
Coordenadora Nacional do SGT-11 "Saúde"/MERCOSUL
Enir Guerra Macedo de Holanda
Gerente do SIS-MERCOSUL na DIPE/SE/MS
Laís Costa
Equipe de Elaboração do Projeto/MS
Edmundo Gallo
Laís Costa
Adnei Moraes
Solange Baraldi
Equipe técnica/MS
Técnicos do Ministério da Saúde de diversas áreas contribuíram para a construção deste documento
Apoio
Coordenação Nacional do SGT-11 "Saúde"/MERCOSUL — Brasil
Agência Nacional de Saúde Suplementar — ANS
Banco Interamericano de Desenvolvimento — BID
Organização Pan-Americana da Saúde — OPAS
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura — UNESCO

PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)

DIRETORIA DE INVESTIMENTOS E PROJETOS ESTRATÉGICOS
SECRETARIA EXECUTIVA
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

Série Técnica – Edição Especial
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 9

SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE DO MERCOSUL / SIS-MERCOSUL
UMA AGENDA PARA INTEGRAÇÃO

ORGANIZADORES

EDMUNDO GALLO

Médico especialista em Medicina Social, mestre em Saúde Pública, doutorando em Planejamento Urbano e Regional pela Fiocruz. Foi secretário Municipal de Saúde de Belém, secretário-geral e presidente do CONASEMS e consultor de organismos internacionais. Hoje é diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

LAÍS COSTA

Administradora especializada no setor público, mestre em *Development Studies* pela London School of Economics and Political Sciences (LSE). Consultora de organismos internacionais, participou de debates nacionais e internacionais sobre federalismo fiscal e descentralização de ações públicas. Atualmente é assessora da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde e gerente do projeto SIS-MERCOSUL.

Brasília – DF
2004

Elaboração, distribuição e informações

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 – Brasília – DF
http://www.opas.org.br
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, Sl. 315
CEP: 70058-900
Brasília – DF
Fone: (61) 315-2359
www.saude.gov.br

1. Coordenador do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
Julio Suarez
2. Equipe técnica/OPAS
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
3. Normalização
CEDOC/OPAS
4. Revisão
Manoel Rodrigues Pereira Neto
5. Capa, Projeto Gráfico e DTP
Wagner Soares da Silva
6. Tiragem
2000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Gallo, Edmundo

Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL: SIS — MERCOSUL: uma agenda para integração / organizado por Edmundo Gallo; Laís Costa. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

188 p. – (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 9)

ISBN 85-87943-35-9

1. Serviços de saúde. 2. Prestação Integrada de Cuidados de Saúde 2. MERCOSUL. 3. Integração de sistemas. I. Costa, Laís. II. Título. III. Organização Pan-Americana da Saúde. VI. Série.

NLM: W84

2004 © Organização Pan-Americana da Saúde. Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

... [O] MERCOSUL deve constituir-se em um espaço de articulação de políticas industriais, agrícolas, de ciência e tecnologia, que assuma também uma dimensão social, e que garanta a livre circulação de pessoas. [...] Devemos perseguir a articulação de nossos sistemas produtivos. Da mesma forma que queremos, em nossos países, um desenvolvimento regional equilibrado, defendemos um MERCOSUL harmônico. Queremos um MERCOSUL solidário. Por isso, estamos criando mecanismos para impedir desequilíbrios conjunturais em nosso comércio regional, evitando perdas desnecessárias e tentações protecionistas entre nós.

Presidente Lula, Buenos Aires, 16.10.2003.
Discurso do Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva.
Sessão do parlamento em homenagem ao Brasil. Congresso da Nação Argentina.

"(...) Soluções para os problemas de saúde representam mecanismos essenciais para a erradicação de pobreza, e como tais são extremamente importantes para quaisquer diálogos cujo tema sejam as Américas".

"Parcerias para uma saúde melhor nas Américas"
OPAS, 2002 (tradução própria).

AGRADECIMENTOS

Diversas foram as pessoas que contribuíram para esta publicação, diretamente ou através de importantes colaborações à reflexão acerca do tema. O Ministério da Saúde está profundamente agradecido a todos e pede desculpas, antecipadamente, por eventuais omissões neste agradecimento.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Organização Pan-Americana da Saúde desempenharam papel central na viabilidade de todo o processo de debates que culminou nesta publicação. Enfatiza-se em particular o apoio do Dr. Fausto Pereira dos Santos, do Dr. Roger Rosa e do Dr. Roberto Senatore, da ANS, do Dr. Waldemar Wirsig e da Dra. Ana Lúcia Dezoit, do BID, do Dr. Horácio Toro Ocampo, do Dr. Julio Suarez, da Dra. Rosa Silvestre e da Dra. Luciana de Deus Chagas, da OPAS, sem os quais o desenvolvimento do debate e a organização do projeto sofreriam perdas inestimáveis. Em realidade, sem o apoio dessas instituições e da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO, representada pelo Dr. Jorge Werthein, pelo Sr. Paulo Vinicius Silva Alves e pela Srta. Leonor Viana Boeckel-Collor, não teríamos sido capazes de realizar este produto em tempo hábil.

Da mesma forma, e em função de reflexões essenciais à discussão do SIS – MERCOSUL, agradecemos a ajuda da Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL, da Itaipu Binacional, de centros de estudos municipais (principalmente CEPAM, IBAM e Instituto Polis), de agências de fomento desenvolvimentistas nacionais e multilaterais, como o BNDES, o BIRD e o PNUD, de todas as entidades que se envolveram na discussão, como o CONASS e o CONASEMS e das SES e SMS.

Ademais, sem o apoio da Coordenação Nacional do SGT-11 e de demais Secretarias do Ministério da Saúde, a qualidade da discussão estaria substancialmente prejudicada em função da pouca visibilidade e conhecimento do complexo contexto em que se insere esse debate.

LISTA DE SIGLAS

ABC	Agência Brasileira de Cooperação
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
AISA	Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde
ALMG	Assembléia Legislativa de Minas Gerais
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BIRD	Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento
BNDES	Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social
CAN	Comunidad Andina
CCM	Conselho MERCOSUL
CE	Comunidade Européia
CEE	Comunidade Econômica Européia
CEPAM	Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIS	Complexo Industrial da Saúde
CIS-AMVAP	CIS da Microrregião do Vale do Paranaíba - CIS AMVAP
CISMEJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Médio Jequitinhonha
CISMEP	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba
CMC	Conselho do Mercado Comum
CODEMS	Companhia de Desenvolvimento Econômico
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSECS/MG	Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais
COSEMS/MG	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais
COOPEX/AIDS	Cooperação Externa do Programa Nacional de AIDS
CPS	Complexo Produtivo da Saúde
CRESEMS	Comissão de Intergestores da Bipartite
DAD	Departamento de Apoio à Descentralização
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DIPE	Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América

EHMA	European Health Management Association
EPF	European Property Federation
ESIP	Parceiros Europeus da Segurança Social
EU	European Union
FDA	Federal Drug Administration
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GMC	Grupo do Mercado Comum
GT	Grupo de Trabalho
HIV	Human Imunodeficiency Virus
HOPE	Hospitals for Europe
HTA	Avaliação Tecnológica da Saúde
IBAM	Instituto Brasileiro de Administração Municipal
IMPAC	Internet and Mail-order Pharmacy Accreditation Commission
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
INTERREG	O INTERREG é um programa de Iniciativa Comunitária da Comunidade Européia
LSE	London School of Economics and Political Sciences
MERCOSUL	Mercado Comum do SUL
MERCOSUR	Mercado Comun Del Sur
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
NAFTA	North American Free Trade Agreement
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OECD (OCDE)	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OJN	Ordenamento Jurídico Nacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PAHO	Pan American Health Organization
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PPAG	Plano Plurianual de Ação Governamental
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PPTB	Presidência Pró-Tempore do Brasil

PT/PR	Partido dos Trabalhadores/Paraná
RDA	Revista de Direito Administrativo
RMS	Reunião dos Ministros da Saúde
RMSM-BCh	Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL, Bolívia e Chile
RTJ	Revista do Tribunal de Justiça
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SE	Secretaria Executiva
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SGP	Secretaria de Gestão Participativa
SGT-11	Subgrupo de Trabalho número 11 - Saúde no MERCOSUL
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SIS	Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL
SIS-MERCOSUL	Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPO	Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SW	Software
TI	Technology Information
TCE	Tribunal de Contas do Estado de São Paulo
TCMG	Tribunal de Contas de Minas Gerais
TCU	Tribunal de Contas da União
TEC	Tarifa Externa Comum
UE	União Européia
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICAMP	Universidade de Campinas
Unisinos	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
US	United States
VA	Vigilância Ambiental
VE	Vigilância Epidemiológica
VS	Vigilância em saúde

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS 9
PREFÁCIO 15
INTRODUÇÃO 17
APRESENTAÇÃO – O MERCOSUL E A INTEGRAÇÃO 19

1. **Cooperação em Saúde e Integração Regional: Políticas para Promover a Dinamização do Complexo da Saúde no MERCOSUL**
   Edmundo Gallo, Antonio Claret, Laís Costa, Natascha Nunes 21
2. **Saúde no MERCOSUL: o Desafio do Novo**
   Dr. Rosinha (Florisvaldo Fier) 33
3. **A Saúde no MERCOSUL - Integração em Benefício da Saúde**
   Enir Guerra Macêdo de Holanda 37
4. **A Integração dos Sistemas de Saúde que Atendem a População Fronteiriça dos Países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL**
   Edmundo Gallo, Laís Costa, Adnei Moraes 41
5. **Integração das Ações de Saúde nas Fronteiras Físicas do MERCOSUL**
   Coordenação Nacional do SGT nº 11 - "Saúde"/MERCOSUL – Brasil 55
6. **Possibilidades e Limites para Implementação do SIS-MERCOSUL sob três Enfoques – uma Introdução**
   Gilberto Antônio Reis 63
7. **Subsídios para a Formulação de um Sistema de Integração dos Modelos de Prestação de Serviços de Saúde no MERCOSUL e nas Regiões de Fronteira: Harmonização e Transfronteirização dos Sistemas de Saúde**
   Sulamis Dain 67
8. **Racionalização dos Recursos e Organização de Estratégias de Integração nos Fluxos Interfronteiras entre os Sistemas de Saúde da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai: uma Análise Preliminar a partir da Economia da Saúde**
   Alcindo Antônio Ferla, Janice Dornelles de Castro, Maria Lectícia de Pelegrini 97
9. **Experiências Brasileiras de Parcerias entre Municípios na Busca de Organizar, Racionalizar e Qualificar a Assistência à Saúde**
   Gilberto Antônio Reis 115
10. **Relatório do 1º Seminário para Estruturação dos "Serviços Integrados de Saúde do MERCOSUL, o SIS-MERCOSUL"**
    Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicas, DIPE/SE/MS 149
11. **Uma Agenda para Viabilizar o SIS-MERCOSUL**
    Gilberto Antônio Reis, Sulamis Dain, Alcindo Antônio Ferla, Janice Dornelles de Castro, Maria Lectícia de Pelegrini 171

ANEXO 185

PREFÁCIO

A integração dos países do MERCOSUL tem refletido, à luz das demais experiências regionais, o fortalecendo a capacidade de equacionar problemas comuns. A integração dos Estados partes tem trazido resultados favoráveis visíveis através da articulação de esforços na busca de um desenvolvimento comum e solidário. Resultados positivos estão presentes em todas as áreas dos Estados partes, reforçando que a decisão de ampliar a integração entre Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil é o caminho correto para o desenvolvimento econômico social destes países.

Nesse sentido, a proposta da integração dos serviços de saúde dos países do MERCOSUL, SIS-MERCOSUL, surge como uma alternativa para a equação da atenção à saúde nos municípios de fronteira. Seu objetivo principal é a reversão da situação precária vivida por essas populações, limitante do exercício de sua cidadania.

Entende-se a necessidade de ações conjuntas, uma vez que demandas de saúde e doenças transmissíveis não enxergam fronteiras. Justificados pela urgência em promover a justiça social - através da melhoria da eficiência e especialização do sistema, do planejamento racional e de ações sustentáveis -, os quatro Estados partes do MERCOSUL concordaram que deve ser dada mais atenção à integração regional da atenção à saúde.

Na prática, os sistemas de saúde nestas regiões já se comunicam através de práticas informais diversas, ocasionando efeitos colaterais indesejáveis e desnecessários, caso houvesse planejamento das ações em saúde de forma conjunta entre os quatro países.

Entendendo a dimensão do desafio a ser enfrentado, o Ministério da Saúde vem promovendo uma série de debates sobre as diversas motivações, dificuldades, ausências e empecilhos à integração dos sistemas de saúde que atendem às populações fronteiriças do MERCOSUL. Neste primeiro momento houve uma movimentação interna visando aproximar gestores brasileiros de fronteira dos planejadores públicos.

É de interesse maior que este processo de reflexão interna brasileiro seja acompanhado pela Argentina, Paraguai e Uruguai. Somente através da socialização dos debates, teremos, no momento da elaboração da ferramenta de auxílio à gestão propriamente dita, o SIS-MERCOSUL, melhor qualidade de informação e harmonização de idéias.

Esta publicação tem, portanto, o objetivo maior de tornar transparente este ciclo de debates brasileiro e principalmente convidar para o debate os demais países, entendendo que, somente através da participação de todos, conseguiremos alcançar a eficiência necessária.

Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Secretário Executivo

INTRODUÇÃO

A inserção soberana, a consolidação do MERCOSUL e a integração da América do Sul figuram entre as prioridades do governo federal, a partir do entendimento de que somente através do fortalecimento regional o Brasil poderá ampliar sua infra-estrutura social, gerar empregos e aumentar e melhor distribuir a renda gerada. Adicionando-se a isto o reconhecimento mundial da relevância do impacto do setor saúde sobre o potencial de desenvolvimento humano e da nação de forma sustentável, entende-se a importância social e política da integração das ações de saúde da Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil.

Atualmente, o que se observa é a necessidade de sobrepor-se à delimitação de fronteiras. Na prática, gestores locais buscaram solucionar problemas de escala e escassez através da união informal com gestores locais de países vizinhos. Entretanto, em função de barreiras jurídico-institucionais e político-econômicas, essas ações não observam necessariamente sustentabilidade, qualidade ou racionalidade, uma vez que regras, ou a ausência delas, impedem um planejamento integrado e lógico. O resultado traduz-se em custos à qualidade de vida e em mortes prematuras.

Daí, a importância da criação de uma ferramenta de gestão transparente e participativa, que possa inicialmente melhorar a eficiência dos serviços prestados e posteriormente ajudar o planejamento integrado de um sistema mais eficiente e eficaz.

Para tanto, é muito importante que os países comecem a debater sistematicamente a questão da saúde nas fronteiras, de modo a construir um mapa da situação atual que possa servir de subsídio não somente à construção do SIS, mas também ao fortalecimento do processo de integração como um todo.

Foi justamente com o intuito de criar um espaço para a interlocução sistemática sobre a integração da saúde nas fronteiras, através do fortalecimento e divulgação do conhecimento interno do Brasil, que a DIPE coordenou os trabalhos constantes nesta publicação.

Por fim, vale enfatizar que estes documentos não pretendem refletir um debate sobre a melhor ferramenta de gestão para a referida integração. E nem teria legitimidade para isto. Esta publicação pretende sim auxiliar a divulgação do método e conteúdo do debate travado internamente para que os demais países possam ter mais proximidade da percepção brasileira da realidade dessas questões.

Edmundo Gallo
Diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos
Secretaria Executiva/MS

APRESENTAÇÃO - O MERCOSUL E A INTEGRAÇÃO

A integração é um processo e nunca um Estado de Direito. Para que ela aconteça, é necessário que o MERCOSUL seja uma política de Estado e que seja priorizada como tal.

A Saúde deve estar integrada em todos os níveis e em todas as áreas do MERCOSUL, e especialmente ter uma intensa articulação com os órgãos superiores deste, ou seja,o Conselho do Mercado Comum (CMC) e o Grupo Mercado Comum (GMC), a fim de que faça parte do Processo de Integração Regional.

Alguns princípios deverão nortear a integração no MERCOSUL para sua auto-sustentabilidade, a saber: vontade política; democracia plena; associação voluntária dos países; concordância com o modelo de desenvolvimento econômico/social; existência de um Estado de Direito; e respeito aos Direitos Humanos.

Por outro lado, ao se levar em conta os grandes desafios para a Integração no MERCOSUL, o de construção de um Mercado Comum com justiça social, com diminuição das iniqüidades, dever-se-á levar em conta, dentro de um Marco de Referência para a Saúde, os 6 princípios básicos da nossa Constituição Federal e da nossa Lei Orgânica: a eqüidade, a universalidade de atenção, a participação, a eficiência, a integração e a descentralização.

A Integração refere-se ao relacionamento concreto das medidas de saúde: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, em todos os níveis e com continuidade – e a promoção da saúde, mediante o processo de desenvolvimento.

Assim, podemos construir a estrutura dos Serviços Integrados de Saúde do MERCOSUL, o SIS-MERCOSUL.

Enir Guerra Macêdo de Holanda
Assessora do Ministro de Estado da Saúde e
Coordenadora Nacional do SGT Nº 11 "Saúde" e da
Reunião dos Ministros de Saúde do MERCOSUL,
Bolívia e Chile (RMSM-BCH)

1. COOPERAÇÃO EM SAÚDE E INTEGRAÇÃO REGIONAL: POLÍTICAS PARA PROMOVER A DINAMIZAÇÃO DO COMPLEXO DA SAÚDE NO MERCOSUL

Edmundo Gallo
Diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil (DIPE/SE/MS) e Doutorando em Saúde Pública – FIOCRUZ-RJ.

Antonio Claret
Assessor do Secretário de Avaliação e Gestão da Informação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Doutorando em Saúde Pública pela Fiocruz.

Laís Costa
Assessora da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (DIPE/SE/MS), Gerente do SIS-MERCOSUL na DIPE e Mestre em Development Studies pela London School of Economics and Political Sciences(LSE).

Natascha Nunes
Assessora da Assessoria de Cooperação Externa do Programa Nacional de AIDS (COOPEX/AIDS/MS) e Mestre em Economia Política Internacional pela London School of Economics and Political Sciences.

1. Introdução

A integração econômica e a conformação de blocos regionais vêm se desenvolvendo sob argumento de melhoria da competitividade ante um mercado global. Na realidade, entende-se que o fortalecimento regional responde pelo aumento de eficiência relativa das diversas economias, permitindo a especialização dos países na produção daquilo em que são mais competitivos. A integração regional permite também adequações de escala e coleção de esforços sem os quais não seria possível a inserção no mercado.

Nesse contexto, ações planejadas e integradas de desenvolvimento intrablocos regionais podem representar uma ferramenta de grande utilidade para diminuir a lacuna que hoje separa de forma tão visível os países mais desenvolvidos dos menos desenvolvidos. Ações planejadas podem ser bem mais eficientes no combate à pobreza, à desigualdade, à fome, além de serem mais eficientes na busca da cidadania para todos.

Este documento tem como objetivo contextualizar a importância do processo de integração regional dos países do MERCOSUL no tocante ao setor saúde. O estudo justifica-se pelo impacto que essa integração é capaz de exercer sobre: o bem-estar da população da região; a promoção de desenvolvimento local; o fortalecimento econômico-político do bloco em questão; e, conseqüentemente, o desenvolvimento sustentável da região.

O objeto deste estudo é também o macrocontexto do tema desta publicação: a integração da atenção à saúde das populações fronteiriças da Argentina, Paraguai, Uruguai e Brasil. Para a realização dessa contextualização, o documento em questão foi direcionado por dois grandes objetivos: a) apontar os antecedentes do processo de integração regional na área de saúde no MERCOSUL, a potencialidade econômica do setor saúde nas áreas de serviços, indústria e agricultura, além de destacar a importância da cooperação e integração na área de saúde para o bem-estar das populações dos países membros e dos países associados ao MERCOSUL; b) propor ações específicas para dinamizar a integração do complexo de saúde do MERCOSUL por meio da identificação de demandas, lacunas, potencialidades, mecanismos institucionais de implementação de decisões coletivas e monitoramento de indicadores de progresso.

2. Antecedentes e diagnóstico

O desenvolvimento do setor Saúde, pelo bem social que representa, é tido como prioridade, dado que trata do bem-estar da população. Neste momento histórico específico, em que se prioriza a inclusão social, o combate à pobreza e às desigualdades diversas, o desenvolvimento da voz política dos menos favorecidos e historicamente marginalizados da sociedade e o resgate da dívida social, a saúde apresenta-se como um dos setores em maior evidência para a realização de políticas públicas[1].

Adicione-se o fato de que a saúde é considerada como inquestionável indutor desenvolvimentista[2]: o reconhecimento de sua importância é praticamente unânime em todos os campos de estudos. Estudos da OMS[3], coordenados pelo Dr. Sachs, por exemplo, demonstram a clara relação entre as condições de saúde da população e sua capacidade de desenvolvimento econômico[4] (Costa, 2003).

1 Crow enfatiza o papel fundamental que o provisionamento de saúde pública e o estabelecimento de certo nível de seguridade social, além de políticas de emprego e distribuição de alimentos, tiveram na redução da pobreza e da fome durante a Revolução Chinesa.

2 Amartia Sen afirma que liberdades individuais, como por exemplo acesso à saúde e educação, representam o principal meio para se promover desenvolvimento (SEN, 1999).

3 Estudos coordenados pelo Dr. Sachs, de Harvard, e sistematizados no relatório *Macroeconomics and health: investing in health for economic development* (OMS, 2001).

Ademais, peculiaridades do complexo produtivo da saúde – CPS, como, por exemplo, seu dinamismo e produção de elevado grau de inovação, transformam-no em grande gerador e disseminador de conhecimento e tecnologia, impactando, sensivelmente, o desenvolvimento social observado na sociedade em questão[5]. Vale enfatizar que é justamente por meio de inovação na indústria que o hiato tecnológico observado em um país tende a ser superado e, conseqüentemente, o ciclo desenvolvimentista tende a ser alcançado de forma estável[6].

Conclusivamente, há o entendimento em contexto mundial que o setor saúde, e suas relações intersetoriais nas áreas de serviços, indústria e agricultura, constitui atualmente um dos pilares do crescimento econômico e do desenvolvimento científico e tecnológico mundial. Constitui também uma das políticas imprescindíveis ao desenvolvimento social nas sociedades modernas, por suas contribuições à formação e preservação do capital humano (produtividade do trabalho) e ao bem-estar social.

Dadas essas características, seria impossível pensar processos de integração regional que não tivessem em suas bases o desenvolvimento do setor saúde. Foi com esta perspectiva que a Comissão para a Integração da Comunidade Econômica Européia dedicou grandes esforços ao mapeamento das desigualdades, complementaridades e formas de integração relacionadas ao setor saúde, como precondição para a conformação do processo de unificação que se produziu no final da última década.

Os países latino-americanos, dados os processos históricos que levaram à constituição de suas sociedades, caracterizam-se por economias pouco integradas e de baixa complementaridade entre si, resultando em grandes debilidades na negociação externa de suas relações econômicas e comerciais. Nos últimos trinta anos, vem amadurecendo, entre os países do Cone Sul, a idéia de que uma maior integração econômica regional favoreceria uma melhor inserção econômica e capacidade de negociação externa desses países no cenário econômico mundial. E dessa idéia surgiu, no começo da década de 1990, o MERCOSUL. Mediante a abertura de mercados e o estímulo à complementaridade entre suas economias, Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai visam a obter uma inserção mais competitiva na economia internacional.

A própria evolução dos acordos relacionados ao MERCOSUL indica o potencial para o

4 De acordo com Dréze e Sen (1995), a expansão do atendimento à saúde foi uma das principais conquistas no período pré-reforma na China. "[A expansão do acesso à saúde] provou ser uma ferramenta de grande importância para as reformas econômicas. Sua importância pode ser observada não somente no tocante à qualidade de vida, mas também em termos de desempenho econômico, dado que morbidade e subnutrição podem representar sérias barreiras à produtividade do trabalho e à performance econômica" (p. 41 – tradução própria).

5 É "o excedente gerado pela introdução das inovações [que] realmente impulsiona o investimento" (Guimarães, 2000).

6 Gadelha em palestra no Congresso sobre Saúde Coletiva em 2003, Abrasco.

aprofundamento do processo de integração e cooperação na área de saúde. Apenas para mencionar brevemente esse quadro mais amplo, vale lembrar que o Tratado de Assunção foi assinado em março de 1991, constituindo um mercado comum formado por Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai. Esse tratado refletia os crescentes entendimentos políticos no âmbito regional e a densidade crescente dos vínculos econômicos e comerciais entre os quatro países. Em outubro de 1992, aceitou-se o Cronograma de Las Leñas para o cumprimento dos compromissos fixados no tratado. O Protocolo de Ouro Preto, aprovado em dezembro de 1994, estabeleceu a estrutura institucional do MERCOSUL e conferiu-lhe personalidade jurídica internacional. Logo, em janeiro de 1995, entrou em vigor a União Aduaneira, com a adoção da tarifa externa comum (TEC). No ano seguinte, foram assinados os Protocolos de Adesão da Bolívia e do Chile, que passam a ser membros associados do bloco. Em 1998 foi assinado o Protocolo de Ushuaia sobre Compromisso Democrático no MERCOSUL, traduzindo a plena vigência das instituições democráticas como condição indispensável para a existência e o desenvolvimento do bloco. Em julho de 1999, entrou em vigor o Acordo Quadro Inter-Regional de cooperação e institui-se o Conselho de Cooperação entre o MERCOSUL e a União Européia. No ano seguinte, foi apresentado o projeto de Acordo Quadro para a criação de uma área de livre comércio entre o MERCOSUL e a África do Sul. Também em 2000 foi assinado o Protocolo de Olivos, referente à solução de controvérsias. Finalmente, em dezembro de 2002 foi assinado o Acordo Quadro para a integração entre o MERCOSUL e a Comunidad Andina (CAN).

Esse processo, no entanto, tem sido lento e desbalanceado do ponto de vista setorial. Nos setores relacionados a produtos finais, a integração tem-se produzido mais rapidamente, mas isso não ocorre na área de serviços, especialmente nos setores de saúde e educação, onde os acordos até então existentes, a despeito de serem muitos, têm-se restringido a temas pouco centrais às políticas do setor e, além do mais, tem sido lenta sua implementação.

No caso da área de saúde, deve-se destacar que, a despeito de importantes avanços nas áreas de regulação sanitária, políticas de medicamentos e outras, há um nítido espaço ainda não aproveitado para o aprofundamento das áreas de cooperação e da integração de políticas para o complexo de saúde como um todo[7].

Dentre os primeiros acordos assinados na área de saúde no âmbito do MERCOSUL,

7 Este espaço vem tendo sua importância reconhecida pelo BNDES, ao se verificar o impacto potencial do desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (CIS) e do Complexo Produtivo (CPS) como um todo sobre o desenvolvimento sustentável de uma nação. "Por meio do comércio exterior, da capacitação das tecnologias avançadas e da busca de investimentos produtivos, o relacionamento externo do Brasil deverá contribuir para as melhorias das condições de vida da mulher e do homem brasileiros, elevando os níveis de renda e gerando empregos dignos" (Mensagem ao Congresso Nacional, 2003). Nesse contexto político, o referido banco de fomento desenvolvimentista brasileiro vem debatendo a possibilidade de promover ações integradas para o desenvolvimento articulado dos CPS dos Estados partes do MERCOSUL. Este reconhecimento por parte do BNDES pode ser verificado pela agenda do banco que, desde o ano de 2003, inclui seminários, debates e publicações sobre o tema.

ainda em 1999, estiveram aqueles sobre Dengue, Cólera, Sarampo e Carência de Micronutrientes. Em junho daquele ano, os ministros da Saúde da região concordaram em apoiar e fortalecer os processos de reforma e buscar consenso dentro dos mesmos em relação a mecanismos que permitam o inter-relacionamento dos sistemas de saúde no contexto sub-regional. Também instruíram a criação de um grupo técnico para elaborar uma proposta de trabalho identificando os lineamentos a serem desenvolvidos por um núcleo de articulação no âmbito da RMS. Os últimos dois acordos trataram da consideração de informes epidemiológicos e da criação de um grupo *ad hoc* para estudar diretrizes a serem implementadas no nível das zonas fronteiriças para realizar um diagnóstico da situação dos deslocamentos por motivos de atenção à saúde.

No ano 2000 foi definida uma política de medicamentos, e também foi acordada a criação de um banco de preços no âmbito MERCOSUL, Bolívia e Chile, tendo como base as compras governamentais, os serviços de saúde e o consumidor. No segundo semestre de 2002 foi aprovada a política de medicamentos e recomendado ao Conselho do Mercado Comum (CMC) que instruia o Subgrupo de Trabalho nº 11 – Saúde a conferir tratamento prioritário para a Comissão de Produtos para Saúde. O último acordo assinado em 2000 foi em relação ao controle de dengue. Em 2001, foi criada a Comissão Intergovernamental de Vigilância e Controle de Dengue, tendo sido estabelecida uma política de medicamentos e acordada a participação do MERCOSUL, Bolívia e Chile no processo de revisão do regulamento sanitário internacional.

Considerando os avanços obtidos até aqui e a crescente importância do complexo da saúde para o crescimento econômico e para o desenvolvimento social da região, sugere-se a necessidade de um aprofundamento da integração na área da saúde para o esforço de retomada do MERCOSUL a partir de 2003.

O chamado complexo da saúde inclui desde a produção de medicamentos, equipamentos, insumos, imunobiológicos e outros produtos de uso não exclusivo da saúde, até as atividades de promoção, prevenção e prestação de serviços de saúde, envolvendo em sua produção, instituições públicas, privadas e filantrópicas, incluindo parte relevante do setor informal do mercado de trabalho.

Pode-se separar a estrutura do complexo de saúde em cinco segmentos[8] : a) industrial; b) comercial; c) serviços; d) formativo; e) pesquisa e desenvolvimento. Enquanto o segmento de serviços constitui os principais loci da atenção e promoção de saúde para as populações, os segmentos industrial[9] e comercial lançam hoje importantes desafios para a autonomia dos países, a geração de empregos, o desenvolvimento tecnológico, a competitividade econômica e a sustentabilidade social do crescimento do PIB.

8 Para maiores detalhes acerca da composição e inter-relacionamento do CPS, ver Gadelha, 2002.

9 Fármacos, equipamentos para diagnóstico e terapêutica, cadeias produtivas de insumos etc.

Nos dois primeiros, estarão as atividades relacionadas à produção e distribuição nas áreas de farmacêuticos, equipamento de apoio a diagnóstico terapêutico e materiais de consumo hospitalar. Esse é um mercado que envolve tecnologia avançada e necessita não somente de regulação, mas também de incentivos, pois envolve a cadeia produtiva de insumos estratégicos para a atenção à saúde.

O terceiro segmento diz respeito à assistência e ao apoio diagnóstico. A integração sistêmica desses serviços é crucial para atingir os princípios de universalidade e integralidade.

O quarto segmento demanda a permanente incorporação de novas perspectivas do mercado de trabalho, que depende da articulação estreita com centros de educação profissional, unidades de produção e demandas epidemiológicas.

Finalmente, o quinto segmento deve ser entendido como vital para a introdução de inovações capazes de expandir a competitividade do complexo de saúde dos países da região nos mercados internacionais.

Esse complexo multidimensional tem como produto final ações de saúde, não só para o conjunto das populações de cada país, mas também para todos aqueles que cruzam suas fronteiras nacionais, seja em caráter temporário (turismo, negócios e relações comerciais), seja em caráter permanente (migração, atendimento médico em regiões fronteiriças). As relações econômicas e sociais derivadas desse processo poderiam ser otimizadas desde que fossem identificadas demandas cruzadas, vantagens comparativas e ineficiências nos atuais fluxos de comércio e assistência técnica ligadas a produtos e serviços de saúde entre os países que compõem o MERCOSUL.

3. Proposta de cooperação técnica para dinamizar o Complexo da Saúde

O objetivo geral da referida cooperação técnica regional é desenvolver uma estrutura que permita facilitar o processo de integração econômica e social associada ao complexo setorial da saúde entre os países que compõem o MERCOSUL. Essa estrutura seria desenvolvida a partir do cumprimento dos seguintes objetivos específicos:

- conhecer e sistematizar a configuração atual e os fluxos espaço-temporais do complexo regional de saúde do MERCOSUL;
- identificar as lacunas, necessidades e prioridades para ações que promovam a integração regional das políticas, produtos e serviços de saúde nos países que compõem o MERCOSUL (podendo-se incluir a Bolívia e o Chile);
- propor para as instâncias decisórias da área de saúde dos governos nacionais, bem como para o SGT nº 11 – Saúde, o GMC, a Reunião de Ministros de Saúde e o

CMC, um conjunto de ações voltadas para melhorar a integração dos complexos nacionais da saúde do MERCOSUL;

- destacar, no conjunto das ações propostas, três projetos piloto de integração em áreas e temas relevantes para que as instâncias decisórias do MERCOSUL deliberem sobre sua implementação em caráter prioritário como parte desse projeto de cooperação técnica; e
- pactuar uma agenda para intervenções futuras na área de saúde do MERCOSUL, levando em conta a visão multisetorial do complexo da saúde e que contribuam, em médio e longo prazo, para o avanço sustentável da integração regional.

As principais ações previstas para concretizar os objetivos específicos da Cooperação Técnica Regional são as seguintes:

- realização de uma pesquisa de linha de base, indicadores, bases de dados e sistemas de seguimento e avaliação dos principais componentes do complexo da saúde nos seis países da região, seu nível de integração e interdependência atual, suas potencialidades e suas debilidades, identificando ações comuns e prioridades;
- identificação, por meio de entrevistas e grupos de discussão, das instituições governamentais e não-governamentais, que possam atuar como parceiras em iniciativas de integração regional dos complexos de saúde nos distintos países;
- identificação das necessidades de fortalecimento institucional e seus mecanismos futuros de financiamento;
- implementação dos projetos pilotos selecionados pelas instâncias decisórias do MERCOSUL; e
- criação de um Grupo de Apoio à Integração do Complexo da Saúde do MERCOSUL, que inclua participantes dos seis países envolvidos e estabelecimento de um plano de trabalho correspondente.

Cada uma dessas ações desdobra-se em atividades específicas que irão gerar os seguintes produtos:

- um atlas socioeconômico e político-institucional da saúde no MERCOSUL, abarcando os cinco segmentos dos complexos nacionais de saúde (indústria; comércio; serviços; formação; pesquisa e desenvolvimento), os arranjos institucionais de gestão da saúde em cada país e os principais fluxos intra e inter-regionais do setor;
- um documento tipo Plano de Trabalho para a integração dos complexos da saúde dos países do MERCOSUL;
- um mecanismo institucional tipo Grupo de Apoio à Integração no âmbito do SGT nº 11 – Saúde do Grupo Mercado Comum (GMC), com participação de governos e sociedade civil; e

- uma metodologia de avaliação do progresso da integração em saúde no MERCOSUL, validada pelo SGT nº 11 – Saúde e pela Reunião de Ministros da Saúde, para ser levada ao GMC e adotada pelos países membro e associado.

4. Mecanismos de Execução

Esta proposta de Cooperação Técnica entre os países do MERCOSUL na área da saúde seria executada por equipes designadas/contratadas pelos Ministérios da Saúde dos Estados partes (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai) e dos Estados associados (Bolívia e Chile), sob a coordenação do Ministério da Saúde do Brasil.

Naturalmente, tal proposta precisaria ser previamente validada pelo Fórum de Coordenadores Nacionais do SGT nº 11 – Saúde, do Grupo Mercado Comum (GMC), órgão executor do bloco, e pela Reunião de Ministros da Saúde (RMS) do Conselho do Mercado Comum (CMC).

Uma vez aprovada, o Ministério da Saúde do Brasil, por meio da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (DIPE), da Secretaria Executiva, ficaria encarregado de coordenar os trabalhos de produção do atlas e da metodologia de acompanhamento, de articular o mecanismo institucional de coordenação e monitoramento, apoiando ainda as Coordenações Nacionais do SGT nº 11 – Saúde, que deverão preparar o Plano de Trabalho.

Tabela I - Objetivos, Ações, Produtos e Tipos de Recursos

Relaciona os objetivos, ações, produtos e tipos de recursos envolvidos na realização deste projeto, de acordo com descrição na Proposta de Cooperação Técnica para Dinamizar o Complexo de Saúde constante neste documento.

Objetivos	Ações	Produtos	Tipos de Recursos
Conhecer a configuração atual do complexo regional da saúde	Realizar pesquisa de linha de base sobre a situação do complexo da saúde de cada país do MERCOSUL, com indicadores, índices e fluxos espaço-temporais	Atlas de Saúde do MERCOSUL	Consultorias Bases de dados nacionais Bases cartográficas Passagens e diárias
Identificar lacunas, necessidades e prioridades para ações que promovam a integração regional das políticas, produtos e serviços de saúde.	Realizar pesquisa de opinião e seminários com autoridades e atores relevantes do complexo regional da saúde para definir metodologia e indicadores de progresso da integração do setor	Metodologia para avaliação dos progressos em integração	Consultoria Passagens e diárias Equipamentos TI Programas TI (SW)
Melhorar a integração dos complexos nacionais de saúde	Identificar as necessidades de fortalecimento institucional e seus mecanismos futuros de financiamento	Plano de Trabalho para Integração da Saúde	Consultoria Passagens e diárias
Desenvolver ações concretas em áreas problemáticas do setor	Implementar três projetos pilotos	Três projetos pilotos implementados	Consultoria Passagens e diárias
Pactuar uma agenda para intervenções futuras na área de saúde da região	Criar um grupo de apoio à integração em saúde com representantes dos seis países	Observatório da Integração em Saúde no MERCOSUL	Consultoria Passagens e diárias Equipamentos TI

Tabela II - Custos por Produto e Prazo para Finalização:

O custo total estimado para cada produto do projeto está descrito na tabela 2, assim como os prazos finais de conclusão e a instância coordenadora de cada atividade.

Item	Custo Previsto	Prazo	Órgão Coordenador da Execução
Atlas de Saúde do MERCOSUL	US$135,000	Agosto de 2004	MS Brasil
Plano de Trabalho para Integração da Saúde	US$55,000	Setembro de 2004	SGT nº 11 – Saúde – GMC – Fórum de Coordenadores Nacionais
Grupo de Apoio para Monitorar a Integração	US$45,000	Setembro de 2004	Reunião de Ministros CMC
Metodologia para avaliação dos progressos em integração	US$65,000	Dezembro de 2004	MS Brasil
Implementação de três projetos pilotos	US$205,000	Julho de 2005	Reunião de Ministros CMC
Total:	**US$505,000**		

5. Considerações finais

Na agenda internacional, o fortalecimento de blocos estratégicos e uma ação diplomática humanista pretendem ser mais um instrumento do desenvolvimento nacional, conforme constatado na Mensagem ao Congresso Nacional de 2003. Adicione-se o fato de que ações bem-sucedidas em saúde são traduzidas em melhoria da qualidade de vida da população em seu aspecto mais abrangente. Portanto, iniciativas que promovam a integração das ações em saúde, otimizando a infra-estrutura disponível e os serviços prestados, impactam diretamente o potencial desenvolvimentista de um país, justificativa para a série de estudos que abordam a integração regional tendo o setor saúde como foco.

Este trabalho apresentou brevemente o histórico da evolução da integração regional no tocante ao setor saúde, com o intuito de traçar um diagnóstico que servisse de subsídio à elaboração das ações a serem realizadas.

Concluiu que, no esforço de promover a integração da atenção à saúde, é primordialmente

importante que as realidades sanitárias e de infra-estrutura e recursos existentes sejam conhecidas, além disto, deverão ser identificados os nós críticos para a integração das políticas de saúde, direcionar esforços para a integração dos CPS dos quatro países envolvidos e também buscar a pactuação de uma agenda comum. Por fim, o documento elencou ações para viabilizar o alcance dos objetivos supracitados, assim como estimativas de seus custos.

6. Referências

BNDES. **Revista BNDES**. Disponível em http://www.bndes.gov.br/conhecimento/publicacoes/catalogo/revista.asp

BRASIL. **Mensagem ao Congresso Nacional**. p. 243, 2003. Disponível em https://www.planalto.gov.br/publi_04/mens2003.htm

COSTA, L. **Fitoterápicos como vetor de Acesso, Desenvolvimento Sustentável e Crescimento Econômico**. Mimeo, 2003

CROW. **Understanding Famine and Hunger in 'Poverty and Development into the 21st century'**. Oxford: Oxford University Press. 2000.

DREZE, J and SEN, A, **India: Economic Development and Social Opportunity**. New Delhi: Oxford University Press. 1995

GADELHA, C., **Estudo de competitividade por cadeias integradas no Brasil: Impactos das zonas de livre comércio**. 2002. Disponível em: www.eco.unicamp.br/neit/cadeias_integradas/ sintese_preliminar.pdf

GUIMARÃES, F. C. M. S. **A Política de Incentivo à Inovação: Inovação, Desenvolvimento Econômico e Política Tecnológica em Parcerias Estratégicas**, n. 9, outubro de 2000.

OMS. **Macroeconomics and health: investing in health for economic development**, 2001. Disponível em www.un.org/esa/coordination/ecosoc/ docs/RT.K.MacroeconomicsHealth.pdf

SEN, A. **Development as Freedom**. New York: Alfred A. Knopf, 1999.

2. SAÚDE NO MERCOSUL: O DESAFIO DO NOVO

Dr. Rosinha
(Florisvaldo Fier) – Médico, Deputado Federal pelo PT/PR e Presidente da Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL.

O objetivo deste texto é uma reflexão sobre o MERCOSUL e os grandes desafios que se colocam, especificamente, para o setor saúde. Não pretendo apresentar soluções, mas tão somente contribuir na reflexão para a sua busca.

A realidade política e econômica da América Latina, no início deste novo século, deve ser analisada com muita atenção para elaborar qualquer projeto de construção de um bloco, no caso o MERCOSUL. Segundo Emir Sader, em *A vingança da história*, nunca a América Latina foi tão povoada por regimes políticos democráticos, conforme os conceitos liberais, como nesta entrada do século XXI.

Por mais problemas que tenham essas democracias liberais – que foram construídas, principalmente, nas duas últimas décadas do século passado – elas constituem um ponto positivo e favorável para a construção de blocos, mesmo que com relativa, ou quase ausente, participação popular. Concomitante a isso, construiu-se também a pior crise econômica e social desde a década de 30. Crise esta, segundo Sader, agravada pelo aumento da dependência econômica desses países aos grandes centros financeiros e pela submissão política dos países em desenvolvimento às grandes potências.

Essa dependência e submissão dificultam ou mesmo impedem a capacidade de decisão política de fortalecer o MERCOSUL, pois nenhum dos Estados que integram o bloco tem grande capacidade para fazer os investimentos tão necessários para corrigir "assimetrias" ou diferenças existentes entre os países. As diferenças ou "assimetrias" (como as registradas na área de saúde), no entanto, devem ser identificadas não só com o objetivo de superá-las – não existe relação só de países simétricos (quer coisa mais assimétrica que o Nafta ou até a União Européia?). Em alguns setores específicos, as "assimetrias" são positivas e devem ser utilizadas. Exemplo: a oferta de serviços de uma determinada especialidade médica pode estar mais presente em um país em uma determinada fronteira, enquanto que, do outro lado, o país vizinho não a tem. Nesse caso, o mais correto é que esses especialistas atendam à população toda da fronteira, ao invés de tornar a fronteira simétrica, com o outro país deslocando para lá igual número de profissionais.

O MERCOSUL nasceu no início da década de 90, portanto num outro cenário, com um objetivo, mesmo que não explícito: o mercado. Com isso, não houve ênfase para os demais segmentos, como os serviços, e sequer levou em conta as questões sociais e humanas. Mesmo sendo o mercado o objetivo, segundo Maria Claudia Drummond, esse acordo anunciava um período rico na história do Cone Sul, quando se pensava corrigir ou até superar os antigos equívocos que haviam marcado as relações entre Brasil, Argentina, Paraguai e Uruguai. Esse prenúncio já podia ser sentido a partir do título do primeiro acordo-quadro firmado com a Argentina, ainda em 1988: Tratado de Integração, Cooperação e Desenvolvimento. A idéia de integração estava, então, atrelada ao objetivo do desenvolvimento que acarretaria, em última instância, portanto, de maneira indireta, a melhoria do nível de vida das populações da região.

A intenção inicial da integração foi totalmente abandonada por Collor e Menen e não corrigida por Fernando Henrique Cardoso, quando, através do Tratado de Assunção, priorizou-se uma área de livre comércio e a união aduaneira, com o objetivo de abrir o mercado a qualquer custo. Tal política estimulou a disputa das empresas intrabloco e não a busca da integração e cooperação, gerando em curto prazo uma crise no MERCOSUL, que ficou reduzido quase que meramente a uma marca, agravada, ainda, com a crise econômica que afetou os quatro países do bloco, com maior profundidade na Argentina.

Impulsionados pela eleição e posse de governantes com uma visão integracionista e comprometidos com a questão social e seu povo, é retomado o processo de negociação e construção do MERCOSUL, agora com o entendimento de que não só o mercado é importante, mas a sua população e seus direitos e, entre esses, o da saúde que, anteriormente, já fazia parte do debate, mas que agora ganha maior dinamismo.

Os quatro países do MERCOSUL têm experiências históricas e modelos distintos no setor saúde, o que é positivo. Em comum, tiveram iniciativas de incentivo à pesquisa e ao combate às endemias (final do Século XIX e início do XX), então "articulados à transformação histórica do processo de produção econômica", segundo Juan César Garcia. Se nesse momento – final do Século XIX e início do XX –, mesmo com parcos recursos, os Estados, uns com mais, outros com menos, iniciaram um processo estatal de enfrentamento dos problemas de saúde pública, principalmente na área da pesquisa, agora na construção do MERCOSUL coloca-se novamente esta necessidade. Há desafios não só na área dos recursos financeiros, mas também de profissionais. Chamo a atenção para alguns deles: (1) investimento em infra-estrutura e ofertas de serviços em cada Estado parte, na região de fronteira, dentro de seu próprio território; (2) investimentos dentro do bloco, o que pode significar um Estado parte investindo em outro; (3) capacitação dos profissionais de todas as áreas como uma ação conjunta do bloco; (4) livre trânsito para os profissionais do setor saúde, de início na região de fronteira; (5) profunda relação de troca de experiências, serviços e conseqüentemente dos próprios profissionais; (6) o

programa deve ser distinto para cada fronteira de cada Estado parte, pois distintos são os problemas; (7) identificação de populações, de início na região fronteiriça, mais necessitada; (8) construção de uma identidade política de que saúde é um direito de todos, portanto obrigação de cada Estado parte – e do bloco – para com todos os que vivem no espaço intrabloco; (9) e o conhecimento e reconhecimento e o respeito à diversidade cultural. Estes dois últimos pontos, aparentemente simples, são fundamentais para a integração do MERCOSUL e da América do Sul. Sem uma identidade política, econômica, social e cultural e sem o respeito à diversidade, por mais recursos que tenhamos à disposição, a integração não se concretizará. Esta diversidade cultural pode ser, de imediato, aproveitada respeitando os migrantes, ou seja, é necessário mudar o olhar sobre os mesmos: ao invés de serem concorrentes no mercado de trabalho, passam a ser agentes da integração cultural e do conhecimento.

Novamente recorro a Juan César Garcia, que nos ensina que "a concepção e a proposição de ações médicas não surgem por um simples jogo do pensamento, mas têm origem na experiência dos indivíduos com o mundo material objetivo, nas relações práticas do homem com as coisas e nas relações das pessoas entre si". Com a riqueza cultural do MERCOSUL é possível imaginar quão rica é a história das atividades de saúde na região.

Os desafios são muitos, e o principal deles é a escassez de recursos financeiros, o que reafirma a importância de unir esforços, já que nenhum país do bloco tem capacidade para fazer um grande aporte. Contrapõe-se a isso, positivamente, a vontade política de construir o MERCOSUL como sócios e não como competidores e a quantidade e qualidade dos profissionais de saúde. A integração com qualidade e a superação dessas dificuldades dependem da criatividade das propostas, portanto fundamentalmente desses profissionais. Se hoje o exercício da medicina é caro (pelo avanço tecnológico e pela deficiência da formação, principalmente, do profissional médico), cabe uma reflexão crítica sobre as práticas médicas e o tipo de integração queremos. Isso não só para os serviços públicos de atendimento à saúde, mas também para a definição dos requisitos que serão exigidos do setor privado para que ele atenda à demanda do público.

O modelo desenvolvimentista e dependente construído no século passado mostrou que poucos ganharam e que a grande maioria da população perdeu. Entramos no novo século uma vez mais devedores de uma política econômica e social voltada para a maioria. A construção do MERCOSUL, e quiçá do bloco sul-americano, deve ter o olhar voltado para essa maioria e, no caso da saúde, o sistema a ser construído deve transcender a lógica do mercado e basear-se na do direito do cidadão, buscando a universalidade e a eqüidade no atendimento.

Referências

Drummond, Maria Claudia. **MERCOSUL: uma visão de esquerda**. 2003.

Garcia, Juan César. **Pensamento social em saúde na América Latina**. São Paulo: Cortez/ Abrasco,1989.

Sader, Emir. **A vingança da história**. São Paulo: Boitempo, 2003.

3. A SAÚDE NO MERCOSUL: INTEGRAÇÃO EM BENEFÍCIO DA SAÚDE

Enir Guerra Macêdo de Holanda
Assessora do Ministro de Estado da Saúde e Coordenadora Nacional do SGT nº 11 – Saúde e da Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL, Bolívia e Chile (RMSM-BCh).

Desde 1997, o Ministério da Saúde vem articulando uma série de ações com os países do Mercado Comum do Sul (MERCOSUL). Neste período houve avanço expressivo no processo de harmonização de normas e da negociação entre os países para solucionar eventuais conflitos na área de saúde. Esse trabalho conta com a participação de outros ministérios especialmente o das Relações Exteriores.

As ações são desenvolvidas em dois fóruns: a Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL, Bolívia e Chile (RMSM-BCh) e um subgrupo criado especialmente para atuar nessa área (SGT nº 11 – Saúde).

Realizada semestralmente, a Reunião dos Ministros da Saúde do MERCOSUL, Bolívia e Chile (RMSM-BCh) é a instância definidora de macropolíticas e programas no âmbito do MERCOSUL. Além dos quatro Estados partes, participam também o Chile e a Bolívia como associados. A RMSM-BCh está ligada ao Conselho do Mercado Comum (CMC), organismo máximo do MERCOSUL. Desde 1997 foi fechada uma série de acordos entre os Ministros da Saúde, tais como: Política de Medicamentos para o MERCOSUL; Vigilância e Controle de Enfermidades Transmissíveis (Dengue, Doença de Chagas, Cólera, Febre Amarela, Sarampo e SARS); criação de um sistema de informações e comunicação em saúde, contando com dois sítios oficiais (www.mercosulsaude.org e www.mercosulsalud.org); Banco de Preços de Medicamentos do MERCOSUL; Contas Nacionais de Saúde; Controle do Tabaco; HIV/AIDS, Saúde Sexual e Reprodutiva, Saúde e Desenvolvimento, Revisão do Código Sanitário Internacional, e outros.

Estruturado em outubro de 1998, o Subgrupo de Trabalho nº 11 – Saúde é um dos 14 subgrupos que compõem o Grupo Mercado Comum (GMC), e é dividido em Comissões Temáticas. O chamado SGT-11 tem como tarefa harmonizar as legislações dos Estados Partes referentes aos bens, serviços, matérias-primas e produtos da área da saúde, além do estabelecimento de critérios para Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário. O objetivo é proteger e promover a saúde e a vida da população, além de eliminar os obstáculos ao comércio regional, contribuindo dessa maneira para o processo de integração.

As discussões são realizadas em reuniões virtuais e semestrais. O SGT nº 11 – Saúde trabalha com base em pauta negociadora (Res. GMC 21/01), documento que determina prioridades e estima prazos para seu cumprimento. O Subgrupo de Trabalho nº 11 – Saúde atua nas seguintes áreas: Produtos para a Saúde; Vigilância Epidemiológica e Controle Sanitário de Portos, Aeroportos, Terminais e Pontos de Fronteira; e Prestação de Serviços de Saúde. Neste momento vai ser dada a revisão da Pauta Negociadora do SGT Nº 11 "Saúde" Res. GMC 21/01.

O processo de harmonização dos projetos de resolução do SGT nº 11 – Saúde segue as seguintes etapas: elaboração do projeto de resolução; harmonização por consenso; consulta interna em cada Estado parte; nova harmonização; aprovação; e elevação pelos coordenadores nacionais do SGT nº 11 ao GMC para aprovação como resolução, com prazo para a internalização, ou seja, a incorporação ao Ordenamento Jurídico Nacional (OJN).

A consulta interna no Brasil é muito importante, pois incorpora a participação da sociedade civil na elaboração e aperfeiçoamento das propostas. Confira-se o quadro de síntese das resoluções:

Quadro de Síntese das Resoluções GMC e do SGT-11 – Internalizadas no Brasil	
Resoluções	**Total**
Internalizadas	92
Internalizadas sem necessidade de adoção de medidas legais	7
Em processo de internalização	18
Revogadas/substituídas	22
Em processo de revisão	3
Total	**142**

Foram 74 Resoluções do GMC, Internalizadas no MERCOSUL, ou seja, Aprovadas e Homologadas pelos Quatro Estados Parte	
Como instrumento jurídico nacional	67
Sem adoção de medidas legais necessárias	7
Total	**74**

- a integração é um processo;
- o MERCOSUL é uma política de Estado e não de governo;
- muitas vezes a integração implica perda de soberania;
- é necessário um acompanhamento e intensa articulação entre os fóruns da Saúde, o CMC e o GMC, para que este passe a ser parte integrante do processo.

Os princípios para a auto-sustentação da integração são:

- vontade e priorização política;
- democracia plena;
- associação voluntária dos países;
- concordância com o modelo de desenvolvimento econômico social;
- existência de um Estado de Direito;
- respeito aos direitos humanos;

Agentes individuais do processo de integração:

- o Estado como o mais importante;
- a sociedade civil organizada;
- os empresários;
- as regiões fronteiriças, bem conhecidas e bem identificadas;
- os meios de comunicação;
- o sistema educacional;
- o sistema integrado das ações de saúde; e
- desenvolvimento de um sistema de pesquisa e tecnologia.

Calendário Provisório das Reuniões Preparatórias do SGT-11 "Saúde"/ MERCOSUL

24 a 26/ março	Oficina interna de trabalho dos profissionais de saúde, coordenada pelo gabinete do Ministro da Saúde
	Coordenação Nacional do SGT nº 11 – Saúde/Mercosul
	Assunto: elaboração do documento base de subsídios ao "Seminário para Construção dos Serviços Integrados de Saúde no Mercosul"
	Local: OPAS/OMS – Representação no Brasil
29/mar	Reunião para consolidação do documento base da oficina interna de trabalho para o "Seminário para Construção dos Serviços Integrados de Saúde no Mercosul"
	Local: OPAS/OMS – Representação no Brasil
31/mar	Reunião do GT Interministerial, para realizar o "Seminário para Construção dos Serviços Integrados de Saúde no Mercosul"
	Assunto: preparação do referido seminário
	Local: Edifício Sede do Ministério da Saúde, 4º andar, sala 405
5 e 6 / abril	1º Seminário Nacional para Estruturação dos Serviços Integrados de Saúde do Mercosul – SIS – Mercosul Assunto: realização do seminário
	Local: Rio de Janeiro – Hotel Guanabara Palace
29/abr	Reunião do GT para consolidação dos documentos da oficina "Integração das Ações de Saúde nas Fronteiras Físicas do Mercosul", o SIS- Mercosul e o 1º Seminário "Estruturação dos Serviços Integrados de Saúde do Mercosul", o SIS-Mercosul.
	Local: Edifício Sede do Ministério da Saúde, 4º andar, sala 405.
De 10 a 14 de maio	XXII Reunião Ordinária do SGT nº 11 – Saúde, a ser realizada em Buenos Aires, sob a Presidência *Pró Tempore* da Argentina com: a Coordenação Nacional do SGT nº 11 Saúde, comissões, subcomissões e grupos *ad hoc* a serem definidos Local: Buenos Aires, endereço a ser definido
20 de maio	Reunião do GT para consolidação da Proposta do Seminário Internacional "Estruturação dos Serviços Integrados de Saúde do Mercosul", o SIS – Mercosul
	Local: Edifício Sede do Ministério da Saúde, 4º andar, sala 405
27/maio	Reunião de avaliação e desencadeamento do plano de trabalho para o 2º semestre de 2004 – Presidência *Pró Tempore* do Brasil – PPTB
	Assunto: avaliação da XXII Reunião Ordinária do SGT nº 11 Saúde e Programação das Atividades para o 2º Semestre, sob a Presidência *Pró Tempore* do Brasil – PPTB
	Local: sala a ser definida
24 de junho	Reunião do GT para consolidação da proposta do Seminário Internacional "Estruturação dos Serviços Integrados de Saúde do Mercosul", o SIS – Mercosul
	Local: Edifício Sede do Ministério da Saúde, 4º andar, sala 405.
08 de julho	Reunião do GT para consolidação da proposta do Seminário Internacional "Estruturação dos Serviços Integrados de Saúde do Mercosul", o SIS – Mercosul
	Local: Edifício Sede do Ministério da Saúde, 4º andar, sala 405
23 a 25 de agosto	Seminário Internacional para Construção dos Serviços Integrados de Saúde no Mercosul

Obs.: Agenda criada pela Coordenação Nacional do SGT nº 11 Saúde/ Mercosul Brasil (AISA/MS).

4. A INTEGRAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE QUE ATENDEM A POPULAÇÃO FRONTEIRIÇA DOS PAÍSES DO MERCOSUL – SIS – MERCOSUL

Edmundo Gallo

Diretor de Investimentos e Projetos Estratégicos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde do Brasil (DIPE/SE/MS) e Doutorando em Saúde Pública – FIOCRUZ-RJ.

Laís Costa

Assessora da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (DIPE/SE/MS), Gerente do SIS-MERCOSUL na DIPE e Mestre em Development Studies pela London School of Economics and Political Sciences (LSE).

Adnei Moraes

Assessor da Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos (DIPE/SE/MS) com Especialização em Medicina Ocupacional, pela Unicamp e Psiquiatria pela UnB.

1. Introdução

Os municípios de fronteira do Brasil têm tido grande dificuldade em prover os seus munícipes de atenção integral à saúde conforme preconizada pela Constituição Federal. A falta de recursos humanos especializados, a insuficiência de equipamentos para realização de procedimentos de média e alta complexidade e a distância entre os municípios e os centros de referência são as principais justificativas apresentadas.

As mesmas dificuldades têm sido observadas nos países que fazem fronteira com o Brasil, gerando uma movimentação das populações ali residentes em fluxos, ora num sentido ora em outro, na busca de melhor oferta de ações e serviços de saúde. Essa mobilidade tem gerado grandes dificuldades para os prefeitos e gestores de saúde dos municípios brasileiros, bem como para as autoridades dos países vizinhos, além de previsíveis problemas diplomáticos e de saúde pública. Há muito tem-se procurado resolver estes problemas sem suficiente êxito, principalmente em função de obstáculos jurídicos e operacionais.

Entendendo o caráter político estratégico de integração das fronteiras e que o desenvolvimento do setor saúde deve também ser planejado tendo em vista sua qualidade propulsora de desenvolvimento sustentável, os países decidiram priorizar a busca de uma solução para o problema. Propôs-se a criação de uma ferramenta eficaz de integra-

ção da saúde nas fronteiras, o SIS – MERCOSUL, que possibilite a integração da oferta de serviços prestados, racionalizando a organização e utilização dos recursos referentes à atenção à saúde na fronteira. Esse instrumento proporcionará melhoria da qualidade de vida ao racionalizar a oferta otimizando a infra-estrutura instalada em seu espaço de cobertura. Nesse sentido, o SIS contribuirá para o processo de sedimentação da integração regional, tido hoje como um impulsionador à eficácia das políticas desenvolvimentistas.

Este artigo traz uma breve reflexão sobre as possibilidades e barreiras à execução de uma ação integradora de saúde nas fronteiras. Para tanto, apresenta o histórico da motivação da criação do SIS e sua importância político-econômica e social. A seguir trata de apontar os principais avanços esperados em decorrência dessa ferramenta de integração, acompanhada da exposição acerca das dificuldades intrínsecas a esse processo de integração e, por fim, são sugeridas algumas linhas de ações que podem ser, no curto prazo, implementadas. Este trabalho pretende figurar como um convite a debate mais aprofundado sobre as possibilidades de ações que levem à integração dos sistemas.

2. Histórico/Motivação

A inserção soberana, a consolidação do MERCOSUL e da integração da América do Sul estão entre as prioridades do governo brasileiro. Isso se deve ao entendimento de que uma política externa mais articulada tende a fortalecer as nações envolvidas. Políticas integradas podem beneficiar a especialização, melhoria de competitividade, ganhos de escala das nações, e fortalecê-las ante o cenário político-econômico mundial. No caso específico de países da América do Sul, marcados por pobreza e desigualdade, ações integradas podem ser planejadas para reverter essas desigualdades, uma vez que catalisam o desenvolvimento local, tornando sustentável o crescimento ao longo do tempo.

Políticas integradas são particularmente importantes quando se verifica que, em um mundo globalizado, países menos competitivos são muito mais suscetíveis - qualitativa e quantitativamente - aos efeitos causados por choques econômicos, ocasionando intensos prejuízos ao investimento na rede social. Uma motivação importante para a integração, que deve ser baseada na solidariedade, na cooperação, no crescimento conjunto, é justamente o fortalecimento dos países para que possam estar menos vulneráveis às crises externas. Políticas desenvolvimentistas que não se justificam por falta de escala, por exemplo, poderão ser empreendidas em contexto regionalizado.

Vale enfatizar que o processo de integração é lento, uma vez que demanda diversos acordos e harmonizações que precisam ser construídos ao longo do tempo. Isso, no entanto, não influencia o fato de que gestores das fronteiras já compartilham ações e que populações que se deslocam diariamente utilizam-se de serviços em países vizinhos.

Nesse caso, a realidade cotidiana impõe-se às restrições legais vivenciadas por pessoas que vivem em regiões de fronteira.

Essa imposição de uma solução conjunta é particularmente visível no setor saúde, uma vez que:

- doenças comunicáveis e desastres naturais não respeitam fronteiras (PAHO, 2002);
- estruturas de média e alta complexidade demandam organização de entrada e escala de uso;
- diferenciações no padrão de qualidade e no escopo da atenção ofertada estimulam migrações para uso de serviços nos países vizinhos;
- utilização dos serviços por parte de populações estrangeiras à nação ofertante, representada pelo fluxo informal da demanda, geram sub-registros e dificuldade de planejamento das ações;
- peculiaridades das fronteiras, como, por exemplo, a magnitude da população móvel marcada pelo tráfico, prostituição, contrabandos, deslocamento de caminhoneiros, impactam substancialmente a saúde da população; e
- o caráter de intersetorialidade da saúde torna-a afeta ao desenvolvimento e qualidade da infra-estrutura de demais setores (saneamento, educação, condições de trabalho, voz política etc.).

Não fosse saúde sinônimo de qualidade de vida, ainda assim a busca da eficiência deste setor teria que ser prioritária, dado que o setor saúde é considerado como inquestionável indutor desenvolvimentista. De acordo com Costa (2004), "o desenvolvimento desse setor é ferramenta também importante ao aumento da inclusão social no país; é estratégico para a soberania do Brasil; para sua autonomia tecnológica – ou ao menos para a diminuição da lacuna tecnológica hoje existente; é capaz de impulsionar desenvolvimento sustentável e integrado; e está diretamente relacionado com o combate à pobreza."

Dada a histórica vulnerabilidade da população de fronteira e as características do setor saúde, torna-se evidente que há, em particular para essas populações fronteiriças, urgência de uma política externa mais articulada, um planejamento integrado, uma vez que quando o município vizinho é também de país vizinho, barreiras diplomáticas, legais, econômicas e sociais se interpõem ao planejamento conjunto. Entende-se que o êxito no processo de harmonização é paralelo à necessidade de organizar a saúde nas fronteiras uma vez que "a harmonização de protocolos e ações de vigilância não serão, necessariamente, convergentes com a organização dos serviços" (Dain, 2004).

Diversas ações visando a equacionar a situação vulnerável dessa população foram empreendidas. A despeito delas, as populações têm tido dificuldade de acesso ao siste-

ma e à atenção integral. Para piorar, as iniqüidades observadas na distribuição dos recursos de saúde afetam desproporcionalmente as populações de fronteira, uma vez que a organização de sistema de referência e contra-referência fica impossibilitada por barreiras físico-políticas a serem transpostas, programas de imunização ficam prejudicados pela falta de articulação com a nação vizinha e a precariedade da qualidade de vida da maior parte da população fronteiriça impacta substancialmente a saúde destas pessoas.

Vale enfatizar ainda o forte apelo social do SIS, uma vez que atualmente, em função da organização mundial do setor saúde, a oferta de serviços na área, assim como acessibilidade aos medicamentos, não necessariamente atendem a demanda observada na região[1]. Com a integração proposta pelo SIS, os Sistemas de Saúde dos países se fortalecem conjuntamente através, inclusive, da adequação de escala, podendo aproximar a oferta da real demanda da população.

Ademais, independente de um cidadão morar em um país, seu acesso mais racional pode ser em país vizinho. Moraes e Costa (2003) ilustram com exatidão esta situação: "Um triste exemplo desta realidade refere-se à existência de dez pacientes residentes no município de Quaraí-RS e dependentes de hemodiálise têm que viajar 120 km até Santana do Livramento, três vezes por semana, para receber tratamento. Fora o desconforto físico que este procedimento gera para o paciente, é fácil observar que nesta rotina de tratamento, este cidadão é impossibilitado de trabalhar e acaba marginalizado da vida sociocultural da comunidade. Uma solução racional, seria que estes mesmos dez pacientes atravessassem a ponte que leva a Artigas, no Uruguai, onde o mesmo tratamento está disponível. Neste caso, o deslocamento tomaria dez minutos da vida de cada um destes pacientes."

Na maioria das vezes, e por questões diversas, é absolutamente impossível para o gestor municipal adquirir equipamentos ou contratar recursos humanos para atender a sua demanda, tanto pela falta de recursos, como pela dificuldade em contratar especialistas. Esta situação é agravada quando o município é de difícil acesso, possui frágil atividade econômica, pouca atratividade social ou quando seu porte é pequeno. Na prática, a integração dos países fortalecerá ainda o poder de indução desenvolvimentista do Estado, em especial na região fronteiriça, em função de seu poder de compra, podendo levar à reversão parcial do quadro acima citado.

Reconhecendo, portanto, a importância e urgência de equacionar a situação vivida nas fronteiras do MERCOSUL, foi encomendado, em reunião do SGT nº 11 – Saúde, em seminário de planejamento em 2003, que o Brasil fizesse uma reflexão inicial sobre o

1 As pesquisas em saúde são majoritariamente voltadas para tópicos de interesses de países mais ricos que dominam o P&D de saúde mundial, por exemplo.

tema para que, posteriormente os países elaborassem conjuntamente um acordo que permita a necessária integração organizativa do sistema.

3. SIS – MERCOSUL

A urgência da melhoria da qualidade de vida das populações fronteiriças aliada à da consolidação da integração regional levaram a que se pensasse na criação de uma ferramenta para auxiliar o processo de gestão supranacional, cujo objetivo é garantir maior agilidade às respostas do sistema de saúde à população, em paralelo aos avanços no plano diplomático para a harmonização. A idéia é equacionar questões políticas e administrativas da atenção entre países vizinhos, planejar o atendimento racionalizando-o dentro de espaço geográfico, e investir onde haja ausência de recursos permitindo integralidade e resolutividade da atenção.

Na realidade, já existe um conjunto de ações e práticas informais em curso, e apenas o planejamento conjunto dessas ações hoje praticadas melhoraria sobremaneira a qualidade da atenção prestada e a integração dos processos regulatórios.

Essa ferramenta visa, portanto, a atender a necessidade de assistir integralmente, melhorar a eficiência da organização e o custo–efetividade da aplicação dos recursos, e, principalmente, atender a população com histórica dificuldade de acesso.

Os principais méritos do SIS podem ser resumidos assim: a racionalização da oferta que poderá ser planejada e reorganizada de acordo com a territorialidade; a especialização do sistema de acordo com a expertise característica de cada região envolvida; a regulação das relações e ações hoje existentes; a definição da forma e critérios de ressarcimento pelo uso compartilhado do sistema; a abertura de novas possibilidades de financiamento (públicos e privados); aumento do impacto das políticas na busca de objetivos comuns (políticas integradas apresentam efeitos proporcionalmente maiores); e impressão de transparência na definição de nortes e em sua gestão incrementando a participação social e cooperação entre os Estados membros do MERCOSUL.

O SIS representa a necessária possibilidade de tornar sustentáveis as ações de saúde nas regiões fronteiriças, uma vez que permitirá seu planejamento, possibilitado pela detenção de conhecimento acerca dos usuários e recursos dos sistemas e pela definição da origem e composição de seu financiamento. Além disso, é fundamental para a sustentabilidade do SIS embasar juridicamente as ações hoje praticadas, equacionando as questões diplomáticas e as necessidades de saúde, assim como a capacidade de custeio e a estabilidade no fluxo de financiamento.

O SIS – MERCOSUL concebe ainda uma resposta à agenda política das nações envolvidas, dado que representa um avanço no combate à pobreza, fortalece o processo de integração regional, enfatiza o desenvolvimento local[2], a inclusão social (proverá acesso, fortalecimento econômico e político), promove a melhoria dos indicadores de desenvolvimento humano, representa novo potencial de captação de recursos, a racionalização necessária para os países do MERCOSUL da utilização dos recursos humanos, financeiros e dos equipamentos.

Vale sinalizar que a expectativa é de que o SIS – MERCOSUL seja concebido como um processo, combinando ações de curto, médio e longo prazos, sejam elas voltadas a ações de transfronteirização ou de harmonização[3], sejam elas unilaterais ou multilaterais. A perspectiva é de fornecer resposta objetiva e prática aos gestores e à população local, sem que para isso seja necessário aguardar por processos que exijam um amadurecimento político-institucional mais demorado, criando assim condições de viabilidade e factibilidade para estes últimos.

4. Desafios

Entretanto, muitos são os desafios para a elaboração da ferramenta em questão. A manutenção, garantia e padronização da qualidade da atenção são dificultados pela incompatibilidade dos sistemas de informações, prejudicando o monitoramento das ações, e pela morosidade característica dos processos de harmonização e por distinções na capacidade de financiamento dos quatro países em questão. Planejar ações conjuntas requer uma ampla e nada fácil definição acerca de como será composto o financiamento dessas atividades. A própria natureza da ação a ser planejada pode ser essencialmente contraditória de um país para outro. Há países que compartilham do senso mais comum de que, sem forte e organizada participação da sociedade civil, perde-se qualidade no resultado das políticas públicas. A experiência brasileira no consorciamento de municípios para o alcance de um objetivo comum, por exemplo, mostrou-se mais eficiente e sustentável ao longo do tempo quão mais participativa e ascendente tenha sido sua administração e planejamento.

A frágil qualidade e falta de sistematização das informações colhidas também dificultam o conhecimento da realidade, o que impacta negativamente a capacidade de focalização das políticas públicas. Essa é, inclusive, uma ocasião estratégica para se pensar

2 Isto se deve ao forte impacto que ações em saúde exercem sobre o desenvolvimento da economia local. Caso o SIS seja planejado com esta vertente desenvolvimentista este impacto será ainda mais visível.

3 A harmonização refere-se à compatibilização dos protocolos e das ações de vigilância epidemiológica e sanitária e transfronteirização, à reorganização da atenção à saúde em bases regionais, a partir das necessidades da população da região (Dain, 2004).

na comunicabilidade e eficiência dos sistemas de informações dos países, uma vez que no momento os países estão planejando reformas em seus sistemas de informação. Protelar esse debate implicaria dificuldades e custos diversos no futuro.

A integração e compatibilização dos sistemas de informação apresentam-se, vale enfatizar, como um sério nó crítico à evolução do SIS-MERCOSUL, especialmente porque, de acordo com Reis (2004), para planejar atividades de integração há a necessidade prévia de identificação de: a) equipamentos, serviços e fluxos de usuários existentes; b) recursos ociosos e sobrecarregados; e c) necessidade e priorização da implementação de novos serviços.

A diferença entre os sistemas de saúde dos quatro países é outra questão que age como um dificultador à integração: o Brasil, por exemplo, é o único país a ter um sistema público universal. Ademais, de acordo com a experiência internacional (Dain, 2004), a integração do sistema de saúde de uma nação com os demais cuja qualidade seja diferente tende a impactar negativamente a qualidade da atenção daquele país. Outra questão abordada pela autora refere-se ao impacto sobre a gestão local da integração dos sistemas: a substituição conjunta de uma tecnologia por outra mais moderna apresenta, para alguns gestores, custo–benefício negativo.

A definição das localidades envolvidas também é crítica para a constituição do SIS, uma vez que a base territorial é que definirá o planejamento regionalizado. O respeito à soberania dos países e à autonomia municipal (art. 18 da CF-88) é outra questão delicada. Essa integração somente será eficiente através da construção de metas conjuntas baseadas na solidariedade entre os países do MERCOSUL, na diminuição das diferenças e na busca da equidade.

Possíveis tensões causadas pela incompatibilidade temporária das prioridades de processos estruturais de harmonização e estruturadores de serviços nas fronteiras podem prejudicar a governança do SIS. É importante que essa ferramenta seja pouco suscetível às mudanças políticas observadas no país e, a exemplo do consorciamento intermunicipal, as ações do SIS terão que representar a vontade de todos os países que o compõem, mesmo que isso restrinja, inicialmente, o escopo dessa ferramenta de apoio à gestão.

Por fim, diferenças e desarmonia entre o arcabouço jurídico dessas quatro nações apresentam-se como um problema central a ser resolvido. Nesse sentido, a experiência sugere que acordos bilaterais, a exemplo do acordo fronteiriço assinado entre o Brasil e Uruguai recentemente (14 de abril de 2004), permitindo que mais de 700 mil pessoas que vivem próximas às fronteiras desses países possam "morar, estudar trabalhar e ter acesso aos serviços de ambos os lados" (Reuters), podem ajudar a estreitar a relação entre os países, contribuindo para a consolidação do processo de integração do MERCOSUL[4].

4 Em que pesem alguns efeitos colaterais preocupantes, é inquestionável o passo significativo em direção à consolidação do bloco regional.

5. SIS – MERCOSUL – soluções possíveis

Analisando o contexto em que se insere essa integração, com enormes diferenças entre os sistemas de saúde, pouca transparência das ações necessárias, falha na qualidade das informações, excesso de demanda pressionando o sistema, incompatibilidade entre a necessidade de se organizá-lo e morosidade característica dos processos de integração, entendeu-se que a organização da atenção à população fronteiriça deve se dar em horizontes distintos. Nesse caso, a organização da atenção na fronteira não será reflexo de um sistema harmonizado e sim representará um processo paralelo e ao mesmo tempo organizador e propulsor desta harmonização.

Uma iniciativa importante do SIS seria a regulamentação do que hoje existe. Deverão ser identificadas as ações que atualmente são intercambiadas e a elas deverá ser conferida legitimidade jurídica. Essa iniciativa por si só apresenta caráter indutor de organização do sistema: ao mapear a situação existente e os usuários do sistema, começa-se a ter informações necessárias a planejamentos de horizonte mais longos.

Os Ministérios da Saúde podem condicionar, por exemplo, aumentos de recursos, seu desembolso ou cooperação técnica à melhoria da informação coletada sobre os usuários das fronteiras. Simples ajustes na qualidade de informação – que permitam considerar o fenômeno da transitoriedade e migração existente nos critérios de financiamento e repasse – poderão melhorar a capacidade de oferta. Na realidade, a questão do financiamento é uma questão chave do SIS. Conquanto sua solução definitiva exija um longo processo reflexivo, pode ser entendido que, no curto prazo, a simples superação do estrangulamento no financiamento de determinados municípios que atendem populações fronteiriças já imprime melhorias ao planejamento da atenção nestas localidades.

Uma alternativa seria, por exemplo, aumentar o teto financeiro dos municípios de fronteira em função da população de referência e não apenas daquela residente, vinculando percentuais desse teto a algumas metas pactuadas na área de atenção e vigilância, a estratégias de registro de usuários e captura de informações e integração de sistemas e, finalmente, à capacitação nessas áreas[5].

De toda forma, caso não haja condições de aumentar o aporte financeiro a esses municípios, só o reconhecimento da realidade já abre novas possibilidades de planejamento regional do sistema e de instalação de tecnologias mais avançadas em função de escala real de uso.

Um outro ponto que é consensual e central para a implementação do SIS, e que também não

5 A materialização dessas ações se daria por meio da adesão dos municípios ao SIS – MERCOSUL, através do compromisso com um conjunto de ações e metas pactuadas, que poderiam implicar recebimento de transferências financeiras fundo-a-fundo, nos moldes do PAB-Variável e do selo "Município SIS – MERCOSUL", identificando serviços e unidades.

depende de avanços nos processos de harmonização, é o conhecimento das condições de saúde da região, assim como da disponibilidade de recursos físicos e humanos sem os quais fica dificultada a verificação da compatibilidade e quantidade dos objetivos comuns. Além desses, os objetivos de cada nação quanto ao desenvolvimento do setor saúde também estão afetos às suas capacidades de financiamento e ao que é prioritário como investimento público. Todas estas questões têm que ser claramente apresentadas, sob pena de impossibilitar a pactuação e visualização do norte do processo de integração. Somente assim poder-se-á elaborar proposta cuja operacionalização seja mais eficiente no uso dos recursos disponíveis.

A realização desse conhecimento tem potencial impulsionador da melhoria da qualidade gestora local, o que gerará melhor qualidade da atenção prestada e da capacidade de planejamento das ações necessárias. Merece menção a importância da disseminação das diversas iniciativas relacionadas às fronteiras[6], instrumento importante de aprendizado para a gestão local.[7]

Por fim, a importância do fortalecimento imediato da integração das fronteiras refere-se à sua competência no desenvolvimento da capacidade reguladora do sistema, do controle sobre seus custos e da indução de ondas de desenvolvimento econômico e social loco-regional.

Essas soluções sugeridas para o curto prazo não primam por seu caráter inovador, e sim por sua capacidade de induzir a ordenação do sistema. Além disso, trazem consigo grande força política[8], devendo, portanto, figurar como prioridade na execução das ações integradoras nas fronteiras.

Vale considerar também que é de extrema relevância para o desenvolvimento de quaisquer ações no sentido de integrar os sistemas de saúde, o conhecimento do arcabouço legal de saúde que envolve os quatro países, assim como a definição de que localidades serão, e as que já são beneficiadas diretamente. Ademais, o conhecimento de detalhes sobre a forma em que se desenvolveram estas regras legais e o estado da arte da legislação internacional que trata do tema é importante a potencial efetividade e eficácia do acordo a ser elaborado. Guardadas as diferenças entre os blocos, pode-se aprender tanto com o desenvolvimento do MERCOSUL, quanto com experiências de integração de demais países[9], e em particular da União Européia, a experiência em estágio mais avançado. Claro que a aplicabilidade não é direta, mas serve como exercício de reflexão.

6 A iniciativa do grupo técnico da Itaipu Binacional (GT Itaipu Saúde na Fronteira), por exemplo, pode ser uma fonte de aprendizado no processo de integração das fronteiras. Há, no anexo deste livro, um resumo dessa experiência.

7 Nesse sentido, sugere-se a utilização do site www.saudemercosul.org / www.saludmercosul.org, como um canal para a disseminação e atualização das ações de integração da saúde entre os quatro países.

8 A vontade política dos quatro países, adicionada daquela específica dos governos subnacionais envolvidos, passa a ser um impulsionador para a realização das investigações em questão.

9 Para maior detalhamento recomenda-se recorrer às publicações da OPAS, que vem desenvolvendo uma série de estudos sobre o tema.

Através dessas informações e desses primeiros passos, que não implicam quaisquer interferências no processo de harmonização[10] – podendo ter, portanto, sua velocidade própria –, já estará sendo dado um passo realista em direção à integração das ações de saúde.

Vale enfatizar que, de acordo com a experiência brasileira, no caso a experiência de consórcios intermunicipais, a sustentabilidade dessa ferramenta vem sendo diretamente relacionada com a forma em que se deu a união dos municípios. Dessa forma, normalmente os consórcios estabelecidos a partir de cooperação que já existia, ou por demandas exclusivas dos municípios, mostraram-se sustentáveis ao longo do tempo e pouco suscetíveis a tornarem-se frágeis em função de mudanças de governos.

A tradução dessa experiência para a proposta supracitada será a impressão de racionalidade à prática de saúde, através de uma ferramenta sustentável ao longo do tempo. Servirá não somente à melhoria da eficiência e regulamentação do que já existe na prática, como também para desenvolver a relação institucional entre municípios de países diversos, o que facilitará sobremaneira a implantação da integração das demais ações a comporem este sistema.

Além da normatização e organização das ações existentes na atualidade, sugere-se, da mesma forma, a criação de linhas de financiamento para melhoria da capacidade de gestão das secretarias municipais de saúde, a exemplo do PMAT, programa do BNDES lançado para a melhoria da eficiência da administração tributária municipal[11]. A melhora da eficiência gestora foi rapidamente observada, nesse caso através de melhorias quase imediatas na arrecadação tributária, permitindo, inclusive, a devolução do empréstimo em curto espaço de tempo. A proposta do PMAT, em suma, era a apresentação de uma cesta de ações entendidas como necessárias à melhoria da administração municipal no tocante à arrecadação, que eram comuns a todas as secretarias fazendárias municipais, a despeito da heterogeneidade dos municípios brasileiros. Essas diferenças intermunicipais eram respeitadas através de uma faixa de composição de investimento por ação, variável de acordo com as necessidades e peculiaridades de cada município. No caso específico das SMS, pode-se em primeiro momento sugerir a criação de uma linha de empréstimos direcionados à seguinte "cesta" de ações:

- melhoria dos sistemas de informação;
- criação de uma sala situacional inserida em seu contexto regional;
- definição e monitoramento de metas de atenção e vigilância à saúde;
- controle e avaliação dos prestadores de serviços próprios e contratados; e
- capacitação de pessoal e melhoria da capacidade gestora.

10 Simplesmente melhorarão a eficiência e regulamentarão relações já legitimadas.

11 A idéia é aproveitar as experiências exitosas da administração pública. Em tempo: o BID também lançou programa com o mesmo intuito que o PMAT, voltado aos estados, o PNAFE e aos municípios, o PNAFM.

Essas cinco iniciativas já são capazes de exercer impacto relevante para a realização de melhoria de qualidade e do custo–efetividade das ações em saúde. Pode-se também aproveitar para condicionar os desembolsos à prestação de informações e a relatórios situacionais, por exemplo. As externalidades positivas dessas melhorias de gestão apontam para a qualificação do gasto e da atenção à saúde e maior visibilidade das realidades, permitindo a construção de um sistema regionalizado a partir de maior base de informações e unidades gestoras mais eficientes.

Pode-se pensar em iniciativas diversas nesse sentido, ou seja, o estímulo e desenvolvimento de projetos que não dependam do avanço da harmonização, que, pelo contrário, contribuam para o mesmo.

6. Considerações finais

A importância da integração regional e do desenvolvimento do setor saúde, dadas suas características de indução ao desenvolvimento social e econômico, vem atraindo a atenção para o processo de harmonização das ações de saúde entre os países do MERCOSUL. Paralelamente a isso e consideradas as peculiaridades da saúde, a inobservância da existência de fronteiras quando o tópico refere-se a doenças comunicáveis, desastres ambientais e necessidade de organizar e racionalizar a atenção, os países reconheceram a importância de estruturar os serviços de saúde que atendam a fronteira, como algo integrante ao processo maior de harmonização dos sistemas.

Na prática, muitos desses municípios de fronteiras, marcados pela pobreza e escassez de serviços, têm como solução única para provisionar bens e serviços sociais, a união com municípios e equivalentes vizinhos, sendo eles ou não do mesmo país. A questão é que, como não há base legal para essa parceria, ações informais acabam sendo a solução disponível para assistência local, o que gera distorções diversas aos sistemas, dentre elas fragilidade de financiamento, sobrecarga sobre os recursos humanos, tecnológicos e financeiros dos municípios "exportadores líquidos" de ações de saúde, má qualidade dos sistemas de informação e dificuldade de monitorar a qualidade e eficiência das ações desses acordos informais, para citar alguns problemas.

Este artigo defende que seja planejada a organização dos serviços nas fronteiras e que sejam implementadas ações que independem do processo de harmonização, em particular aquelas já em execução.

Não há intenção, sob qualquer hipótese, de subestimar a importância do processo de harmonização e nem se pretende advogar que o SIS deva se restringir à normatização das ações já existentes. O que se almejou demonstrar aqui é que a integração dos serviços

na fronteira pode e deve ser planejada paralelamente, ainda que de forma contextualizada, ao processo de harmonização.

As considerações feitas e as sugestões acima citadas refletem a necessidade de se operacionalizar a integração de ações em fronteira no curto prazo, especialmente considerada a situação precária hoje vivida pelas populações fronteiriças e a capacidade de reversão desse quadro que o desenvolvimento do setor saúde representa. Trata-se de encaminhamento necessário e que consegue coexistir com a falha e falta de qualidade da informação disponível para e pelos países envolvidos.

Vale, entretanto, enfatizar que se entende a importância, ao longo do tempo de:

- planejar um sistema de referência e contra-referência que permita integralidade e eficiência no acesso a todos os usuários potenciais, independente do país de residência;
- estruturar e tornar eficiente os serviços de urgência e emergência;
- utilizar a promoção à saúde na busca da equidade;
- estimular a criação de uma escola de saúde supranacional que trate da saúde desta região de forma diferenciada, enfocando os sistemas dos quatro países e os problemas locais (formação especializada no bloco e não identificada com um ou outro país especificamente);
- estimular projetos de treinamento conjuntos e mudança de modelo das escolas de saúde hoje existentes, considerando a realidade e a cultura dos países;
- pensar na construção de cartão de identificação do usuário e de ordenamento conjunto das informações coletadas dos serviços de saúde, permitindo o acompanhamento do quadro clínico do paciente e o atendimento baseado em evidência, entre tantas outras necessárias ações;
- planejar a criação de fundos específicos ao desenvolvimento do SIS –MERCOSUL, à luz da experiência do PMAT e de experiências bem-sucedidas da capacitação gestora do sistema, fundos voltados para o desenvolvimento local etc[12] .

As ações para o médio e longo prazos deverão sempre ser pactuadas e divulgadas de modo que se possam direcionar as iniciativas e desenvolver a estrutura necessária à realização das metas ao longo do tempo. Sem o devido planejamento, não se alcança a eficiência e a racionalidade, ou a qualidade e o bem-estar, demanda motivadora dessa ferramenta de apoio à gestão.

[12] Pode-se ainda, em médio prazo, planejar um fundo que funcione como um sistema de compensação financeira das ações previstas. A experiência trazida por essa iniciativa poderá construir bases para a elaboração de um fundo com o intuito de promover a atenção à saúde nas fronteiras, capaz de captar e administrar recursos públicos e privados, apoiar a equiparação da qualidade dos sistemas, atrelar parcela de repasse de recursos à pactuação de indicadores de desempenho, coordenar uma câmara técnica para atrelar o desenvolvimento do sistema ao desenvolvimento local, promover ações que visem ao intercâmbio de informações e prover assistência técnica para a preparação, financiamento e execução dos projetos a serem implementados nas fronteiras.

Como um evento subjetivo, mas embasado no real, uma cultura supranacional se constrói através das práticas cotidianas geradoras de símbolos universalmente reconhecidos e adotados. Políticas públicas que partam dessa base têm possibilidade de ser mais efetivas tanto para a solução dos problemas cotidianos, quanto para a construção desde novo imaginário, difícil de ser desenvolvido, mas imprescindível a nosso futuro.

7. Referências

COSTA, L., **Agenda Estratégica Nacional e o Ministério da Saúde: a importância da construção de um Plano Nacional de Saúde democrático**. Brasília: Ministério da Saúde, Mimeo. 2004

DAIN, S., **Subsídios para a Formulação de um Sistema de Integração dos Modelos de Prestação de Serviços de Saúde no MERCOSUL e suas Regiões de Fronteira: harmonização e transfronteirização dos sistemas de saúde**. Brasília, Mimeo. Março, 2004.

MORAES, A. P. , COSTA, L. **Consórcio Internacional de Saúde do MERCOSUL: documento inicial para discussão**. Brasília: Mimeo. Novembro, 2003.

PAHO, 2002. **Partnerships for Better Health in the Americas**. Washington, D.C.: Pan Americam Health Organization – PAHO, 2002.

REIS, G. A. **Experiências Brasileiras de Parcerias entre Municípios na Busca de Organizar, Racionalizar e Qualificar a Assistência à Saúde**. Brasília: Mimeo. Março, 2004.

5. INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS FÍSICAS DO MERCOSUL

Coordenação Nacional do SGT nº 11 "Saúde" / MERCOSUL – Brasil

PROGRAMAÇÃO PARA O "SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS FÍSICAS DO MERCOSUL"

Propostas do Grupo 1

LOCAL: Brasília/Foz do Iguaçu/Porto Alegre (observando-se que nos municípios fronteiriços os custos de deslocamento serão menores)

PERÍODO: agosto/2004

OBJETIVOS

GERAL

- Subsidiar a Integração das Ações de Saúde nas Fronteiras Físicas do MERCOSUL, estabelecendo o grau de prioridade de cada uma e as estratégias operacionais necessárias.

ESPECÍFICOS

- Inserir nas agendas políticas dos dirigentes dos Estados partes o pacto da Integração das Ações de Saúde nas Fronteiras Físicas do MERCOSUL.
- Definir prioridades de atendimento nas diversas áreas do setor saúde.
- Propor instrumentos e mecanismos que viabilizem a integração operacional e de gestão.

PÚBLICO ALVO: foi estabelecido o limite de 100 pessoas por país ou total, pois foi considerada a questão dos custos. O Brasil já havia proposto financiar dois participantes de cada país. Aventou-se a possibilidade de cada instituição brasileira financiar representantes de suas contrapartes dos demais países. Também é possível solicitar apoio do município e do estado que sediarem o evento.

Representantes das instituições dos Estados partes do MERCOSUL – Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai – e dos Estados sócios do MERCOSUL – Chile e Bolívia:

- ministérios partícipes;

1 Resultados da oficina promovida pela Coordenação Nacional do SGT nº 11 "Saúde" / MERCOSUL – Brasil (Assessoria de Assuntos Internacionais do Ministério da Saúde).

- OPAS;
- municípios de fronteira;
- Estados partícipes e suas instâncias regionais;
- prestadoras de serviço e operadoras de planos de saúde;
- agências financiadoras e parceiros diversos (Comissão da Câmara de Deputados para assuntos do MERCOSUL, ABC, BID etc.);
- empresas produtoras de alimentos;
- conselhos de saúde;
- conselhos de profissionais de saúde.

TEMAS PROPOSTOS

- Vigilância em Saúde (Vigilância Sanitária – destaque para Alimentos/Produtos e Serviços/Vigilância Epidemiológica/Ambiente e Saúde e/ou Vigilância Ambiental);
- Prestação de Serviços (públicos e saúde suplementar);
- Tecnologia em Saúde;
- Recursos Humanos, com ênfase no exercício profissional;
- Aspectos Jurídico-Institucionais;
- Instrumentos de Integração;
- Investimentos;
- Interfaces da Atenção à Saúde;
- Situação das Aduanas.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

1. Desenvolvimento do seminário: cada país elaborará, preliminarmente, um documento contendo: análise da situação de saúde nas fronteiras, ações necessárias escalonadas por prioridades e a proposta de pacto, com definição de competências e atribuições de cada instância, com ênfase na necessidade de autonomia no nível local.

Durante o seminário esses três itens serão objeto de discussão em momentos diferentes:

- a análise da situação será discutida em plenária;
- as ações serão discutidas em grupos temáticos;
- o pacto será discutido em grupo específico, formado por pessoas com poder decisório e com assessoria jurídica e de relações exteriores.

Após o seminário serão realizadas oficinas locais e/ou regionais para concretização das ações na forma pactuada.

Existe a previsão de uma reunião em outubro para a assinatura do(s) pacto(s) entre os países.

2. Quanto ao documento de análise da situação de saúde, foi colocada a necessidade de padronizar a forma de apresentação dos dados, a fim de facilitar a apresentação e a própria discussão. Também é importante que cada país explicite o seu conceito de fronteira.

Foi proposto que a estrutura do referido documento se organize em três blocos:

- estágio atual (estrutura, agravos e indicadores);
- avanços; e
- desafios.

Houve polêmica se o detalhamento das informações deveria ser por municípios ou região/país, em função da dificuldade de resposta que tem sido encontrada em outros levantamentos já realizados. Por outro lado ressaltou-se a importância de se retratar a situação individualizada por município/região, com vistas à formalização de pactos locais. Há um trabalho de levantamento realizado por parte do Brasil (2002) que poderá servir de base para a análise atual. Além disso, existem levantamentos setoriais disponíveis nos diversos órgãos do governo federal.

3. Foi destacada a proposta de metodologia para análise de redes, que não fica inviabilizada com o levantamento aqui proposto.

Grupo 2 – Propostas para discussão da atenção à saúde no seminário em questão

1. VIGILÂNCIA EM SAÚDE

1.1 Vigilância Epidemiológica

Em relação ao documento de análise da situação atual:

Conforme já recomendado no *Estudo da Tríplice Fronteira*, a qualidade da informação e o levantamento do perfil epidemiológico para definição de prioridades sanitárias são questões fundamentais. Assim, no documento já acordado, a ser elaborado pelos quatro países, esses assuntos deverão constar na análise da situação de saúde das fronteiras, contemplando os seguintes itens:

- dados populacionais agregados por municípios, departamentos e similares, bem como fluxos migratórios entre as fronteiras;
- sistema de informações em saúde: forma de coleta e processamento dos dados, doenças e agravos objeto da vigilância; medidas de controle (suporte laboratorial, tratamento medicamentoso, sistema de notificação etc.); existência de sub-registros;
- equipe responsável: composição, habilitação dos profissionais, configuração do sistema operacional dos níveis de atuação; e
- cobertura e calendário vacinal, com explicitação das estratégicas de vacinação.

Propostas de integração:

- buscar a compatibilidade entre os sistemas de informação já existentes, bem

como a sua implantação onde ainda não existir, com definição conjunta dos processos de coleta e análise de dados;
- harmonizar os calendários vacinais e estabelecer ações conjuntas de vacinação;
- elaborar proposta conjunta de qualificação das equipes na operacionalização de todo o sistema de VE (rede de frio; aplicação de vacinas; investigação de casos; ações de bloqueio etc.); e
- garantir que os laboratórios de fronteira sejam retaguarda para as ações de Vigilância em Saúde (epidemiológica, sanitária e ambiental).

1.2 Vigilância Sanitária

Em relação ao documento de análise da situação atual:
- apresentar os dados sobre monitoramento de riscos em serviços de saúde (controle de infecções e de resíduos em serviços de saúde); saneamento ambiental (cobertura dos serviços coletivos) e avaliação das condições higiênico-sanitárias dos locais públicos;
- realizar levantamento de dados estatísticos sobre a circulação de viajantes e meios de transportes na região, com ocorrência de enfermidades de interesse da vigilância sanitária;
- identificar e avaliar a infra-estrutura dos meios de transporte que possam representar riscos sanitários à população;
- realizar o levantamento do perfil de saúde dos viajantes e dos trabalhadores dos meios de transporte, apontando o controle sanitário do viajante (medidas de controle do viajante frente aos alertas sanitários); e
- apresentar respostas às seguintes questões: existe controle sanitário nas atividades de comércio de alimentos ambulantes junto à área de fronteira? Existe vigilância sanitária nos terminais rodoviários, ferroviários (ônibus e trem)? Como se encontra a internalização das resoluções do GMC n° 34/01 (dejetos líquidos) e 30/03 (resíduos sólidos) nas áreas de fronteira? Quais as ações desenvolvidas em VS nos municípios fronteriços?

Propostas de integração:
- harmonização de normas e procedimentos com vistas à adoção de política comum de vigilância sanitária em região de fronteiras;
- elaboração de programa conjunto de capacitação profissional, objetivando não só a qualificação da equipe, mas, principalmente, a troca de informações e a adoção de providências concomitantes;
- adoção de atividades conjuntas de educação para a participação em saúde, dirigidas à população; e
- regulamentação sanitária do comércio transfronteiriço de subsistência.

1.3 Vigilância Ambiental (VA)

Em relação ao documento de análise da situação atual:

- situação atual da internalização das Resoluções que dispõem sobre o tratamento e controle de águas servidas e do manejo de resíduos em portos, aeroportos e fronteiras;
- existência e conformação do sistema de VA em cada país, com ênfase no controle de agrotóxicos;
- apresentação da forma de controle de vetores biológicos e pragas; e
- apresentação das ações desenvolvidas em VA nos municípios fronteriços.

Propostas de integração:

- adoção de política comum para VA baseada nos pressupostos já colocados no documento "Política Comum da América Central";
- promoção de estudos a respeito dos projetos de emergências elaborados pelo Uruguai e pelo Brasil, de forma a integrar suas propostas e aplicá-las nas fronteiras físicas do MERCOSUL;
- harmonização da legislação e das ações de controle de resíduos e da qualidade da água para consumo humano.
- estabelecer mecanismos de ressarcimento entre operadoras e entre estas e o serviço público; e
- promover troca de informações entre os países até que sejam implantados sistemas automatizados compatíveis.

2. ASSISTÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE

2.1 Prestação de Serviços

2.1.1 Públicos

Em relação ao documento de análise da situação atual:

- organização dos serviços de saúde, por nível de atenção (primária, secundária e terciária) e formas de gestão, com destaque para a oferta e as condições de acesso ao serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar e unidades de referência (em especial a hemodiálise, terapia intensiva e transplantes).

Propostas de integração:

- promover a compatibilidade entre os sistemas de informação referentes à prestação de serviços de saúde;
- assegurar os mecanismos de compensação financeira conforme propostas elaboradas pelo grupo 3; e
- adotar política comum de assistência à saúde mediante articulação entre as redes de serviços com processos acordados de referência e contra-referência.

2.1.2 Privados

Em relação ao documento de análise da situação atual:

- situação atual das operadoras de planos de saúde (organização de serviços nas áreas de fronteiras e inter-relacionamento com o gestor público);
- participação dos prestadores do setor privado na rede pública e junto às operadoras de planos de saúde; e
- necessidade de ênfase de ambos os documentos em: serviços de urgência/emergência, terapia intensiva, atenção hospitalar e referências (apoio diagnóstico).

Propostas de integração:

- estabelecer mecanismos de ressarcimento entre operadoras e entre estas e o serviço público; e
- promover troca de informações entre os países até que sejam implantados sistemas automatizados compatíveis.

3. RECURSOS HUMANOS

- formação e capacitação; e
- exercício profissional.

OBS.: Não houve detalhamento devido à ausência de profissional do setor no grupo 2.

Grupo 3 – Instrumentos de Gestão para Integração das Ações de Saúde em Fronteiras

VISÃO GERAL

É consenso que os Estados partes e associados do MERCOSUL necessitam aprimorar as questões referentes à atenção à saúde, tendo em vista que o MERCOSUL tem como uma de suas finalidades promover a integração regional dos povos. Além disso, a atual realidade aponta para a necessidade de realização de um estudo a fim de se estruturar um sistema viável de troca/prestação de serviços de saúde nas regiões de fronteira.

Recomendamos que sejam encaminhadas as seguintes medidas:

1. ASPECTOS JURÍDICO-INSTITUCIONAIS

A questão jurídico-institucional reside na necessidade de sustentação formal e legal do exercício de integração das ações de saúde nas fronteiras físicas do MERCOSUL.

Algumas ações deverão ser iniciadas a partir dessa organização legal. Outras serão legitimadas

por já serem parte dos procedimentos de relação entre os Estados fronteiriços.

Segundo a Constituição Federal do Brasil, em seu artigo 20, parágrafo 2°:

"A faixa de até cento e cinqüenta quilômetros de largura, ao longo das fronteiras terrestres, designada como faixa de fronteira, é considerada fundamental para a defesa do território nacional, e sua ocupação e utilização serão reguladas em lei."

Esse artigo deverá ser regulamentado por meio de lei complementar, que atualmente tramita, como projeto de lei, no Congresso Nacional e deverá necessariamente considerar os antecedentes da legislação brasileira sobre faixa de fronteira, bem como as resoluções incorporadas ao ordenamento jurídico nos quatro Estados partes do MERCOSUL.

É necessária uma harmonização jurídica com os demais Estados partes.

2. SITUAÇÃO DAS ADUANAS

As questões das aduanas do MERCOSUL têm gerado áreas de controle integrado que vêm trabalhando conjuntamente inclusive, no compartilhamento de espaços físicos e logísticos, o que não significa a implantação completa e eficaz do modelo proposto.

Além de outras medidas a serem definidas e propostas pelos setores diretamente ligados à atividade de fiscalização, há de se ressaltar a necessidade de realização das obras aduaneiras nos demais Estados partes.

Propor ampliação das ações da rede laboratorial de fronteiras, visando não apenas a Vigilância Epidemiológica, mas também o controle de qualidade e a identificação de produtos relacionados à Vigilância Sanitária e análises de Vigilância Ambiental.

3. FUNDO DE FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DO SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS FÍSICAS DO MERCOSUL

Além de um mecanismo importante de financiamento das ações integradas de saúde nas regiões de fronteiras do MERCOSUL, este fundo deverá ser fruto de um compromisso entre os Estados partes e, inicialmente, deverá ser decorrente de um diagnóstico das demandas existentes e da capacidade instalada.

As fontes de recursos poderão ser tanto públicas como também oriundas da contribuição de empresas localizadas ou com influência nas regiões de fronteira, bem como financiamentos de outros organismos internacionais.

No caso brasileiro, as contribuições do setor público seriam originárias das três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

O fundo será gerido por um colegiado com representantes de cada Estado parte, com sede fixa em um Estado parte que tenha melhor acesso.

Uma abordagem complementar deverá ser apresentada posteriormente por via eletrônica aos participantes da oficina.

4. Mecanismos de pactuação que viabilizem a integração

É relevante que os acordos realizados entre os Estados partes ocorram levando-se em consideração as características de cada país, respeitando as peculiaridades de seus entes federados.

O fundo de financiamento permitirá, através de uma câmara de compensação, a efetivação de processos de pactuação de acordo com a realidade de cada município ou microrregião no que diz respeito ao ressarcimento ou pagamento de serviços.

6. POSSIBILIDADES E LIMITES PARA IMPLEMENTAÇÃO DO SIS – MERCOSUL SOB TRÊS ENFOQUES – UMA INTRODUÇÃO[1]

Gilberto Antônio Reis

Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG e Professor do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade do Estado de Minas Gerais

A integração dos serviços de saúde dos países do MERCOSUL impõe a necessidade de se criar ferramentas de gestão eficazes que possibilitem a integração da oferta de serviços prestados, racionalizando a organização e utilização dos recursos referentes à atenção à saúde na fronteira. Frente ao pioneirismo dessa proposta, buscou-se a *expertise* de profissionais que desenvolveram reflexões sobre as experiências internacionais de organização da atenção à saúde em regiões fronteiriças, sobre a situação atual dos sistemas de saúde dos países que integram o MERCOSUL, segundo a economia da saúde, e sobre as experiências de parcerias entre municípios brasileiros na implementação do Sistema Único de Saúde. Essas reflexões somaram-se àquelas desenvolvidas na oficina "Integração das Ações de Saúde nas Fronteiras Físicas do MERCOSUL", culminando no seminário que reuniu profissionais que desenvolveram essas atividades com gestores municipais e estaduais das regiões de fronteira, além de representantes de experiências em desenvolvimento nessas regiões.

No primeiro texto apresentado a seguir, desenvolvido pelo levantamento de informações sobre essas experiências internacionais de políticas de saúde em fronteira, através da análise de documentos oficiais e textos acadêmicos, focalizando as questões político-institucionais relevantes no âmbito do universo a ser coberto pelo Sistema Integrado de Saúde – SIS – MERCOSUL, a professora Sulamis Dain analisa as experiências internacionais de redes de saúde em regiões de fronteiras e de processos de harmonização de sistemas nacionais de saúde, visando a sua integração, com ênfase na prestação de serviços de saúde entre países da União Européia. Analisa ainda a situação atual de prestação de serviços de saúde nas zonas de fronteira entre Canadá e Estados Unidos e entre Estados Unidos e México, além das questões colocadas pelo processo de integração entre os países da União Européia e o Leste Europeu. Finalmente, expõe os benefícios prováveis e dificuldades esperadas na conformação do SIS – MERCOSUL à luz da experiência internacional analisada.

1 Prefácio dos trabalhos acerca da viabilidade da integração à luz da experiência internacional, da economia da saúde e da experiência nacional. Elaborado pelo Dr. Gilberto Antônio Reis.

Frente à realidade dos processos de integração verificados nas regiões previamente escolhidas, o trabalho centrou-se na experiência européia, onde são maiores as condições de homogeneidade e as semelhanças entre os sistemas de saúde prévios à integração, o que permitiu avançar significativamente na rota da harmonização, fornecendo muitos exemplos e iniciativas relevantes para a construção de um modelo político institucional de integração dos sistemas de saúde no MERCOSUL. Em contrapartida, a dessemelhança entre o sistema público de saúde canadense, a natureza residual assistencialista do sistema norte-americano e a fragmentação do sistema de saúde mexicano, ainda hoje dividido entre a saúde e a previdência, solapa os elementos de articulação necessários à integração dos sistemas de saúde na área do Nafta, minimizando os exemplos de efetiva integração. Já a experiência de integração do Leste Europeu, cujos países exibem enormes assimetrias em relação aos atuais membros da Comunidade Européia, oferece exemplos de desafios semelhantes aos que serão enfrentados no MERCOSUL. Fica evidente que as barreiras políticas são mais relevantes que as assimetrias para um processo de organização da assistência transfronteiriça e para uma integração de sistemas nacionais de saúde.

Os professores Alcindo Ferla, Janice Dornelles e Maria Lectícia desenvolvem no texto seguinte reflexões sobre contribuições consideradas relevantes para uma racionalização de recursos e integração/otimização de fluxos entre municípios de fronteira, em particular daqueles onde sabidamente há maior circulação de cidadãos em atendimentos transfronteiras, com vistas a subsidiar a configuração desse processo de integração. Buscam explicitar aspectos que devem ser considerados para a construção de uma estratégia de integração, à luz das formulações e dos aspectos mais relevantes apontados pela economia da saúde. Essas contribuições são feitas desde um marco mais geral de integração sistêmica entre os países, num cenário onde se toma como estratégia de integração entre os sistemas de saúde dos quatro países a racionalização/otimização dos recursos existentes.

Com o objetivo de contribuir para a construção do modelo de financiamento do processo mais geral de integração entre os sistemas de saúde dos países do MERCOSUL, os autores optaram, nesse trabalho, por caracterizar as questões sobre a definição de critérios, a busca de eqüidade, as variáveis sobre o comportamento da demanda e do consumidor e do comportamento da oferta e do produtor, os impactos de cada um dos tipos de fontes e da estabilidade das fontes de financiamento e os aspectos que vêm sendo utilizados para identificar as conseqüências do desenvolvimento do setor saúde para a economia, como forma de constituir, mesmo sem um conjunto de definições prévias, um marco de referência na área para subsidiar o processo decisório.

Para enriquecer ainda mais o cenário de subsídios ao processo decisório, também foram buscados alguns dados e informações sobre o contexto da saúde (dos sistemas de

saúde e da situação da saúde) nos quatro países. Essa caracterização buscou identificar as diferenças que, para efeito do processo de integração precisam ser aproximadas, os problemas comuns, para os quais esforços integrados podem gerar melhores resultados, mas também as potencialidades que podem ser estimuladas, em busca do desenvolvimento de uma rede de ações e serviços supranacional capaz de gerar um benefício solidário para a população da região.

Finalmente, o professor Gilberto Reis apresenta um texto versando sobre as experiências de união de municípios para a ampliação e melhoria de qualidade da prestação dos serviços no processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil. O trabalho foi desenvolvido através de revisão bibliográfica sobre a experiência brasileira de consórcios intermunicipais de saúde nos aspectos organizacionais e operacionais e da revisão da legislação brasileira aplicável à constituição de consórcios intermunicipais, apontando as questões jurídicas e administrativas envolvidas pertinentes à esfera do direito público. A partir dessa análise, o autor aponta possibilidades e limites dessa experiência avaliando sua aplicabilidade ao SIS – MERCOSUL, no sentido da elaboração de instrumentos de gestão locais de sistemas de saúde transfronteiriça.

Temos aqui a articulação de três enfoques distintos e complementares que vêm auxiliar o processo de construção do SIS – MERCOSUL, contemplando os diversos níveis de gestão e as experiências concretas já implementadas em situações similares.

7. SUBSÍDIOS PARA A FORMULAÇÃO DE UM SISTEMA DE INTEGRAÇÃO DOS MODELOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO MERCOSUL E NAS REGIÕES DE FRONTEIRA: HARMONIZAÇÃO E TRANSFRONTEIRIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Sulamis Dain
Professora Titular do Instituto de Medicina Social da UERJ

1. Introdução

Este trabalho visa a subsidiar uma proposta de modelo político institucional para a constituição de um sistema de integração dos modelos de prestação de serviços de saúde em regiões de fronteira dos países do MERCOSUL. (M.S., 2003).

Para tanto, examina a experiência de harmonização dos sistemas de saúde na União Européia, bem como os casos observados de integração em fronteiras, além de estudar, ainda que com menor ênfase, as experiências entre Canadá e Estados Unidos, e entre México e Estados Unidos. A maior homogeneidade e semelhança entre os sistemas de saúde europeus antes da integração vem facilitando a harmonização e fornecendo mais exemplos e iniciativas relevantes para a construção de um modelo político institucional de integração dos sistemas de saúde no MERCOSUL.

Com base na exposição dos benefícios prováveis e das dificuldades esperadas na conformação do Sistema de Integração da Saúde do MERCOSUL, SIS – MERCOSUL, à luz da experiência internacional analisada, chega-se à elaboração de propostas sobre o tema visando a estabelecer e implementar a agenda de transformações nos serviços de saúde para as regiões de fronteira do MERCOSUL, a serem articuladas através dese sistema.

Marco Conceitual

O trabalho destaca a diferença conceitual entre a harmonização dos sistemas de saúde em países cuja integração já está avançada em termos de acordos comerciais e livre circulação de bens e serviços, de cidadãos, unificação das políticas monetária e financeira e dos princípios da proteção e a coordenação das ações de saúde na fronteira, através da articulação de estratégias integradas de ações de saúde para populações fronteiriças.

Trata-se neste caso de uma ação entre dois ou mais países para resolver problemas mais imediatos e mais tópicos.

O êxito no processo de harmonização não elimina a necessidade de organizar a saúde nas fronteiras. Este é um tema próprio, que implica trabalhar com dois níveis de questões bastante diversos, não necessariamente convergentes: o da harmonização dos protocolos e das ações de vigilância epidemiológica e sanitária e o da organização de serviços, que impõem aos países a necessidade de soluções pragmáticas, que precedem ou substituem, no curto prazo, as diretrizes da integração.

Elementos básicos da harmonização em saúde

Um processo de harmonização efetivo deve tomar como ponto de partida o sistema de valores, ou seja, uma solidariedade que leve em conta: as diferenças de capacidade contributiva e a correção das desigualdades de acesso; a existência e a qualidade da informação e do controle social; as diretrizes éticas quanto aos cuidados de saúde e as prestações; e finalmente a harmonização da responsabilidade financeira dos diversos estados nacionais em seu compromisso com a Saúde.

Os acordos transfronteiras

A promoção do desenvolvimento econômico das regiões de fronteira inclui, no caso europeu, o apoio financeiro a iniciativas de cooperação em saúde na partilha de recursos humanos, hospitais, serviços e equipamentos de saúde transfronteiras. Muitos projetos foram implementados nas regiões de fronteira na Europa, com o objetivo principal de partilhar a capacidade disponível de serviços de saúde[1]. Foram minimizados procedimentos burocráticos e entraves à mobilidade e, em muitas regiões, todos passaram a estar qualificados para a Atenção Básica no serviço de sua escolha.

Até agora, o impacto econômico desses acordos tem sido pequeno, assim como o fluxo de pacientes que demandam cuidados médicos transfronteiras, exceto quando os serviços não existem ou dependem de longas esperas. Os fatores que impelem os pacientes transfronteiras a ultrapassar tais barreiras envolvem tecnologias avançadas como cardiologia, traumatologia, emergência, neonatologia, diálise e radioterapia. Os projetos que requerem a implementação de acordos bilaterais chamam a atenção para a importância da organização dos provedores e financiadores e cada vez mais envolvem cidadãos através de fóruns e observatórios de saúde, do acesso à informação e de sua divulgação, requerendo também o treinamento dos provedores e o desenvolvimento de sistemas *on line* entre países.

1 Por exemplo, os pacientes de HIV belgas foram tratados em clínica francesa especializada, enquanto pacientes franceses recebiam tratamento de hemodiálise na Bélgica. A etapa final deste projeto foi a criação de um observatório transfronteiras com o objetivo de reorganizar a atenção a saúde em bases regionais, a partir das necessidades da população da região.

É preciso destacar que o êxito no processo de harmonização não elimina a necessidade de organizar a saúde nas fronteiras. Este é um tema próprio, o que implica trabalhar com dois níveis de problemas bastante diversos e não necessariamente convergentes: o da harmonização dos protocolos e das ações de vigilância epidemiológica e sanitária e o da organização de serviços. Idealmente, a livre movimentação de cidadãos entre países e o acesso indiscriminado a serviços pode resultar de um processo de harmonização bem sucedido, após um longo período de maturação político institucional. Mas as questões da organização dos serviços nas fronteiras, usualmente impõem aos países a necessidade de soluções pragmáticas, que precedem ou mesmo substituem no curto prazo as diretrizes da integração.

2. A Experiência da União Européia: da harmonização para a transfronteirização em saúde

A harmonização dos sistemas de saúde é um objetivo sempre em processo de aprimoramento para os países da UE (E.C., 2001). Os países membros tradicionais têm sistemas de saúde relativamente parecidos e apresentam semelhanças nos níveis socioeconômicos, padrões tecnológicos, perfis de morbidade, estrutura etária, infra-estrutura hospitalar e, finalmente, na qualificação da mão-de-obra. Seus projetos conjuntos, no campo da saúde, assim como em vários outros, derivam de um longo processo histórico de convergência.

Embora a experiência concreta ofereça inúmeros exemplos a serem reproduzidos, deve-se ter claro que o MERCOSUL dificilmente poderá reproduzir no curto prazo, as circunstâncias de homogeneidade e maturidade institucional alcançadas no espaço da União Européia.

2.1 A harmonização dos sistemas de saúde: da Comunidade à União Européia

O Regulamento (CEE) nº 1408/71 relativo à aplicação dos regimes de segurança social rege o acesso aos cuidados de saúde das pessoas que se deslocam na União, tendo sido atualizada de modo a acompanhar a evolução das circunstâncias. O Comitê da Proteção Social, previsto no artigo 144.º do Tratado CE, promove a cooperação nos domínios das políticas de proteção social, incluindo os cuidados de saúde.

Os programas europeus de investigação e desenvolvimento tecnológico contribuem para aprofundar os conhecimentos em matéria de saúde e de cuidados de saúde. De acordo com o artigo 152.º do Tratado CE, a definição e a execução de todas as políticas e ações comunitárias assegurarão um elevado nível de proteção da saúde humana. A Constituição Européia inclui, entre os objetivos da União, a promoção do bem-estar dos seus povos, bem como da justiça e proteção sociais.

A maior cooperação no campo da saúde e dos cuidados médicos deverá proporcionar aos doentes um melhor acesso aos cuidados e uma escolha ampliada no que diz respeito aos prestadores de cuidados de saúde, facilitando também a livre circulação dos cidadãos (Observatoire social européen, 2001). É preciso também que os avanços respeitem os princípios fundamentais que caracterizam todos os sistemas de saúde dos países da UE: universalidade, eqüidade, solidariedade e sustentabilidade financeira. Para assegurar um nível elevado de qualidade dos cuidados e da segurança dos doentes é igualmente necessário dispor de profissionais da saúde que possuam formação e competências adequadas, repartidos pela União, e facilitar a sua mobilidade.

A síntese dessas transformações pode ser analisada a partir do processo de reflexão de alto nível (Universidade de Patras e Comissão Européia, 2003) sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na União Européia na seqüência das conclusões do Conselho "Saúde", de 26 de Junho de 2002. À medida que os sistemas e as políticas de saúde da UE criem ligações cada vez mais fortes entre si, pretende-se estabelecer um Centro de Reflexão no âmbito do qual seja possível desenvolver uma visão européia partilhada, que respeite ao mesmo tempo a responsabilidade nacional pelos sistemas de saúde.

A agenda desse centro contempla questões como: o financiamento do sistema de saúde; a alocação interna de recursos, a definição de prioridades globais para as despesas da saúde, o direito à determinação do âmbito dos cuidados com financiamento público; a atribuição das prioridades do acesso dos indivíduos ao sistema relativamente à necessidade clínica; questões relativas à qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de saúde, e às orientações clínicas.

Os serviços da Comissão elaboraram um relatório de síntese, em julho de 2003, sobre a aplicação, ao nível nacional, da jurisprudência do Tribunal de Justiça relativamente à questão do reembolso de despesas relativas a serviços médicos prestados noutro Estado membro.(leia-se a argumentação original em Palm, Willy, *et alli*, 2000). Parece necessário reforçar a cooperação com vista a promover as melhores oportunidades possíveis de acesso a cuidados de saúde de alta qualidade, mantendo ao mesmo tempo a sustentabilidade financeira dos sistemas de cuidados de saúde na União Européia.

A ampliação iminente da União Européia dá ainda mais importância a esse aspecto, visto que a diversidade dos sistemas de cuidados de saúde na Europa ampliada propiciará uma maior mobilidade tanto dos profissionais da saúde como dos doentes.Tal evolução poderia propor novos desafios aos países entrantes para garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade dos respectivos sistemas de cuidados de saúde.

Com essa preocupação, os ministros da saúde dos novos estados membro participaram de um processo conjunto de reflexão, estruturado em torno de cinco temas:

Cooperação européia com vista a uma melhor utilização dos recursos;

- requisitos em matéria de informação para doentes, profissionais e responsáveis pela elaboração das políticas;
- acesso e qualidade dos cuidados;
- conciliação da política de saúde nacional com as obrigações européias; e
- questões que relacionam a Saúde com o Fundo de Coesão Social e com os fundos estruturais da União Européia.

Dessa análise surgiu a decisão de alcançar metas de entendimento comum, em nível europeu, acerca dos direitos e deveres dos doentes, tanto no plano pessoal como social, a partir do levantamento e harmonização da informação existente sobre estas questões e sobre o modo como são abordadas nos Estados membros e nos países aderentes. Deu-se ênfase à possibilidade de cooperação entre sistemas de saúde, com claras vantagens em regiões fronteiriças ou nos casos em que houver limitações devido a restrições de capacidade em alguns países.

Na União Européia, a expressão "cuidados transfronteiriços" (UE, 2003) corresponde a um termo genérico que abrange tanto a cooperação em regiões fronteiriças, como, de modo mais geral, os cuidados de saúde recebidos em outro Estado membro, sem qualquer implicação de proximidade.

A este respeito, a cooperação entre os sistemas de saúde enfrenta dificuldades associadas a diferentes enquadramentos jurídicos, questões de responsabilidade civil, restrições em matéria de planejamento de sistemas diferentes e mecanismos de reembolso, dado que a aquisição de cuidados de saúde noutros Estados membros pode ter efeitos no país prestador e no país do beneficiário.

Tendo em vista tais dificuldades, a Comissão decidiu facilitar a socialização de informações, ao nível europeu, sobre as oportunidades de cuidados disponíveis, a oferta existente em matéria de cuidados, o direito a prestações e procedimentos, os custos e preços, os incidentes adversos, os registros de doentes, a nomenclatura das condições, tratamento e medicamentos, assim como indicar as condições para a continuidade e a qualidade dos cuidados em toda a União, no contexto do enquadramento das informações que deverão incluir o apoio à conexão em rede e ao desenvolvimento de bases de dados.

A Comissão também foi convidada a avaliar os projetos transfronteiriços no domínio da saúde e a desenvolver a criação de redes entre esses projetos, de modo a partilhar suas melhores práticas. Faz parte deste esforço o estudo da possibilidade de definir um quadro regulatório claro e transparente no que tange à aquisição de cuidados de saúde, que as instâncias competentes dos Estados membros poderiam utilizar para celebrarem acordos mútuos, e a apresentar as propostas que forem adequadas. Foi dada prioridade ao trabalho realizado atualmente pela Comissão, o Conselho e o Parlamento para garantir

procedimentos claros, simples e transparentes de validação profissional, de modo a facilitar e a desenvolver a mobilidade dos profissionais da saúde. Deste processo fazem parte a maior utilização dos centros europeus de referência, bem como da avaliação tecnológica em Saúde.

2.1.1 Centros europeus de referência

Para problemas de saúde que exijam grande concentração de recursos ou combinem alta especialização, qualidade e rentabilidade, sobretudo no caso de doenças raras, os centros de referência se apresentam cada vez mais como uma solução em nível europeu, sobretudo se forem mobilizados para a formação médica, a investigação, assim como para a divulgação de informações e para a avaliação.

Os centros de referência europeus deverão expandir-se para as novas fronteiras da Europa, permitindo às autoridades responsáveis pelos cuidados em questão liberdade de escolha, relativamente à utilização de qualquer centro de referência.

2.1.2 Avaliação tecnológica da saúde

Da mesma forma, avanços na avaliação tecnológica da saúde (HTA) podem auxiliar os responsáveis pela elaboração das políticas na tomada de decisões, através da disponibilização, no âmbito comunitário, de evidências sobre aspectos médicos, sociais, econômicos e éticos relativamente às políticas e às práticas no domínio dos cuidados de saúde. É possível e desejável melhorar a troca de informações através de uma colaboração européia mais sistemática, dado que a atual fragmentação em termos de avaliação tecnológica da saúde em toda a União resulta numa duplicação de esforços, com coexistência de inúmeras tecnologias de alta prioridade que não chegam sequer a ser avaliadas.

Por este conjunto de razões, a Comissão foi convocada a considerar a forma de organizar e financiar uma rede sustentável, assim como uma coordenação para a avaliação tecnológica da saúde.

2.1.3 Enquadramento comunitário em matéria de informação

O aumento da mobilidade das pessoas, previsto na União, implica em necessidade, por parte dos profissionais e dos cidadãos, de informações sobre serviços de saúde, tanto de seus próprios sistemas, como de outros. Da mesma forma, os responsáveis pela elaboração das políticas e os prestadores de serviços necessitam de informações amplas para garantir um desenvolvimento sustentável dos serviços de saúde. Assim, faz-se necessário um enquadramento estratégico que confira coerência, complementaridade e transparência às iniciativas no domínio da informação no nível da UE e que esteja apto a dar resposta ao espectro de questões e preocupações de todas as partes interessadas.

Tal enquadramento deverá abordar questões gerais como políticas de saúde, sistemas de saúde, vigilância da saúde, garantia da qualidade, acesso à informação e proteção de dados, assim como pontos específicos como soluções e normas tecnológicas adequadas, gestão de

registros, regras em matéria de responsabilidade, orientações para a concessão de licenças referentes às melhores práticas e recrutamento de profissionais da saúde (incluindo questões éticas), bem como notificação dos procedimentos instaurados por erro profissional.

Muitos aspectos relacionados com a informação também foram objeto de discussão e de recomendações específicas nos outros três temas (cooperação européia, acesso e qualidade, e conciliação das políticas nacionais com as obrigações européias), devendo os aspectos dos mesmos que estiverem relacionados com a informação, ser levados em conta na abordagem global que em seguida se descreve resumidamente (Patras, 2003).

O enquadramento para a informação sobre saúde ao nível da União deverá incluir a identificação das diferentes necessidades de informação do ponto de vista dos responsáveis pela elaboração das políticas, doentes e profissionais, o modo como essa informação poderá ser disponibilizada e as responsabilidades dos diferentes intervenientes, levando em consideração os trabalhos sobre o tema, realizados pela OMS (OMS, 2002) e pela OCDE.

Deverão ser também tratadas as questões relativas à proteção dos dados e à disponibilização de dados confidenciais entre Estados membros e no nível da EU.

Apesar da maior homogeneidade básica no nível socioeconômico e no cumprimento dos princípios da proteção social, relativamente ao MERCOSUL, existe ainda uma grande diversidade de sistemas de saúde em toda a Europa. Também se registram diferenças no nível do acesso e da qualidade. O acesso inclui a acessibilidade física, a acessibilidade financeira e o acesso à informação, compreendendo os seguintes domínios:

- percentagem da população abrangida pelo regime com financiamento público;
- gama de serviços disponíveis no regime com financiamento público;
- acesso ao seguro de saúde privado, de caráter voluntário;
- tempo de espera para obtenção de um serviço;
- disponibilidade de serviços de boa qualidade;
- disponibilidade de tratamentos inovadores;
- preço dos serviços de cuidados de saúde e nível de co-participação de custos;
- escolhas à disposição das pessoas (como acordos em matéria de encaminhamento ou prestadores contratados);
- variações de caráter socioeconômico; e
- informação sobre serviços/profissionais, incluindo a sua mobilidade.

Nas questões relativas à qualidade incluem-se as condições de entrada no mercado, as condições processuais e a avaliação do exercício da atividade médica individual, abrangendo os seguintes domínios em especial:

- padrões nacionais com base em provas de eficácia;
- mecanismos organizativos destinados a assegurar cuidados seguros e de alta
- qualidade;

- metodologias de acompanhamento e avaliação;
- segurança do doente; e
- experiência do doente.

Há uma vasta gama de atividades européias e internacionais que afetam o acesso e a qualidade. Por exemplo, nos domínios relacionados com as políticas de proteção social, incluindo os cuidados de saúde, o Comitê de Proteção Social, que desempenha um papel consultivo, promove a cooperação entre Estados membros e com a Comissão. Contudo, subsiste a necessidade de melhorar mecanismos que permitam um olhar coerente, do ponto de vista da saúde, para a forma como todas estas atividades ajudam a melhorar o acesso e a qualidade nos cuidados de saúde.

Considera-se necessária, ademais, a obtenção de mais informação sobre o volume, a natureza, os mecanismos, as motivações e os resultados dos cuidados de saúde transfronteiriços. Na ampliação das fronteiras que está por vir, será necessário abordar questões específicas, incluindo números de pessoas, dificuldades constatadas nos cuidados de saúde transfronteiriços, resultados e satisfação dos usuários, assim mecanismos existentes (em nível nacional, acordos diretos entre Estados membros ou mecanismos ao nível comunitário), bem como o impacto na prestação de cuidados a cidadãos que continuam a utilizar o sistema do seu próprio Estado membro. Tudo isto deverá apoiar-se nos dados existentes, de forma a avançar o mais rapidamente possível.

É igualmente importante que se coletem informações sobre os desafios específicos com que se deparam os países que estão por ingressar na União. Com esta perspectiva, solicitou-se à Comissão um estudo sobre a criação de um sistema para a coleta sistemática de dados da União em sua configuração atual, assim como de sua próxima ampliação, sobre o volume e a natureza da circulação de doentes dentro e fora dos sistemas estabelecidos pelos regulamentos comunitários, que inclua dados sobre fluxos relacionados com o turismo e estadias de longa duração.

A Comissão foi também induzida a realizar um estudo com o objetivo de determinar qual o motivo que leva os doentes a deslocar-se além fronteiras, quais as especialidades em questão nestes deslocamentos, a natureza dos acordos bilaterais, os requisitos em matéria de informação dos doentes e dos clínicos e a experiência vivida pelos doentes, tendo particularmente em conta a ampliação das fronteiras.

Os Estados membros e os países aderentes deverão manifestar suas opiniões sobre o modo de funcionamento do sistema de saúde e de acesso a serviços em seus respectivos países, de modo a selecionar as opções consideradas mais adequadas para dar resposta a estas questões. Também deverão, assim como a Comissão, desenvolver e reforçar o sistema de coleta de dados em matéria de mobilidade dos profissionais da saúde, incentivar os Estados membros e os países aderentes a coletarem e partilharem, em colaboração

com a Comissão e as organizações internacionais pertinentes, dados comparáveis sobre os profissionais da saúde.

3. A conciliação dos objetivos nacionais com as obrigações européias.

Para propiciar uma reflexão sobre o tema da conciliação dos objetivos nacionais com as obrigações européias, a Bélgica, os Países Baixos, a Finlândia, o Reino Unido, a França, o EPF, o HOPE, a EHMA e os ESIPOs constituíram um grupo de trabalho, responsável pela elaboração de um questionário relativo aos "Sistemas Nacionais de Saúde numa Europa Integrada". Tal questionário contém perguntas relacionadas com os objetivos básicos dos sistemas nacionais de saúde; o impacto específico das regras do mercado interno na gestão e na capacidade de direção dos sistemas de cuidados de saúde; questões relacionadas com os cuidados transfronteiriços; e mecanismos para melhorar a segurança jurídica. Com base no trabalho deste grupo, o processo de reflexão identificou as questões e recomendações que a seguir se apresentam.

A organização e o financiamento dos sistemas de saúde e de proteção social são da responsabilidade dos Estados membros. Contudo, os Estados membros deverão exercer as suas responsabilidades neste domínio de acordo com o Direito comunitário.

Sob ponto de vista econômico, existem diferenças substanciais entre os serviços no setor dos cuidados de saúde e os serviços no contexto de um mercado comercial, por exemplo, devido ao papel chave desempenhado pelos profissionais da saúde na determinação dos serviços que são necessários ao doente.

Além disso, na maioria dos casos, os doentes não pagam diretamente serviços médicos que são financiados pelos sistemas de segurança social ou de seguro de saúde. Um mercado para a prestação de cuidados de saúde é inevitavelmente imperfeito e cada vez mais complexo, com profundas assimetrias ao nível da informação.

Os governos de toda a União têm desempenhado um papel ativo na organização dos cuidados de saúde com vista ao estabelecimento de sistemas fundamentados nos princípios da universalidade, da solidariedade e da equidade.

Através de uma série de acordos sobre a eventual obrigação dos sistemas de saúde de bancarem os custos de tratamentos prestados noutro Estado membro, o Tribunal de Justiça reconheceu o direito dos doentes a serem reembolsados, sob determinadas circunstâncias, quanto aos cuidados de saúde de que beneficiaram noutros Estados membros.

Simultaneamente, o Tribunal de Justiça reconheceu que é necessário que os Estados membros estejam aptos a planejar seus serviços de saúde, de modo a assegurar o acesso a uma gama equilibrada de tratamentos hospitalares de alta qualidade, a evitar o risco

de prejudicar gravemente o equilíbrio financeiro do sistema de segurança social e a controlar os custos de modo a impedirem, na medida do possível, qualquer desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos.

Os Estados membros deverão continuar a exercer a sua responsabilidade em matéria de definição de políticas numa série de domínios com vista à organização e ao financiamento dos seus sistemas de saúde, respeitando o direito comunitário. Tais responsabilidades incluem:

- modo de financiamento do sistema de saúde e de proteção social (por exemplo, através de impostos, seguro social, etc.) e organização global do sistema, incluindo a forma como os preços são fixados;
- alocação interna de recursos (incluindo recursos humanos), através de mecanismos centrais ou descentralizados;
- definição de prioridades globais para as despesas da saúde, e direito à determinação do âmbito dos cuidados com financiamento público;
- atribuição das prioridades de acesso dos indivíduos ao sistema (se for pago pelo regime nacional) relativamente à necessidade clínica;
- estratégias de gestão sujeitas a orçamentos definidos, por exemplo, utilização de medicina baseada em evidência, prevendo uma margem para a diversidade nacional ao nível das políticas de saúde e dos padrões de tratamento; e
- e questões de qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de saúde e das orientações clínicas.

Em todos estes domínios, o intercâmbio de melhores práticas seria importante para todos os Estados membros. Seria igualmente oportuno atribuir um lugar adequado às organizações sem fins lucrativos privadas que prestam serviços e que estabelecem um equilíbrio entre as organizações públicas e as organizações privadas que têm um caráter comercial.

Há formas de proteção adicional da saúde que desempenham um papel importante em vários Estados membros na garantia do acesso aos cuidados de saúde. O quadro jurídico europeu fundamenta-se numa abordagem de concorrência em nível comunitário entre entidades seguradoras cuja solvabilidade é garantida pelas autoridades competentes do Estado membro de residência. Contudo, há incertezas relativamente à possibilidade de que os Estados membros venham a promover o seguro não vida (saúde) com fundamento no princípio da solidariedade.

O Tratado não define claramente de que modo a competência nacional em matéria de regulamentação dos serviços de cuidados de saúde interage com as regras do mercado interno. Contudo, o Tribunal de Justiça proferiu vários acórdãos referentes à aplicação

das regras do mercado interno à questão do reembolso dos serviços de saúde prestados noutro Estado membro, tendo em conta as características do setor da saúde. Poderão ser igualmente necessárias outras ações tendo em vista outros aspectos em matéria de saúde pública e social.

Foram desenhadas diferentes opções para melhorar a segurança jurídica no que diz respeito à aplicação das regras européias aos sistemas de cuidados de saúde, tais como:

- a alteração do Tratado;
- o desenvolvimento de soluções no âmbito do direito derivado;
- a cooperação européia, incluindo comunicações da Comissão;
- o melhoramento do processo de tomada de decisão, incluindo a avaliação do impacto das propostas em matéria de saúde; e
- o apoio a iniciativas por parte dos Estados membros e de cooperação bilateral.

As possibilidades que o direito derivado oferece poderiam incluir uma nova atualização das disposições em matéria de coordenação dos sistemas de segurança social, disposições gerais relativas à livre circulação dos serviços ou esclarecimentos específicos referentes à aplicação do direito comunitário aos serviços de saúde.

Um mecanismo permanente, no nível da União, permitiria apoiar a cooperação européia no domínio dos cuidados de saúde e acompanhar o impacto da ação da Comunidade sobre os sistemas de cuidados de saúde.

Esse mecanismo, que poderia reunir responsáveis de alto nível no domínio da saúde representando os Estados membros e a Comissão e envolver as partes interessadas pertinentes, teria por objetivo estabelecer uma panorâmica dos problemas de acesso e de qualidade que afetam a mobilidade dos doentes e dos profissionais, propiciar o diálogo político e a cooperação reforçada no domínio dos cuidados de saúde, constituindo um meio de colaborar em questões como as melhores práticas, sem deixar de tomar em consideração as estruturas existentes e os trabalhos desenvolvidos por outras organizações ativas neste domínio (incluindo a OMS e a OCDE).

Para estes fins, a Comissão seria convocada a fornecer uma análise das evidências que digam respeito às questões suscitadas pela interação das regras comunitárias com os objetivos da política nacional de saúde, assim como a analisar a forma de melhorar a segurança jurídica na seqüência da jurisprudência do Tribunal de Justiça relativamente aos direitos dos doentes de beneficiarem de tratamento médico noutro Estado membro, e a apresentar as propostas que forem adequadas.

Finalmente, é preciso que a Comissão considere a necessidade de desenvolvimento de um mecanismo permanente, no nível da União, para apoiar a cooperação européia no domínio dos cuidados de saúde acompanhando o impacto da ação da UE sobre os sistemas de cuidados de saúde e a apresentar as propostas adequadas.

Uma maior mobilidade dos doentes levanta, nos Estados aderentes, várias questões e preocupações referentes ao desenvolvimento de infra-estruturas sanitárias e à melhoria da situação no domínio da saúde, bem como, em certos casos, o desenvolvimento de competências.

3.1 Sobre saúde e ampliação das fronteiras

Apesar das melhorias recentemente introduzidas, o estado da saúde na maioria dos países candidatos é inferior ao da UE, estando a aumentar algumas ameaças para a saúde.

No tocante aos indicadores de saúde estatisticamente mais confiáveis (esperança de vida e mortalidade infantil), os países candidatos estão, na sua maioria, atrasados em relação à UE. A mortalidade infantil é superior à da UE, embora as diferenças estejam a diminuir. A maior incidência de algumas doenças crônicas parece estar relacionada com a maior prevalência de fatores de risco, como o tabagismo, os regimes alimentares desequilibrados, os estilos de vida e a poluição ambiental. Além disso, o abuso de drogas ilícitas e ilícitas é um fenômeno cada vez mais significativo.

São escassos os recursos destinados à saúde a aos cuidados de saúde, sendo a percentagem do PIB consagrada ao setor da saúde nos países candidatos de 4,5%, enquanto, na UE, essa percentagem é de 8,5%. Além disso, a diminuição do PIB e a tônica colocada em outras prioridades durante a fase de transição é passível de provocar uma contenção das despesas com a saúde e os cuidados de saúde.

Para garantir a existência de condições adequadas, e uma transição suave para uma Comunidade ampliada, podiam ser consideradas as seguintes opções:

- incentivar todos os países candidatos a participar em cada programa de saúde pública da Comunidade;
- avaliar e fomentar a melhoria do *know-how* e das estruturas relacionadas com a vigilância das doenças transmissíveis e incentivar uma participação rápida na rede comunitária de vigilância da saúde e de controle das doenças;
- organizar reuniões periódicas entre os Estados membros e os diferentes países candidatos sobre tópicos específicos da adesão relacionados com a saúde, por forma a identificar prioridades de cooperação e intercâmbio de informações sobre o estabelecimento de prioridades relacionadas com a alocação de recursos e dotações para investimento;
- sempre que possível, promover a participação de peritos dos países candidatos nos grupos de peritos da Comissão;
- facilitar a cooperação transfronteiriça;
- desenvolver a investigação no domínio da saúde, incluindo questões de saúde relacionadas com a adesão e intercâmbio de experiências sobre o uso de sistemas

e tecnologias da informação relacionados com os cuidados de saúde;

- continuar a promover a participação de peritos dos países candidatos nas atividades de investigação da Comunidade relacionadas com a saúde e os cuidados de saúde, nomeadamente nos programas "Qualidade de vida e gestão dos recursos vivos" e "Criação de uma sociedade da informação convivial"; e
- fomentar os intercâmbios e as ligações entre as ONGs dos Estados membros e dos países candidatos que desenvolvem atividades no domínio da saúde.

O setor da saúde representa uma parte significativa do PIB dos países, dedicando-se cada vez maior atenção às despesas de saúde em todos os Estados membros da atual União Européia.Entretanto, nos países candidatos da Europa Central e Oriental, diminuiu a importância atribuída aos problemas de saúde pública, não foram desenvolvidas estratégias de saúde pública modernas, nem existem conceitos e estruturas adequados para responder melhor aos importantes desafios e ameaças à saúde.

Assim, a necessidade de uma conscientização mútua é evidente. Por um lado, a Comunidade necessita conhecer os problemas de saúde associados à ampliação de fronteiras, por exemplo, o eventual aumento de problemas de saúde, o impacto sobre os sistemas de saúde e de segurança social dos Estados membros, o aumento da livre circulação de pessoas, tanto de cidadãos como de profissionais, e o possível aumento das despesas que advirão para a UE da falta de saúde nos países candidatos. Por outro lado, é óbvio o interesse dos países candidatos em partilhar com a Comunidade os seus conhecimentos e experiência sobre as formas e os meios nela utilizados para resolver os problemas da saúde.

3.1.1 O estado da saúde nos países candidatos

Ainda antes do final dos anos oitenta, os sistemas integrados de saúde dos países candidatos começaram a sofrer da falta de investimentos e da insuficiência de financiamento para o funcionamento normal; os recursos afetados ao setor da saúde diminuíram em termos de percentagem do orçamento nacional. Atualmente, com a transição global para a democracia e uma economia de mercado em curso, os países candidatos vêem-se confrontados com importantes desafios. Algumas das dificuldades surgiram da rápida privatização, que alterou drasticamente os sistemas anteriores.

Os países candidatos, na sua maioria, recuperaram-se da importante crise fiscal inicial, mas, apesar de que seu PIB esteja de novo em expansão, a saúde ainda não é uma prioridade na alocação de recursos.

Embora estejam sendo envidados esforços importantes na reforma dos cuidados de saúde, os progressos são frustrados por problemas relacionados com infra-estruturas obsoletas e de manutenção deficiente, por sistemas de gestão desatualizados e pela escassez de recursos. Existem também diferenças significativas entre os países candidatos, agravadas pelo aumento das desigualdades sociais, o reaparecimento de doenças

transmissíveis, o aumento do tabagismo e do alcoolismo, a poluição ambiental e a diminuição drástica do crescimento demográfico natural, que vêm dando origem a graves problemas e a novas necessidades no setor da saúde.

A avaliação feita no contexto da Agenda 2000 quanto ao estado da saúde nos países candidatos menciona que estes países - com exceção da Eslovênia e de Chipre – estão muito abaixo das normas da UE em quase todas as áreas da saúde. Seus sistemas de saúde precisam se tornar economicamente viáveis e socialmente aceitáveis, garantindo que o diálogo e a participação sociais se estendam à promoção da saúde e à prevenção das doenças.

Os Estados membros decidem sobre os princípios e da organização dos seus sistemas de saúde, que são todos diferentes (refletindo a diversidade das necessidades e das culturas). No entanto, os Estados membros acordaram alguns princípios orientadores na Recomendação do Conselho, de 27 de Julho de 1992, relativa à convergência de objetivos e políticas de proteção social. Relativamente à saúde, estão de modo geral cobertos, proporcionando a todos os residentes o acesso aos cuidados de saúde necessários e às estruturas de prevenção de doenças, desenvolvem um sistema de cuidados de saúde de elevada qualidade, orientado para as necessidades evolutivas da população; proporcionam em especial a reabilitação de convalescentes e serviços de maternidade e asseguram as prestações adequadas de proteção social para os trabalhadores que interrompem o trabalho por motivo de doença ou maternidade.

Algumas características positivas dos sistemas de saúde comuns a todos os Estados membros da UE, como a solidariedade, a cobertura universal e o acesso a cuidados de saúde eficazes e acessíveis do ponto de vista econômico (um "sistema de valores europeus comuns"), não são ainda aspectos dominantes nos sistemas de saúde na maioria dos países candidatos.

Na transição, independentemente do sistema adotado, baseado em tributação geral ou em sistemas de seguros nacionais e obrigatórios e/ou privados, deverão ser salvaguardados os seguintes elementos básicos: (i) sistema de valores: solidariedade baseada nos rendimentos e face aos riscos/mercado corretamente regulamentado; (ii) qualidade (formação, homologação, diretrizes éticas, proteção do consumidor); (iii) rentabilidade (restrições da oferta, controle, contratação); (iv) igualdade (acesso, financiamento, distribuição); (v) responsabilidade financeira e (vi) auto-regulação, participação.

Os regulamentos destinados a assegurar a existência das garantias pertinentes e do seu correto funcionamento são mais importantes quando os sistemas sofrem transformações fundamentais e se orientam para uma lógica de mercado. Os sistemas de cuidados de saúde integrados verticalmente, como os que existiam antigamente em todos os países candidatos, exigiam uma menor regulamentação, uma vez que dispunham de uma

estrutura de gestão hierarquizada e os fluxos financeiros não dependiam dos resultados.

Na sua maioria, os países candidatos adotaram agora os sistemas dos Estados membros como modelos e se aproximam, na sua reforma, de sistemas menos verticalmente integrados, em sintonia com os elementos básicos dos sistemas de saúde da UE. Isto implica na criação de sistemas de regulamentação e de uma forte capacidade institucional, ainda não adequadamente desenvolvida na maioria dos países candidatos.

As reformas dos cuidados de saúde visam também a aumentar a eficácia dos sistemas, o que não é fácil num ambiente econômico difícil. A introdução indiscriminada de novas tecnologias pode trazer dificuldades adicionais e pode substituir, de forma incorreta, os atuais tratamentos, mais baratos e mais eficazes. Os Países candidatos, tal como os Estados membros da UE, devem enfrentar o desafio da introdução de tratamentos e procedimentos inovadores e eficazes e controlar e limitar a prestação e a aplicação de tratamentos e procedimentos ineficazes, ou menos eficazes, especialmente se consumirem recursos que poderiam ser consagrados ao financiamento de tratamentos eficazes.

Habitualmente os Países candidatos concebem a descentralização como um aumento da eficácia e da capacidade de resposta, mas não necessariamente da eficiência, mediante uma melhor adaptação dos serviços às necessidades locais. Todavia, os governos e/ou as instituições locais ainda não têm a experiência nem as aptidões suficientes para tratar da crescente complexidade do setor dos cuidados de saúde.

Apesar de ter diminuído em muitos Países candidatos, o número de leitos nos hospitais bem como a duração média das hospitalizações, estando alguns abaixo da média da UE, a capacidade excessiva do sistema de saúde ainda não foi adequadamente abordado em todos os países candidatos.

O número de médicos empregados no setor da saúde é superior ao da UE em quase todos os países candidatos. Habitualmente, os médicos não têm a motivação adequada, uma vez que geralmente são mal pagos e vítimas de subemprego[2]. A prática da saúde pública restringia-se, no passado, aos profissionais da medicina. Os conceitos modernos de saúde pública, incluindo o trabalho multidisciplinar, ainda não foram plenamente integrados na elaboração de políticas da saúde nos Países candidatos.

A maioria dos países candidatos conserva, com recursos cada vez mais escassos, redes de vigilância epidemiológica estabelecidas no passado, que tinham pessoal a mais, mal pago e insuficientemente equipada. Uma vez que a maioria dos países candidatos se

2 Têm freqüentemente uma especialização excessiva, possuem uma formação estritamente clínica, faltando-lhes conhecimentos mais vastos no domínio da gestão da saúde, incluindo a contenção de despesas nos sistemas de saúde modernos. Embora as organizações de médicos (ordens dos médicos, seções de médicos) tenham desempenhado um papel fundamental na evolução do setor dos cuidados de saúde nos Estados membros da União Européia, os seus homólogos nos países candidatos ainda não concretizaram todas as suas potencialidades.

orienta para sistemas de saúde baseados em seguros, há o risco de a função de vigilância epidemiológica ser abandonada ou de, se conservada, funcionar com menos recursos e ser gerida por instituições sem relação direta com o restante setor da saúde.

Embora antigamente todos os países candidatos possuíssem sistemas de notificação obrigatória para várias doenças transmissíveis, em muitos dos sistemas, algumas práticas podem não ser compatíveis com garantias de confidencialidade cada vez mais rigorosas. Além disso, as atuais transformações organizacionais dos serviços de cuidados de saúde irão provavelmente afetar a comparabilidade interna dos dados Os dados epidemiológicos disponíveis são freqüentemente obsoletos e pouco fiáveis. Os países candidatos estão, na sua maioria, envidando esforços para melhorar os respectivos sistemas de informação, embora ainda careçam de um sistema de vigilância da saúde sólido.

O processo da reforma dos cuidados de saúde nos países candidatos é apoiado por um importante número de programas de cooperação da Comissão Européia, de organizações internacionais, de Estados membros e de outros países[3]. Estas atividades abrangem as reformas do setor da saúde – formulação das políticas de saúde, financiamento da saúde, prestação de cuidados de saúde, desenvolvimento de recursos humanos, o setor farmacêutico, a saúde pública, etc. A cooperação bilateral dos Estados membros tem tido um âmbito e uma duração limitados, embora incidindo sobre problemas concretos[4].

O estatuto social e financeiro dos profissionais da saúde e o nível de incentivos são ainda baixos quando comparados com os da UE, o que traz conseqüências negativas para a sua motivação. A situação pode levar a que os profissionais que conheçam línguas dos Estados membros da UE sejam fortemente incentivados a migrar. Esta situação poderá conduzir a uma oferta excessiva nos Estados membros e à escassez de profissionais, provavelmente os mais qualificados, nos países candidatos.

4. Cooperação regional

A União Européia tem valorizado o apoio à cooperação regional graças à sua experiência prévia na integração regional (Steiman, R, Machado, L. O., 1996). Na Saúde, é importante assinalar que os desafios em matéria de saúde são freqüentemente desafios transfronteiras, enfatizando a necessidade do reforço ao processo de integração ou de

3 Foi recentemente criada uma base de dados limitada e provisória sobre cooperação (e assistência) técnica com os países candidatos, a partir de um inquérito da Comissão dirigido aos Estados membros, às agências internacionais, a certos países terceiros, às ONG e a partir dos próprios programas da Comissão.

4 Por exemplo, a Alemanha centrou-se no financiamento da saúde, os Países Baixos na saúde mental e a Finlândia preparou alguns países para a participação nos programas de saúde pública da UE. Alguns Estados membros desenvolveram atividades em quase todos os Países candidatos, outros se dedicaram a certos países, por exemplo, a Hungria, a Polônia e a República Checa e outros ainda a regiões específicas.

cooperação regional. O apoio da União deveria centrar-se na reforma do setor da saúde, nos inquéritos demográficos, no controle epidemiológico, nas questões ligadas à produção, nas aquisições e na regulamentação dos medicamentos, assim como no apoio à investigação e ao desenvolvimento, na educação, etc, ainda que sem descuidar dos aspectos mais gerais das reformas.

As ações previstas neste domínio prioritário são: o desenvolvimento de diversas parcerias, o apoio à aquisição de conhecimentos e a difusão das melhores práticas, um apoio para analisar a capacidade das instituições regionais, assim como a tomada em consideração, nos acordos de parcerias econômicas regionais, da necessidade de melhorar a saúde.

É essencial melhorar a coordenação, a complementaridade e a sinergia em todos os níveis entre as políticas e as atividades da União Européia e as dos Estados membros. Importa identificar medidas concretas para melhorar a coerência e reforçar a coordenação operacional entre sistemas de saúde. Para este efeito, a Comissão considera que o seu papel na coordenação das políticas da União Européia nesse domínio deve ser reforçado.

4.1 Experiências européias de acesso a serviços de saúde transfronteiras

Na Europa, a norma comunitária 1408/71 (Artigo 22) especifica as condições nas quais a autorização para o acesso a cuidados médicos além fronteiros não pode ser recusada "quando o tratamento em questão é parte dos serviços de saúde previstos na legislação do estado Membro de residência de um indivíduo e quando tais serviços não estão disponíveis em tempo hábil, considerando o estado de saúde e o curso provável da doença". Entretanto, na prática os critérios que governam na EU a prévia autorização para o acesso a cuidados médicos fora do país foi sempre deixado à decisão dos Estados membros.

Recentemente, alguns pacientes recorreram às cortes européias para legislar sobre a questão do acesso comunitário à saúde, criando jurisprudência sobre a livre mobilidade dos pacientes no território da União. Embora seja este o tema central em debate na União Européia sobre os sistemas de saúde, para nossas finalidades, esta é uma condição muito peculiar ao caso europeu. Assim sendo, parece mais relevante, na perspectiva do SIS-MERCOSUL, a consideração das experiências de cooperação para acesso transfronteiras em curso em vários países europeus.

4.1.1 Experiências em facilitação do acesso a serviços de saúde transfronteiras: iniciativas bilaterais de cooperação entre estados membros

Alguns estados europeus vêm, de longa data, estabelecendo acordos com seus vizinhos no sentido de garantir acesso a tratamento hospitalar mais adequado para seus cidadãos, em particular para os habitantes de regiões onde existe insuficiente provisão

de serviços. Por exemplo, desde março de 1978, os holandeses residentes em certas regiões do sudoeste do país e que dispõem de seguro social podem receber cuidados médicos reembolsados pelo estado em dois hospitais da Bélgica em Gent e em Bruges. O princípio da territorialidade dos direitos a benefícios tem sido relevado em função das limitações da infra-estrutura de serviços de saúde.

Esta é também uma situação bastante freqüente em Luxemburgo, em função das limitações de sua infra-estrutura de saúde, cuja expansão não se justifica, dada sua pequena população. Para simplificar procedimentos administrativos para o reembolso dos custos, Luxemburgo estabeleceu acordos com estabelecimentos médicos e hospitalares na vizinhança, para o tratamento de pacientes de seu país.

Existe também um acordo bilateral entre a Irlanda e a Inglaterra para o reembolso de despesas médicas e a Alemanha recentemente concluiu um acordo com a Noruega para atender pacientes noruegueses. Finalmente, destacam-se os acordos entre diferentes estados membros no sentido de reconhecer e dar operabilidade recíproca a cartões de saúde nacionais.

4.1.2 Os Projetos Interreg

A partir de 1990, a Comissão Européia lançou uma iniciativa especial, o Programa Interreg para promover o desenvolvimento econômico das regiões de fronteira, que ocupam 50% do território da Comunidade e 10% da população da UE. Está previsto o apoio financeiro à iniciativas que promovam a cooperação em Saúde, particularmente no que se refere à partilha de recursos humanos, hospitais, serviços e equipamentos de saúde transfronteiras (Coheur A, 2001).

Esta iniciativa promoveu o desenvolvimento de muitos projetos de cooperação transfronteiras no campo da Saúde, alguns ainda sem avaliação formal. A primeira experiência prática ocorreu em 1992 entre Hainaut na Bélgica e Nord-Pas-de-Calais, a partir de reuniões para conhecer o sistema de saúde transfronteiras e suas regras de acesso. Muitos projetos se seguiram, na base da capacidade disponível de serviços. Por exemplo, os pacientes de HIV belgas foram tratados em clínica francesa especializada, enquanto pacientes franceses recebiam tratamento de hemodiálise na Bélgica. A etapa final deste projeto foi a criação de um observatório transfronteiras com o objetivo de reorganizar a atenção a saúde em bases regionais, com base nas necessidades da população da região.

O projeto Euregio[5] Meuse-Rhine (EUREGIO, 2003) foi estabelecido para promover a cooperação entre os sistemas de seguro e hospitais em Liege, Genk, (Bélgica) Aachen (Alemanha) e Maastricht (Holanda) nas regiões da fronteira entre os três países. Nesta região experimental, foram atenuados os procedimentos burocráticos e os entraves à

5 Existem hoje projetos Euregio entre Alemanha, Bélgica, Holanda, França, países nórdicos e algumas fronteiras do Leste Europeu, todos de ampla cooperação e partilha de serviços e recursos.

mobilidade, e todos se qualificavam para a atenção básica no serviço de sua escolha. O estudo relativo a este projeto incluiu uma análise dos fatores determinantes dos fluxos de pacientes transfronteiras. Numa extensão deste projeto, o fundo central de seguro holandês estabeleceu contratos formais com provedores na Alemanha e na Bélgica.

O projeto Euregio Rhine-Waal, localizado na fronteira leste entre Holanda e Alemanha, permite que os pacientes residentes e segurados na Alemanha possam acessar as especialidades no Hospital Universitário de Nijmegen, na Holanda, reduzindo significativamente o tempo de viagem para acesso a serviços similares na Alemanha O Euregio Scheldemond está situado na fronteira entre a Holanda e a Bélgica na região de Flandres e seu objetivo é o de assegurar o acesso ao sistema de saúde a trabalhadores na fronteira, bem com a suas famílias. A informação sobre tais serviços está sendo disponibilizada para homens de negócios e trabalhadores da região pelas seguradoras usando sistemas *on line*.

4.1.3 Ensinamentos dos projetos Euregio

Em geral, até agora, o impacto econômico destes acordos tem sido pequeno, assim como o fluxo de pacientes que demandam cuidados médicos transfronteiras. Os pacientes tendem a preferir locais conhecidos e testados, em seu próprio idioma, exceto quando os serviços não existem ou dependem de longas esperas. Os fatores que impelem os pacientes transfronteiras envolvem tecnologias avançadas como cardiologia, traumatologia, emergência, neonatologia, diálise e radioterapia.

Os projetos que requerem a implementação de acordos bilaterais, chamam a atenção para a importância de organização dos provedores e financiadores, crescentemente envolvem cidadãos através de *Fóruns* e observatórios de saúde, acesso à informação e sua divulgação, treinamento dos provedores, e desenvolvimento de sistemas *on line* entre países.

Os projetos demonstram importantes barreiras à extensão desta cooperação entre sistemas de saúde, quando eles são essencialmente distintos Para avançar, seria necessário dispor de:

- garantia de qualidade, padrões e protocolos clínicos, acreditação de profissionais, em padrões semelhantes, acreditação de instituições;
- outros aspectos não clínicos da qualidade, tais como a garantia sobre uso e manipulação dos equipamentos;
- sistemas de informação para pacientes e sistemas para os quais são referidos (médicos e serviços);
- consistência dos procedimentos de contratação e reembolso;
- legalidade das transações entre fronteiras; e
- uso de sistemas e infra-estrutura de informações compatíveis.

Capitaneado pela Holanda, a União desenvolveu um projeto mais ambicioso, envolvendo todos os Estados membros. Os seguintes objetivos foram alcançados:

- *networking* de especialistas e de estruturas de saúde da União no campo da Medicina de Emergência (via *site* na Internet*)* para estimular e apoiar a cooperação em caso de catástrofes e acidentes de grandes dimensões (pontos de contato, disponibilidade de acordos bilaterais e transfronteiras);
- definições de metodologia para avaliar desempenho, qualidade, etc.;
- definição de programa comum de treinamento no campo da emergência;
- estabelecimento de parâmetros para a implementação prática de apoio psicosocial para socorristas e vítimas assim como para familiares e outros presentes no local do acidente; e
- estabelecimento de um plano de ação para ações futuras neste campo.

Deve-se também levar em conta que *policy papers,* normas para publicação e disseminação de informações deverão ser desenvolvidos no campo da assistência transfronteiras, nos seguintes temas:

- nomenclatura comum;
- restrições legais a intercâmbios de pessoal e equipamento;
- comunicação;
- necessidades de treinamento; e
- rotinas, sistemas de registro e informação.

5. Conclusões e recomendações da experiência da União Européia

A análise dos processos de cooperação no campo da Saúde na União Européia mostra que a Saúde é uma área onde a Comunidade desempenha importante papel. Mas, ao mesmo tempo, os sistemas de saúde constituem parte importante das economias nacionais, dado que representam de 5% a 10% do PIB dos países. Por esta razão, os Estados da UE argumentam que a política de saúde comunitária deve ser definida de forma relativamente estreita. Em particular, se opõem á idéia de que a política comunitária de saúde possa abranger os temas referentes aos sistemas de saúde e serviços de saúde. Assim, enfatizam o artigo referente à Saúde Pública (número 152) do Tratado, assim como o princípio da subsidiariedade para delimitar os papéis respectivos, bem como os níveis decisórios.

Isto de algum modo responde ao crescente peso da política de saúde comunitária na Agenda da UE e ao alargamento do escopo de temas do Tratado. Note-se que atualmente existe um Comissário da União responsável por políticas de saúde e do consumidor, e uma Direção Geral, ao mesmo tempo em que estão mantidas em outras Comissões as dimensões e interfaces com a Saúde.

O desenvolvimento de uma política mais ampla e pró-ativa para a Saúde no campo da

União Européia em sua definição atual ou ampliada faz parte da agenda de prioridades da região. Até que isso aconteça, entretanto, as medidas comunitárias com impacto na Saúde continuarão a ser amplamente influenciadas e dominadas por considerações econômicas e não pelo interesse maior da política de saúde;

Os governos nacionais foram lentos no reconhecimento do impacto da UE sobre a política de saúde. Tal impacto é conseqüência inevitável da integração e continuará, portanto a crescer em importância. Sua ênfase local variará, entretanto com características organizacionais dos sistemas de saúde e a posição geográfica dos países.

Ao montar seu marco regulatório para intervir em cada um dos sistemas, a Comunidade negligenciou o efeito combinado dos vários sistemas nacionais. Assim, problemas no âmbito nacional existem, e a falta de consenso e/ou o desinteresse dos países tem provocado crescentemente a ação da Corte Européia de Justiça não só para interpretar o Tratado, mas também formulando a política comunitária de Saúde.

6. Outras fronteiras: o caso do NAFTA

Muito menos elaborada e pactuada é a situação das fronteiras das Américas, na área de atuação do NAFTA. O North American Free Trade Agreement (NAFTA) integra as economias do Canadá, México, (Brandon, J., 1996) e Estados Unidos, na perspectiva de equilibrar o fluxo de serviços, produtos e população através de forças que ao longo do tempo gerariam empregos e prosperidade. A perspectiva imediata, entretanto, é de que a industrialização provocará um impacto populacional que acrescentará mais pressão à já limitada oferta de serviços de saúde na fronteira, assim como alterará a natureza da demanda.

A ameaça mais forte sobre a saúde pública nas fronteiras é a disseminação de doenças infecciosas. Entretanto, na integração entre fronteiras, os recursos *per capita* decrescerão, por acúmulo populacional, sugerindo a necessidade de novo plano sanitário nas novas circunstâncias.

Neste contexto as ações de prevenção e promoção da saúde tornam-se essenciais, uma vez que podem se refletir na diminuição dos custos de atenção a saúde associada à manifestação das doenças (Gray, C, 1996).

A necessidade de atenção à saúde eficiente, efetiva e coordenada na região é evidente. Os residentes de San Diego a Brownsville sofrem de agravos de saúde, há muito erradicados em outras partes do país, tais como tuberculose e cólera. Entretanto, a extrema desigualdade entre os países, regiões e sistemas de saúde do NAFTA reduz a integração dos sistemas de saúde na fronteira a ações de vigilância epidemiológica e sanitária e a uma disputa por preços de medicamentos. De fato, longe do FDA, México e Canadá

oferecem medicamentos a custos mais baixos que os Estados Unidos, caracterizando-se a fronteira como uma área de intenso contrabando de medicamentos.

Entre 2002 e 2003, foram assinados vários acordos entre U.S. e Canadá, ampliando a colaboração entre o Health Canadá e o US Food and Drug Administration – FDA.

Esses acordos reforçam os entendimentos entre os dois países, e constroem um esforço regulatório comum sobre a segurança de produtos terapêuticos existentes, novas drogas e pesquisas sobre medicamentos, ampliando o acesso do Canadá a novas e importantes terapias desenvolvidas nos EUA. Ao mesmo tempo, para consumidores canadenses, ficará resguardada a segurança, a eficácia e a qualidade deste mercado.

A criação em 2003 da *North American-Pharmotherapeutic Consultants Association* agregará médicos e farmacêuticos do Canadá, EUA e México com o objetivo comum de influenciar positivamente a política pública de manipulação de medicamentos, assim como seu acesso e custo, garantindo também a qualidade dos produtos vendidos pelo Correio.

Nesta, oportunidade, foi formada a IMPAC, *The Internet and Mail-order Pharmacy Accreditation Commission,* que operará como entidade separada, autorizada pela Associação. O novo esforço de acreditação trará benefícios para os consumidores dos três países, ajudando a discriminar entre produtores de acordo com sua adesão (ou não) a este sistema, abrindo também as portas dos mercados para os produtores que se submetam ao padrão regulatório estabelecido.

Na fronteira EUA Canadá, verificam-se também ações de reciprocidade, em relação à compra de exames nos EUA para a clientela do sistema público de saúde canadense. As ações se organizam em torno a procedimentos de maior custo, complexidade e conteúdo tecnológico, destacando-se também a grande movimentação de profissionais de saúde do Canadá para os EUA, atraídos pelas oportunidades de mercado da medicina privada. Em franco contraste com a União Européia, a extrema dessemelhança entre os sistemas de saúde dificulta tanto a mobilidade dos cidadãos como a possibilidade de implementar ações pactuadas no campo da Saúde, neutralizando, em grande medida, o potencial de cooperação e de integração entre os serviços nas regiões de fronteira.

7. Benefícios prováveis e dificuldades esperadas na conformação do SIS-MERCOSUL, à luz da experiência internacional analisada

Muitos são os resultados da pesquisa comparada que podem ser ao menos analisados, com vistas a sua implantação na organização dos sistemas de Saúde do MERCOSUL e demais fronteiras brasileiras. Caberia em primeiro lugar estabelecer as principais diferenças da experiência local, relativamente à experiência internacional.

As diferenças mais marcantes referem-se ao padrão de financiamento e a concepção publica do sistema de saúde brasileiro relativamente aos demais países do MERCOSUL, o que coloca desde logo diferenças significativas no padrão de remuneração de serviços, e ao estabelecimento de relações financeiras de reciprocidade, caso estas venham a se intensificar.

O sistema brasileiro de Saúde é de natureza pública financiado por impostos e contribuições. Os recursos remuneram ações e serviços de saúde nos três níveis de governo, destacando ainda a política de medicamentos brasileira, que fornece a população atendida de forma gratuita os medicamentos da farmácia básica, além de medicamentos genéricos para o tratamento de HIV e tuberculose, entre outros.

Os demais sistemas nacionais se organizam essencialmente em seguros privados, e ações financiadas pelo setor público, de escopo muito limitado.

Assim, parece claro que deve haver uma separação entre princípios da harmonização dos sistemas de saúde no MERCOSUL e a operação concreta de projetos transfronteiras. Passaremos, a partir de agora, a operar segundo estes dois níveis, para nossa argumentação final neste trabalho.

É preciso, entretanto, destacar que a radicalização das ações positivas transfronteiras constitui um processo em si mesmo, e não uma etapa da plena harmonização dos sistemas de saúde do MERCOSUL.

Tanto é possível desenvolver ações de curto prazo relativas à harmonização dos sistemas de saúde do MERCOSUL como organizar o financiamento e a provisão de ações de saúde transfronteiras nas áreas predispostas a esta cooperação de forma imediata, como reproduzí-las em outras regiões de fronteira, de forma bilateral ou trilateral, em regiões delimitadas como espaços de convergência e intercessão de ações.

7.1 Harmonização no MERCOSUL.

A U.E. nos oferece uma referência comum e bastante abrangente, em parte já apropriada pelos acordos em curso no MERCOSUL, sobre grandes temas da Saúde a serem abordados.

Desde logo, é possível destacar um campo comum das ações regionais, (MERCOSUL, SGT11, 2000 a 2003) que independem das diferenças de concepção e de padrão de financiamento entre os sistemas de saúde da região, e que poderia constituir um ponto de partida para a organização do sistema de saúde integrado no MERCOSUL.

Desde logo, devem ser registrados os avanços concretos do processo de harmonização nos campos da vigilância epidemiológica e sanitária.

Neste sentido, destaca-se o cuidado comum aos jovens e crianças, com ênfase no apoio as ações de prevenção focadas em HIV/AIDS e nas infecções sexualmente trans-

missíveis, na tuberculose, e nas doenças de resistência a antibióticos, além das ações relativas ao controle de malária, hanseníase, febre amarela, cólera e lechmaniose. Este campo da prevenção independe da natureza pública ou privada dos sistemas de saúde e de suas gradações de financiamento, sendo de responsabilidade estatal em todos os países do MERCOSUL. Por esta razão, o conjunto destas ações constitui um denominador comum de políticas que poderá e deverá ser ampliado a curto prazo através da cooperação bilateral ou multilateral entre os países da área.

Da mesma forma, há um conjunto de doenças não transmissíveis que podem também mobilizar a ação coletiva ao nível do MERCOSUL, no campo dos determinantes das doenças cardiovasculares, uso excessivo de álcool e o fumo. O conjunto de ações preventivas no campo dos serviços sociais e de saúde deve ser reforçado, inclusive com campanhas comuns, incluindo ações contra o uso ilícito de drogas.

A colaboração intersetorial poderia ser fomentada em nível supranacional, por exemplo, entre sistemas de saúde, assistência social, educação, setor privado e ONGs, destacando-se que já existe um conjunto significativo de ações empresariais e do terceiro setor em nível supranacional no campo da Saúde.

Outras ações relevantes devem ser desenvolvidas no nível da cooperação das ações de vigilância sanitária no nível das doenças transmissíveis e não transmissíveis e de seus determinantes, assim como das campanhas de informação e educação.

Programas comuns de treinamento e capacitação em Saúde Pública e Assistência Social, já realizados de modo informal deveriam ser fomentados, criando as bases para a futura integração de um escopo maior de ações de saúde.

Poderiam ser desenvolvidos projetos piloto sobre educação em saúde para os jovens, pensados de forma integrada e deveria ser constituído um Observatório sobre Reorientação das Políticas de Proteção Social, Sistemas de Saúde e Ações Transfronteiras. Isto ajudaria a elevar o status destas questões na agenda do MERCOSUL e também em cada um dos países.

Ainda a respeito, levando-se em conta a diversidade dos modelos de oferta de serviços e a heterogeneidade das práticas terapêuticas na região, é possível selecionar as boas praticas que deveriam integrar a temática de um Observatório de Saúde, contribuindo assim para a governança em Saúde na região.

Para tanto, é preciso assegurar uma troca eficiente de informação, incluindo o uso de bancos de dados relevantes para a temática das políticas e ações no campo da Saúde.

Finalmente, no campo institucional, cumpre sensibilizar as autoridades e futuramente a Justiça Comunitária para questões de arbitragem no campo da demanda por reciprocidade que certamente virá, a exemplo da União Européia, por parte dos pacientes, em algum ponto no futuro. A constituição de Centros de Referência de Especialidades no âmbito do

MERCOSUL, embora projete um horizonte temporal mais longo, no âmbito da harmonização do MERCOSUL, certamente se imporá, uma vez que a livre circulação entre cidadãos dos países membro se torne uma realidade.

A importância da questão dos medicamentos nas relações de Saúde no NAFTA chama atenção para um ponto sensível nas relações do MERCOSUL. De um modo geral, a normatização dos produtos e mercadorias, tais como alimentos, produtos de beleza e de limpeza, assim como medicamentos, já constitui um espaço bastante avançado de harmonização no âmbito dos grupos de trabalho do MERCOSUL. A consideração dos medicamentos em seu aspecto de política pública, entretanto, requer outras estratégias de intervenção que transcendem o espaço vitorioso da normatização dos fluxos comerciais entre países.

Dado que o Brasil tem a melhor (senão única) política de medicamentos para HIV/AIDS da região, além de produzir e distribuir, no âmbito das ações públicas, todos os medicamentos contra a tuberculose, é de se prever que este será um tema relevante da política de saúde da região, e um possível foco de pressão a ser exercida pelos demais países da área sobre o sistema de saúde brasileiro. Destaca-se que estas são doenças transmissíveis, que obrigarão o Brasil, em cenário de ampliação de fronteiras, a um posicionamento claro de reafirmação de sua política, sob pena de comprometer os significativos avanços já concretizados no país. Tais avanços deveriam constituir um marco de referência para o futuro desenvolvimento de ações coordenadas, em nível regional (OPAS, 2003).

Mesmo no campo da atenção primária, onde pacientes já buscam os serviços da rede de saúde brasileira nas cidades de fronteira, é preciso levar em conta que parte da demanda por assistência a saúde associa-se também à busca de vacinas e de medicamentos gratuitos, que constam da Farmácia Básica local.

Em termos do financiamento, as ações supranacionais relativas à prevenção e também aos medicamentos de alto custo e de administração supervisionada deveriam ser objeto de um acordo financeiro separado, dissociado das ações correntes da política de Saúde, no campo do Acordo do MERCOSUL, com aportes de recursos dos paises e também com doações internacionais, tais como existem hoje na África. O resultante seria o estabelecimento de um Fundo Financeiro de natureza supranacional, financiado com impostos, contribuições e doações internacionais, que garantisse a produção e distribuição de medicamentos essenciais, nos campos supra mencionados.

7.2 O SIS e as ações da Saúde transfronteiras.

Um segundo ponto relevante seria o da reorganização ou adaptação de nosso sistema de saúde às pressões observadas na fronteira (Villar, T. C Sc et allii, 2001). Embora, no Brasil, o peso demográfico e espacial desta fronteira não seja correspondente a seu equivalente europeu, este é, sem dúvida um tema relevante para o país e seus vizinhos, no MERCOSUL e fora dele, e que tem uma condução paralela ao processo de harmonização.

Há que separar as ações para pacientes brasileiros a serem realizados fora do país e as ações de saúde para pacientes de outras nacionalidades a serem realizadas no Brasil. Para os brasileiros, o acesso a outros serviços e sua regulação não envolve mudanças ou pressões sobre o financiamento. Bastaria, como na área dos projetos Euregio credenciar alguns serviços além fronteiros, que operariam segundo a tabela do SUS e para eles encaminhar nossos pacientes, regulando o acesso em torno a questões geográficas e de distribuição espacial das redes de serviço. A recíproca, entretanto não é verdadeira, uma vez que, nos demais países do MERCOSUL, só os segurados por planos de saúde ou em esquemas contributivos diretos poderiam ter direito a reembolso, nos padrões atuais de funcionamento de seus diversos serviços de saúde. Assim poucos pacientes poderiam utilizar-se da infra-estrutura de serviços de saúde no Brasil e obter ressarcimento de seus gastos fora das respectivas fronteiras, sem uma ação estatal voltada para diluir a separação entre financiamento público e privado, nestas circunstâncias.

Note-se que, na Europa, os projetos Euregio operam em geral em áreas onde o sistema de saúde é publico, mas baseado em contribuições diretas, que demarcam de alguma maneira, o espaço do direito social. É assim na Alemanha e na Holanda. Ou seja, não há mecanismo automático de reconhecimento desta possível reciprocidade, a não ser no campo do judiciário, da interpretação do escopo dos direitos comunitários, ou onde o custo alternativo da montagem de uma infra-estrutura de serviços é mais oneroso.

Assim, seria preciso alocar algum recurso, inicialmente brasileiro, e também do segmento "contributivo" dos demais países, que se incorporariam às transferências fundo a fundo do SUS e a PPI, de modo a formalizar esta demanda, hoje já exercida por pacientes de outras nacionalidades no Brasil, como por brasileiros em outros sistemas de saúde, nas cidades de fronteira.

A experiência internacional revela também que parte desta demanda concentra-se nos serviços mais onerosos e de maior complexidade, como as cardiopatias graves, o câncer, as hemodiálises, os transplantes. Poder-se ia, à semelhança do Chile, operar um adicional contributivo a um fundo denominado *Fondo Catastrófico*, que atua nesta faixa de serviços. A contribuição brasileira seria de natureza fiscal e incluída na PPI como hoje, e sua dimensão dependeria de quanto o país decide subsidiar seus vizinhos e parceiros.

O ponto de partida seria a territorialização desta demanda comunitária no MERCOSUL, com hierarquização de serviços e eventualmente menor restrição à generalização da atenção primária. Caso o PPI passasse a incorporar novos fatores e valores, quer originários de aportes dos planos de saúde, dos governos ou de um *Fondo Catastrofico* para as fronteiras, os pacientes transfronteiriços poderiam ser referidos a outros níveis de atenção, e, em cada região de fronteira, pactuadas as ações entre países envolvidos. Além da questão do financiamento e da regulação pelo SUS segundo suas normas operacionais

(dado que nos demais países não há propriamente um sistema de igual abrangência) outros elementos seriam requeridos para a montagem do novo sistema.

Entre outros, seria essencial a acreditação de instituições e profissionais, estabelecimento de padrões e protocolos clínicos, além da conformação de outros aspectos não clínicos da qualidade, tais como a garantia sobre uso e manipulação dos equipamentos, disponibilidade e compatibilidade de sistemas de informação, tanto para pacientes como entre os sistemas para os quais são referidos (médicos e serviços). Entre os requisitos, estaria incluída a consistência dos procedimentos de contratação e reembolso e na legalidade das transações entre fronteiras.

Não menos importante seria a formalização de um acordo sobre definições de metodologia para avaliar desempenho e qualidade. Finalmente, caberia fomentar o n*etworking* de especialistas e de estruturas de saúde da União no campo da Medicina de Emergência (via *site* na *Internet)* para estimular e apoiar a cooperação em caso de catástrofes e acidentes de grandes dimensões (pontos de contato, disponibilidade de acordos bilaterais e transfronteiras).

O arcabouço legal seria constituído de acordos bilaterais, através da constituição das regiões supranacionais de saúde.

7.2.1 Os municípios SIS - MERCOSUL

A mera observação dos acordos bilaterais em curso, que se expressa, por exemplo, no âmbito da empresas Itaipu Binacional como em acordos entre cidades de fronteira entre Brasil e Uruguai demonstra a existência de uma predisposição à pactuação entre países que até mesmo precede o avanço e a generalização do processo de harmonização. De outra parte, a formalização de ações já em curso no sistema de saúde brasileiro e que incluem cidadãos de regiões de fronteira, brasileiros ou não, que transcendem as considerações formais de residência certamente viria a contribuir para a melhor gestão do sistema de saúde nas áreas transfronteiriças, onde é mais tênue a demarcação da clientela própria do SUS.

Com base nesta constatação e nos avanços destacados no campo informal, no âmbito dos programas de vacinação, da atenção primária ou mesmo nos demais níveis de complexidade, o reconhecimento e valorização destas ações espontâneas correspondem a uma necessidade imediata de regulação da demanda e do financiamento das ações a ela correspondentes, no campo da vigilância epidemiológica e sanitária, e da assistência.

A proposta concreta desenvolvida em contraponto à experiência de ações integradas de saúde nas fronteiras européias e que considera, entretanto, as assimetrias entre os sistemas de saúde do Brasil e dos demais países do MERCOSUL seria a de criar uma categoria de gestão, a dos municípios SIS-MERCOSUL, na qual seriam habilitados, por adesão, os municípios de fronteira brasileiros, que se dispusessem a operar em âmbito transfronteiriço.

Esta condição de gestão, inicialmente no âmbito das ações do SUS poderia ser posteriormente generalizada para os demais países, nos territórios de fronteira, e também, no Brasil, para as fronteiras não MERCOSUL.

Os municípios habilitados na condição de municípios SIS-MERCOSUL, receberiam crédito suplementar fundo a fundo e também teriam que planejar suas ações transfronteiras no espaço do PDI e do PDR, juntamente com as ações dos demais municípios.

Faria parte da condição de habilitação para gestão SIS-MERCOSUL:

- a capacitação de profissionais de Saúde para operar em âmbito transfronteiriço;
- a harmonização dos calendários de vacinação transfronteiras;
- a acreditação dos serviços e dos profissionais;
- a adaptação dos sistemas de informação, dentro da estrutura dos sistemas de informação do SUS; e
- a definição da referência e da contra-referência.

A habilitação SIS-MERCOSUL poderia ocorrer no campo da gestão plena da atenção básica e também no campo da gestão plena do sistema, para municípios previamente habilitados nesta condição.

Neste caso, o PDI e o PDR deveriam refletir os novos fluxos de ações, e estabelecidos recursos adicionais para adaptar a oferta a este padrão ampliado de demanda.

A possibilidade de comprar serviços financiados pelo SUS e remunerados segundo sua tabela de remuneração de procedimentos em território transfronteiras do MERCOSUL deveria ser observada.

As ações dos municípios do SIS-MERCOSUL deveriam integrar os Observatórios de Fronteira, e nestas regiões deveriam ser desenvolvidos os primeiros Centros de Referência do MERCOSUL, tanto no campo das especialidades médicas, como no campo do ensino dos profissionais de saúde.

8. Referências

Brandon, J. **Border Health: an overview of Challenges along the U.S. Mexico Border**, Associate Dean, College of health and Social Services, Head, Department of Health Science, New Mexico State University, 1996.

Coheur A. **Integrating Care in Border Regions: an analysis of the Euregio projects**. *Eurohealth* 2001;7(4):10–12.

European Commission. **The Internal Market and Health Services**. Report of the High Level Committee on Health, Health and Consumer Protection Directorate General, 2001.

Gray, C. **Debate over NAFTA's Effect on Health Care a Sign Medicare will be dominant election issue**. Canadian Medical Association Journal, 1996.

MERCOSUL. **Sistema de Informação de Saúde.** Na Internet in Sistema de Informação de Saúde no MERCOSUL.htm.

MERCOSUL. **Pauta Negociadora do SGT nº 11 SAÚDE** – várias resoluções e atas de reuniões.

Ministério da Saúde. **MERCOSUL, A Saúde no MERCOSUL**, 2ª edição Revista e Ampliada, Série B, Textos Básicos de Saúde, Brasília, D.F, 2003.

OBSERVATOIRE SOCIAL EUROPÉEN. **The Influence of EU Law on the Social Character of Health Care Systems in the European Union**, 2001. Disponível em http://www.ose.be/health/files/exesumnl.pdf

OMS**. The Role of the Private Sector and Privatization in European Health System**, rapport de l'OMS, Bureau régional de l'Europe. Disponível em http://www.ose.be/health/files/exesumnl.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE**,** ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Proposta de Plano de Ação do Instituto Pan-Americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses (INPPAZ), 2004-2005.**13ª Reunião Interamericana em Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura, Washington, DC, 24 a 25 de abril de 2003 Punto 7 da Agenda Provisória RIMSA13/5 (Port.), 17 março 2003. Original Espanhol.

Palm, Willy; Nickless, Jason; Levalle, Henri; Coheur, Alain. **Implications de la Jurisprudence Recente Concernant la Coordination des Systèmes de Protection Contre le Risqué de Maladie,** Rapport général effectué pour la Direction Générale de l'emploi et des affaires sociales de la Commission européenne, Mai 2000. Brussels: Association Internationale de la Mutualité.

Steiman, Rebeca; Machado, Lia Osorio. **A Questão da Classificação das Fronteiras.** Limites e Fronteiras Internacionais, Uma Discussão Histórico |Geográfica,

Villar, Tereza Cristina Scatena et allii. "Saúde Internacional: alguns aspectos conceituais

contemporâneos". in: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2001 maio; 9(3): 101-5.

Union Européenne et Soins de Santé. **Documents de la Commission Emploi et affaires socials**. Disponíveis em http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/healthcare/healthcare_fr.htm.

Universidade de Patras e Comissão Européia. **Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde na UE - melhoramento da experiência e dos resultados para o doente**, Patras, 4 e 6 de Maio de 2003.

8. RACIONALIZAÇÃO DOS RECURSOS E ORGANIZAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTEGRAÇÃO NOS FLUXOS INTERFRONTEIRAS ENTRE OS SISTEMAS DE SAÚDE DA ARGENTINA, DO BRASIL, DO PARAGUAI E DO URUGUAI: UMA ANÁLISE PRELIMINAR A PARTIR DA ECONOMIA DA SAÚDE

Alcindo Antônio Ferla
Médico, doutor em educação (UFRGS), foi Secretário Substituto da Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (1999 a 2002) e atualmente é assessor da direção do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição e consultor do Departamento de Informação e Informática do SUS/Ministério da Saúde.

Janice Dornelles de Castro
Economista, mestre em planejamento e financiamento em saúde (LSE/Londres), doutora em saúde coletiva (UNICAMP) e professora do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Maria Lectícia de Pelegrini
Enfermeira, sanitarista, mestre em ciências da saúde (Unisinos) e atualmente é assessora da direção do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição.

1. Introdução

Esta reflexão, que compõe um trabalho de maior extensão (Castro, Ferla & Pelegrini, 2004) busca sistematizar, a partir da ótica da economia da saúde, contribuições para o desenho de estratégias de integração dos sistemas de saúde nas fronteiras dos países do MERCOSUL (Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai). No trabalho anterior buscou-se constituir um marco de aproximação geral através da revisão de alguns conceitos atualmente em uso no âmbito da economia da saúde, da revisão de referências sobre fontes e sobre modelos de financiamento da saúde, da revisão e análise de dados secundários relativos à organização e ao funcionamento dos sistemas de saúde dos quatro países e da revisão de aspectos relativos à gestão do financiamento e da integração entre os sistemas de saúde dos países da União Européia. Com base nessas análises e considerando os pontos mais relevantes identificados, sugerimos o desenho de alguns eixos de aprofundamento da integração entre os países.

Nesta reflexão, recortada da anterior, buscar-se-á contemplar um aprofundamento solicitado à consultoria pelos contratantes, qual seja o de destacar contribuições consideradas relevantes para uma racionalização de recursos e integração/otimização de fluxos entre municípios de fronteira, em particular daqueles onde sabidamente há maior circulação de cidadãos em atendimentos interfronteiras, com vistas a subsidiar a configuração desse processo de integração.

É importante destacar que as reflexões apresentadas buscam tão somente explicitar aspectos que devem ser considerados para a construção de uma estratégia de integração, à luz das formulações e das questões mais relevantes apontadas pela economia da saúde, e que estas serão feitas desde um marco mais geral de integração sistêmica entre os países. Essa ressalva é fundamental, já que, em um marco onde o foco estivesse centrado exclusivamente na regulação do fluxo entre os países, tomada pelo vértice mais visível que é o fluxo assistencial entre os municípios fronteiriços, a reflexão estaria centrada em formulações para a pactuação de mecanismos operacionais de controle dos fluxos e de ressarcimento dos procedimentos realizados. No momento atual, as diretrizes emanadas dos governos dos quatro países acenam para uma integração mais sistêmica[1], pautada em valores em que a solidariedade entre os povos e entre os governos tem um destaque constitutivo do próprio processo de integração.

Para dar corpo a esse recorte da reflexão anterior, sem perder o contexto em que aquela foi construída, procedeu-se à preparação de uma síntese das principais questões apresentadas e seu aprofundamento, num cenário onde se toma como uma estratégia de integração entre os sistemas de saúde dos quatro países, a racionalização/otimização dos recursos existentes.

2. As contribuições da economia da saúde para o movimento de integração entre sistemas de saúde

Desde há alguns anos, a constatação de um maior patamar de complexidade na organização e no funcionamento dos sistemas de saúde gerou condições para a incorporação de outras áreas de conhecimento no planejamento, no controle e na avaliação. É o caso da economia da saúde, que se constituiu justamente pela percepção da necessidade de maior especialização no conjunto de conhecimentos e ferramentas de ação, que até a década de 70 faziam parte do planejamento em saúde.

Para dimensionar as contribuições dessa especialização para a gestão da saúde, parece

1 Traduzida na racionalização/otimização de recursos (financeiros e operacionais) disponíveis, na captação de recursos externos e no planejamento de ações conjuntas, em que mecanismos de cooperação financeira têm papel coadjuvante.

oportuna uma primeira aproximação conceitual: "a economia da saúde (...) é um modo de pensar que tem a ver com a consciência da escassez, a imperiosidade das escolhas e a necessidade de elas serem precedidas da avaliação dos custos e das conseqüências das alternativas possíveis, com vistas a melhorar a repartição final dos recursos" (Campos, 1985, apud Piola & Vianna, 1995).

No escopo de contribuições que a economia da saúde oferece à gestão da saúde, podem-se incluir desde questões relativas às imperfeições do mercado, aos custos e preços dos produtos e serviços e também à importância para a economia dos países e regiões, uma vez que o efeito econômico dos empregos e dos fluxos de produção nessa área é muito grande. São essas contribuições, associadas sob a designação de "complexo produtivo da saúde", que podem facilitar o deslocamento da saúde, na compreensão dos formuladores das políticas de governo, de uma área de gastos para uma área de investimentos na qualidade de vida e no desenvolvimento dos países.

A revisão dos principais conceitos utilizados pela economia da saúde permitiu identificar um consenso sobre a necessidade de uma ação reguladora do Estado no "mercado da saúde", reconhecido como imperfeito para um funcionamento harmônico e socialmente justo da área. Permitiu também identificar as principais forças que compõem o equilíbrio necessário para o processo de regulação. Por outro lado, mostra a complexidade da ação estatal reguladora necessária para garantir o acesso a ações e serviços de saúde em justa medida.

A capacidade de capturar dados e informações que permitam estabelecer parâmetros para a busca de eqüidade ou de aproximar a capacidade de oferecer ações de saúde em uma medida justa é um desafio. Para além da definição de uma quantidade/qualidade ideal do ponto de vista estritamente técnico, outros fatores, também mutáveis, interferem na constituição do valor de justiça e, ao que parece, as melhores evidências têm demonstrado que é oportuna a criação de espaços de participação dos interessados para processar essas avaliações.

Por sua vez, o estudo dos modelos de financiamento da saúde, ou seja, das lógicas que permeiam as fontes e os mecanismos de distribuição, de acompanhamento e de uso dos recursos financeiros, mostram uma ampla possibilidade de combinação para a modelagem de projetos no plano concreto.

Com o objetivo de contribuir para a construção do modelo de financiamento do processo mais geral de integração entre os sistemas de saúde dos países do MERCOSUL, optamos, neste trabalho, por caracterizar as questões sobre a definição de critérios, a busca de eqüidade, as variáveis sobre o comportamento da demanda e do consumidor e do comportamento da oferta e do produtor, os impactos de cada um dos tipos de fontes e da estabilidade das fontes de financiamento e os aspectos que vêm sendo utilizados

para identificar as conseqüências do desenvolvimento do setor saúde para a economia, como forma de constituir, mesmo sem um conjunto de definições prévias, um marco de referência na área para subsidiar o processo decisório.

Para enriquecer ainda mais o cenário de subsídios ao processo decisório, também foram pesquisados alguns dados e informações sobre o contexto da saúde (dos sistemas de saúde e da situação da saúde) nos quatro países. Essa caracterização buscou identificar não somente as diferenças que, para efeito do processo de integração, precisam ser aproximadas, e os problemas comuns, para os quais esforços integrados podem gerar melhores resultados, mas também as potencialidades que podem ser estimuladas, em busca do desenvolvimento de uma rede de ações e serviços supranacional capaz de gerar um benefício solidário para a população da região. Somente a título de exemplo, há na região uma diferença no acesso à Atenção Básica, que é decisiva para a efetividade dos sistemas de saúde e de sua integração, que implicará um esforço de todos os países, porém em intensidades bastante diferentes, para alcançar patamares similares de acesso.

Por outro lado, no que se refere aos problemas comuns, há um agudo envelhecimento da população, com conseqüências importantes para os quatro países, que precisam — e podem — ser enfrentadas conjuntamente. E, por fim, no que se refere às potencialidades, a produção de insumos, tecnologias, medicamentos e a assistência a doenças e problemas de maior complexidade (AIDS, por exemplo) já estão avançadas em alguns países e essas capacidades podem ser estendidas aos demais países. Para reforçar ainda mais a importância dessa ampliação de escala na produção de ações e serviços, é preciso verificar que a mesma produz impactos, seguramente, no custo final, e também no estímulo às economias nacionais, representados pelo crescimento do complexo produtivo da saúde. Certamente, uma proposta para a integração da saúde que inclua o fortalecimento das economias nacionais criará condições políticas para os gestores da saúde, no contexto dos seus governos, de fazer avançar mais rapidamente essa integração setorial.

Por fim, faremos algumas considerações preliminares, levando em conta as referências construídas até aqui, para o processo de integração dos sistemas de saúde no MERCOSUL, com ênfase na racionalização/otimização.

3. Considerações iniciais acerca da racionalização dos fluxos interfronteiras entre os sistemas de saúde da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai

No estágio atual da análise, algumas considerações relacionadas ao recorte temático deste relatório podem ser registradas e oferecidas à validação. Merece destaque o fato

de que, na maioria dos casos, as considerações são aplicáveis para a otimização de fluxos nos municípios das regiões de fronteira, e também para uma integração mais geral dos fluxos de atenção à saúde entre os países.

Questões mais específicas para a operacionalização dos modelos de financiamento, como definição de fontes de recursos, modalidades de remuneração/reembolso, montantes de recursos e as simulações complementares ainda não podem ser especificadas nesta fase, já que dependem de informações adicionais e/ou de maior detalhamento da própria modelagem da integração que está sendo proposta. Entretanto, sempre que pertinente, os cenários descritos trazem elementos que permitem visualizar, ainda que de forma bastante panorâmica, essas questões.

- **Modelo misto de estratégias para modelar o processo de integração**

Não parece possível, dos pontos de vista institucional, legal ou político, o desenho de uma única estratégia de financiamento da integração dos sistemas de saúde ou mesmo da cobertura do atendimento transnacional que já ocorre, tendo em vista principalmente a precariedade da informação disponível e a fragilidade dos atuais mecanismos de regulação do acesso e a própria complexidade dos sistemas de saúde dos países.

Por outro lado, haveria um ônus principalmente relativo à densidade das formulações políticas na relação entre os três países, se a estratégia desenhada incluísse a ruptura da circulação interfronteiras que atualmente ocorre, mesmo que momentaneamente, sob o argumento de qualificar mecanismos para o atendimento de cidadãos para além das fronteiras entre os países. Antes mesmo de produzir uma quebra no discurso da integração, estratégias com esse ponto de partida teriam baixa efetividade, já que a população dos quatro países tradicionalmente vem utilizando mecanismos próprios para buscar a satisfação das suas necessidades de saúde em serviços localizados para além das fronteiras do país de origem. Da mesma forma, parecem existir fluxos consolidados em torno de iniciativas formais, como o exemplo da Itaipu Binacional, que oferece cooperação técnica e operacional com os países para o atendimento às demandas de saúde da população circunvizinha à hidrelétrica na trifronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai.

Em estudo sobre demandas internacionais de saúde nas regiões de fronteira da Argentina, do Brasil e do Paraguai realizado nos anos de 2001 e 2002 (Astorga J., Pinto C. & Figueiroa M., 2002), constatou-se que há um volume considerável de atendimentos realizados para cidadãos de outros países nos municípios limítrofes dos territórios nacionais, que não estão sob regulação principalmente pelo fato de o fluxo assistencial ser informal, com suporte numa rede de solidariedade e relações de parentesco e, portanto, compõe um fator de sub-registro, que se soma aos problemas existentes na qualidade das informações dos sistemas que registram os eventos relativos à saúde nos países.

Aliás, esses achados parecem não diferir de forma significativa das redes que se estabelecem na maior parte dos grandes centros urbanos brasileiros para o suporte ao atendimento de demandas espontâneas originadas em regiões com menor infra-estrutura de serviços. Assim, qualquer proposta de aumento de regulação e de viabilização de regras de financiamento diferenciado implica partir de uma equação que garanta o acesso que já vem sendo efetivado e qualifique o fluxo ao mesmo tempo, sem contar com evidências sólidas derivadas de dados e informações qualificadas, projetando novos cenários para o futuro. Uma quebra nesses fluxos, com a inclusão de restrições de acesso, teria como resultado, por certo, um aumento no sub-registro da origem do usuário.

Conforme já foi apresentado no documento anterior e listado na parte inicial deste documento, a escolha de fontes de recursos, modelos de financiamento e mecanismos de acompanhamento e controle depende da análise de situações concretas, em que vantagens e limites de cada uma delas possam ser ponderados para subsidiar a decisão. A adoção de uma estratégia para a formalização desse processo de integração deve ser feita preservando-se a possibilidade da implementação de modelos mistos de financiamento, a serem definidos e pactuados em acordos multilaterais estabelecidos *a posteriori*. Também é preciso que se tenha claro que qualquer proposta que envolva um componente financeiro somente é viável se estiver compatível com propostas mais gerais de organização do processo de integração.

Com vistas a obter: a) o desenho de estratégias mistas de financiamento e organização da atenção, com a ampliação progressiva da cobertura – com padrões conhecidos e pactuados; b) a harmonização progressiva dos sistemas, o estabelecimento de padrões mínimos e comuns de desenvolvimento assistencial e tecnológico; e c) a qualificação e integração entre os sistemas de informação para incremento nas ações de planejamento, monitoramento e regulação dos fluxos, algumas considerações, baseadas em grande medida na experiência da União Européia (União Européia, 2003), são de grande utilidade.

- **Conciliação dos objetivos e das metas da integração com as obrigações dos Estados membros**

Estratégias de integração entre os sistemas de saúde de diferentes países precisam considerar o arcabouço jurídico-normativo e institucional de cada um dos países, já que o processo de ajustes internos, principalmente no que se refere a grandes mudanças de arcabouço legal e/ou institucional implicam fortes movimentos internos e frações de tempo consideráveis, condições que não estão disponíveis no processo de integração. Julgamos que há uma necessidade premente de aprofundar o diagnóstico comparado desses aspectos (jurídico-normativo e institucional) em relação aos quatro países que compõem o escopo da atual fase de integração. No que cabe à perspectiva da economia

da saúde, devem ser identificados em cada um dos países não somente a disponibilidade de recursos orçamentários próprios e o grau de facilidade de captação de fontes externas de recursos que possam ser utilizados na área da saúde, mas também os instrumentos, fluxos e a metodologia de prestação de contas e controle do uso de recursos públicos. Os arranjos a serem propostos devem considerar esses aspectos para o desenho de estratégias de implementação mais imediata e também para o desenho de estratégias específicas para o ajustamento formal de questões relativas a esses domínios, com efeitos sobre o processo de integração somente a médio e longo prazos. Mas esse é um movimento de grande importância para o processo de integração, já que pode amalgamar neste as condições suficientes para fazê-lo avançar mais rapidamente na direção desejada num futuro próximo.

- **Identificação e compartilhamento das expectativas formais de direitos e deveres dos cidadãos que acessam os serviços de saúde**

A análise das condições jurídico-normativas e institucionais de que trata o item anterior deve incluir, de forma destacada, a questão de direitos e deveres dos usuários dos serviços de saúde. A viabilidade do trânsito desses usuários pelas fronteiras dos países, tendo reconhecida e preservada sua cidadania, implica a identificação dessas condições de direitos e deveres no arcabouço legal e institucional dos quatro países, bem como o estabelecimento de padrões comuns para orientar o acesso, a oferta e a qualidade das ações e dos serviços de saúde disponibilizados e os mecanismos que serão utilizados para dirimir dúvidas a esse respeito. Tais dispositivos devem ser suficientes para, no que se refere aos usuários, minimamente fazer avançar de forma significativa a situação atual de necessidade de dissimulação da condição de estrangeiro para ter garantido o acesso e, no que se refere aos serviços e ao sistema de saúde, a segurança de compartilhamento dos padrões mínimos de qualidade e quantidade que devem ser oferecidos sem o risco de ações de natureza judicial e/ou represálias formais por parte dos usuários.

Para o escopo das contribuições que a economia da saúde pode agregar ao processo de integração, as definições relativas a esse item têm impacto principalmente sobre o custo direto das ações, sobre o volume de recursos necessários e sobre mecanismos de acompanhamento e controle no uso desses recursos.

- **Pactuação e formalização de estratégias para a condução do processo de integração**

A experiência acumulada na integração entre sistemas de saúde, dada a complexidade de situações que precisam ser consideradas, mostra a necessidade do compartilhamento

na tomada das decisões para orientar o processo. Mais do que isso, a formalização de acordos multilaterais parciais, no contexto de um conjunto conhecido e compartilhado de valores que norteiam o processo mais geral para a aproximação dos sistemas de saúde, mostra-se necessária e útil à progressão da integração entre eles. Ao que está indicado nas análises disponíveis, a opção por acordos entre os países, consolidando consensos parciais ao processo de integração, na medida em que os consensos vão sendo constituídos, permite mediar as diferentes expectativas envolvidas, em particular em relação ao escopo dos avanços e à sua velocidade. Acordos parciais ajudam a consolidar o processo global de integração, materializando os avanços à medida da sua possibilidade política e tornando possíveis novos patamares de negociação, bem como permitem desenhar arranjos mais versáteis para a política de financiamento.

- **Compromisso dos países com a busca da eqüidade e da regulação do acesso às ações e serviços de saúde**

Como se pôde verificar no documento inicial, na medida em que há imperfeições reconhecidas acerca da capacidade do mercado em regular a oferta e o acesso às ações e aos serviços de saúde, é preciso constituir a determinação política e uma forte capacidade do Estado em exercer essa regulação. Há uma significativa heterogeneidade na expressão dessa ação de regulação do Estado sobre o funcionamento dos sistemas de saúde nos quatro países, inclusive por diferenças no desenho desses sistemas, particularmente no que diz respeito a graus variados de dependência de capacidade não-pública, à existência de arcabouço legal suficiente, aos desafios colocados para o sistema de saúde (objetivos, metas, mecanismos de controle, participação da população etc).

Por outro lado, há relativo consenso acerca de alguns valores que podem ser traduzidos no funcionamento do sistema de saúde. Entre esses consensos, a busca de eqüidade parece merecer destaque no momento atual, podendo constituir um importante propulsor de um padrão inicial de pactuação sobre a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde: o esforço dos países para a garantia de acesso àqueles com maior necessidade de assistência à saúde. A comparação dos indicadores da situação sanitária – em muitos casos com desempenhos equivalentes na organização do sistema de saúde – mostrou uma heterogeneidade significativa entre os países, mas mostrou também a existência de padrões igualmente heterogêneos nos próprios territórios nacionais. Portanto, o processo de elaboração do consenso em torno de padrões para a regulação do acesso a ações e serviços de saúde acarretará esforços, que embora diferenciados entre os países, serão de todos os países.

O estabelecimento desses padrões comuns para a regulação da oferta e do acesso garantiria também o compartilhamento dos esforços para implementá-los e, certamente,

o aumento da efetividade desses esforços. Os relatos existentes sobre as tensas relações de muitos países com a indústria farmacêutica e de insumos (principalmente no que se refere a medicamentos, equipamentos e insumos com grande densidade tecnológica e custo), as dificuldades de padronização pelas áreas de vigilância sanitária de produtos de interesse da saúde produzidos em outros países, a maior facilidade com que as políticas que regem as relações comerciais avançam nos países que possuem acordos comerciais ou a formação de blocos econômicos em comparação com normas comuns das políticas sociais (sanitárias, trabalhistas, de direitos civis, humanitárias etc) mostram a importância estratégica e política de avanços formalmente constituídos na definição de mecanismos comuns de regulação na área da saúde.

No que diz respeito aos países do MERCOSUL, esse movimento de afinar compromissos comuns na busca de eqüidade está sendo exercitado no momento atual, conforme demonstram as prioridades dos quatro países apresentadas por ocasião da XXI Reunião Ordinária do SGT nº 11 (MERCOSUL/SGT 11, 2003). A exemplo do que se tem verificado na área de Vigilância em Saúde, parece ser oportuno a definição de outras áreas para a pactuação e formalização de metas de curto e médio prazos.

O aprofundamento de pactos entre os países da direção apontada interfere de forma significativa e favorável aos governos no custo dos serviços, na regulamentação da oferta, nos padrões de qualidade e no ajustamento das condições de compra de ações e serviços por parte dos gestores dos sistemas de saúde no MERCOSUL.

- **Desenho de estratégias para a superação das desigualdades atualmente existentes – seja na estrutura e no funcionamento dos sistemas de saúde, seja na situação de saúde da população – e harmonização das condições de acesso às ações e serviços de saúde e de qualidade da atenção ofertada**

Segundo os dados apresentados nas referências que foram revisadas para a feitura deste estudo, há diferenças importantes no funcionamento dos sistemas de saúde dos quatro países, que precisam ser enfrentadas para a viabilização de um avanço no processo de integração. Mesmo considerando a autonomia e as diferenças estruturais nos países partes, que permitem variações sobre a própria modelagem do sistema de saúde, o acesso e a qualidade da atenção básica é fundamental. Dessa forma, a agenda do processo de integração implicará, necessariamente, o desenho de estratégias para cada um dos países para universalizar o acesso e padronizar minimamente a qualidade da Atenção Básica a ser ofertada à população. Mesmo nos municípios de fronteira, estudos têm demonstrado que a Atenção Básica e os atendimentos de urgência e emergência configuram grande parte da demanda atualmente identificada como sendo

de cidadãos dos países vizinhos, principalmente em Foz do Iguaçu (Astorga J., Pinto C. & Figueiroa M., 2002). Dessa característica nesses níveis de sofisticação tecnológica do atendimento, parece ser exceção a oferta de ações e serviços para o atendimento à gravidez, ao parto e ao puerpério, embora as significativas diferenças nos principais indicadores (mortalidade materna e infantil) demonstrem que há diferenças importantes na qualidade dos serviços oferecidos à população nesse segmento.

A organização de um fluxo referenciado para os demais níveis de complexidade do sistema implica o ordenamento e a resolutividade das portas de entrada, que parece ser uma obrigação típica do Estado nos quatro países. No estudo anteriormente referido (Astorga J., Pinto C. & Figueiroa M., 2002) dos sistemas de saúde nos municípios da trifronteira Argentina-Brasil-Paraguai, foi destacado que o fluxo interfronteiras estava aumentado não somente nas situações de diferenças de capacidade instalada, mas também quando o atendimento nesse nível de complexidade implicava pagamento por parte dos usuários. Parece necessário, portanto, pactuar mecanismos de ampliação da cobertura e da resolutividade para esses níveis de sofisticação tecnológica da atenção (Atenção Básica, urgência e emergência) nos países – em particular nos municípios de fronteira –, bem como assegurar gratuidade para o acesso dos usuários. Esse item tem grande influência no custo dos procedimentos realizados e, portanto, é fundamental para o desenho de qualquer estratégia de financiamento.

- **Avaliação da capacidade assistencial e tecnológica de saúde**

O diagnóstico e a análise da capacidade assistencial e de oferta de tecnologias em saúde é de fundamental importância para o desenho de estratégias de integração e para a proposição de modelos de financiamento para o atendimento interfronteiras. Essa preocupação já vem sendo processada, como está demonstrado na Ata da XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho nº 11 – Saúde/MERCOSUL (MERCOSUL/SGT 11, 2003), que já estuda uma metodologia para o diagnóstico e a análise das capacidades instaladas nos municípios de fronteira, bem como a demanda assistencial que já está sendo atendida ("Metodología de Análisis de Redes de Servicios de Salud – Consideraciones sobre la aplicación en las fronteras en el MERCOSUL"). Ao mesmo tempo em que se efetiva esse diagnóstico, é preciso um mapeamento complementar de áreas de interesse dos quatro países. Essa ação de diagnóstico geral de capacidade instalada e de demanda pode ser recortada para os municípios de fronteira, principalmente para os municípios das fronteiras Argentina – Brasil – Uruguai, que não foram objeto da análise referida anteriormente. Ela terá grande capacidade para permitir a mobilidade dos cenários e das estratégias para o financiamento da atenção à saúde oferecida entre os sistemas de saúde dos países do MERCOSUL.

4. Construção de cenários

Tendo em conta as considerações listadas até aqui, é possível desenhar alguns cenários para o processo de integração. Esses extrapolam as questões relacionadas ao financiamento propriamente dito, mas é preciso destacar que o componente financeiro está sempre presente em todas as ações propostas, seja pelo desembolso de recursos, seja para a identificação de elementos que permitam desenhar estratégias específicas para a utilização e controle de recursos financeiros. Por outro lado, não é possível operar com as contribuições da economia da saúde para um processo de racionalização e integração de sistemas de saúde entre países sem um conjunto de definições e informações anteriores, relativas à política mais geral que orienta esses processos. Também é oportuno registrar que, dependendo do avanço nas negociações entre os países, é perfeitamente possível combinar elementos de cada um dos cenários apresentados.

Assim, nos parece factível operar com as contribuições encomendadas para essa análise em três cenários, descritos e caracterizados abaixo, exceto no que se refere às contribuições que têm registro de aplicação apenas nos fluxos entre os municípios das fronteiras ou para o processo mais geral.

Cenário 1
Preserva o que já está sendo desenvolvido

Nesta proposta listamos ações que poderiam compor um cenário mais conservador. Este seria indicado para situações que de alguma forma possam comprometer o aceleramento da integração, seja por existirem dúvidas sobre aspectos do processo seja por dificuldades na avaliação acerca da governabilidade interna dos países, seja ainda por dificuldades na implementação de medidas adicionais para o aprofundamento da integração. Algumas iniciativas que não implicam custos adicionais, mas podem fortalecer as etapas futuras do processo de integração, também estão listadas. A estratégia de formalização da integração entre os sistemas de saúde que está sendo desenhada deveria consolidar o interesse comum e o compromisso de cada país na realização das atividades listadas, bem como a não-redução dos padrões atuais de financiamento para a região da fronteira.

Propostas para este cenário:

- formalização de garantia de acesso, nos padrões atuais, do atendimento a cidadãos de outros países;
- manutenção do padrão atual de avanços no processo de integração, particularmente na área de Vigilância em Saúde;
- estímulo à realização de estudos sobre o custo de ações e serviços de saúde oferecidas nas regiões de fronteira;

- estímulo ao compartilhamento das discussões atuais sobre sistemas de informação em saúde e projetos de identificação de usuários, profissionais e serviços de saúde, bem como ao intercâmbio das atuais tecnologias disponíveis. Parece possível a instalação imediata de Observatórios de Saúde do MERCOSUL, nas regiões de fronteira;
- integração das discussões que vêm acontecendo nos quatro países sobre medidas de compensação financeira para municípios de fronteira e estímulo ao avanço nessas discussões; e
- aprofundamento de estudos sobre o arcabouço jurídico-normativo do sistema nacional de saúde dos países, em questões relacionadas à integração dos sistemas de saúde com fluxo de recursos financeiros.

Cenário 2

Ampliação da integração, na medida da capacidade financeira e operacional existente nos países, sem o incremento significativo de recursos financeiros novos

Neste panorama, listamos ações que poderiam compor um cenário intermediário, em que o componente financeiro muito provavelmente poderia ser absorvido pelas fontes já existentes nos quatro países, mesmo que de forma solidária. São questões que podem contribuir para avanços no processo de integração ou subsidiar uma aceleração nesse processo. A estratégia de formalização da integração entre os sistemas de saúde que está sendo construída, neste cenário, consolidaria as questões referidas no cenário anterior, bem como o incremento dos padrões atuais de financiamento para as regiões de fronteira e para a integração dos sistemas de saúde nos itens listados.

Propostas para este cenário:

- indução à realização de diagnóstico detalhado sobre a capacidade instalada nos sistemas de saúde dos quatro países, no que se refere à assistência e à produção de insumos e tecnologias, bem como às demandas que poderiam ser referidas aos outros países;
- partilha das capacidades operacionais atualmente disponíveis para o atendimento de cidadãos de outros países;
- compartilhamento de serviços de referência para a assistência de alta densidade tecnológica e criação de redes transnacionais de desenvolvimento tecnológico;
- planejamento integrado para a ampliação de capacidade operacional em áreas de maior demanda na região de fronteira;
- busca conjunta e articulada entre os países de recursos externos para investimentos estratégicos, desencadeando um processo solidário de identificação de fontes de recursos para a saúde;

- integração e fortalecimento de projetos estratégicos dos países: atenção ao idoso, AIDS, assistência farmacêutica etc;
- estímulo à realização de estudos sobre o custo de ações e serviços de saúde oferecidos nos quatro países; e
- criação de um incentivo para atenção à saúde para garantir o acesso, na condição de visitantes, aos estrangeiros aos municípios brasileiros da fronteira do MERCOSUL.

Especificamente em relação a esse item, segundo deliberação contida no Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, consta que é necessário "estabelecer mecanismos de financiamento, com acordos de cooperação entre os países limítrofes com o Brasil, assegurando recursos adequados para a atenção básica em municípios localizados em região de fronteira, considerando especificidades como: extensão da fronteira, população abrangida, assim como a garantia de mecanismos de referência e contra-referência para acesso da população à atenção de média e alta complexidade" (Ministério da Saúde, 2001, p. 85).

Mesmo considerando a ausência de informações confiáveis para o desenho de estratégias mais detalhadas para a transferência de recursos para essa finalidade e o ainda incipiente processo de integração, julgamos possível desenhar uma proposta com viabilidade técnica para a criação de um repasse fundo a fundo, a partir da adesão dos municípios de fronteira brasileiros a um cardápio de obrigações formais com capacidade de ajustar fluxos, suprir parte das deficiências atuais e induzir novos padrões de integração entre os países.

Projeções de população e municípios brasileiros na fronteira MERCOSUL:

	Nº de Municípios*	População
Estados Brasileiros		
Mato Grosso do Sul	**12**	**275.269**
Paraná	**9**	**409.083**
Rio Grande do Sul	**29**	**698.880**
Santa Catarina	**10**	**70.787**
País limítrofe		
Argentina	**29**	**404.185**
Paraguai	**21**	**684.307**
Uruguai	**10**	**365 482**
Porte populacional do município brasileiro		
Até 50 mil habitantes	**53**	**591.319**
De 50 até 100 mil habitantes	**4**	**325.242**
Mais de 100 mil habitantes	**3**	**537.413**
Total	60	1.453.974

Fonte: Relação de municípios obtida em www.mercosul.gov.br/textos/ e dados populacionais de projeção para 2004 obtidos em www.datasus.gov.br.

Verifica-se que é possível proceder a escolhas que variam desde o universo dos municípios brasileiros fronteiriços com outros países do MERCOSUL, municípios por estado e por país e até mesmo por porte populacional, para estabelecer um valor de referência sobre a população a título de repasse para o fortalecimento da integração entre os sistemas de saúde dos países. A partir da experiência brasileira de financiamento, indicamos o repasse na modalidade fundo a fundo. A inexistência atual de dados sobre a referência populacional de estrangeiros não nos parece impeditiva de operacionalizar tal repasse, já que é possível estabelecer preliminarmente uma estimativa a partir da população do próprio município. As ações de vigilância, de informação e de referenciamento e contra-referenciamento de cidadãos de outros países nos parecem imprescindíveis como responsabilidade formal dos municípios para adesão aos repasses.

Cenário 3
Ampliação da integração com indução financeira e aplicação de recursos financeiros novos

Neste cenário, listamos ações que comporiam um cenário mais ambicioso, onde seriam desencadeadas ações decisivas para uma ampliação significativa dos padrões de integração atualmente existentes. Merecem destaque a criação de fundos para financiamento de atividades assistenciais e para o desenvolvimento de incrementos estruturais, a integração das políticas de informação e o desenho de uma agenda de prioridades para uso de recursos financeiros comuns para o processo de integração. A estratégia de acordos multilaterais que está sendo analisada, neste cenário, consolidaria as questões referidas no cenário anterior, bem como o incremento dos padrões atuais de financiamento, inclusive na captação de fontes externas, para a região da fronteira e para a integração dos sistemas de saúde nos itens listados, bem como para a definição de uma agenda de prioridades para uso dos recursos adicionais, principalmente por meio dos fundos de financiamento (para custeio e investimento), particularmente para a integração dos sistemas de informação e para a indução de projetos integrados de identificação de usuários, profissionais e serviços de saúde.

Propostas para esse cenário:

- **Criação de fundos de coesão e de desenvolvimento estrutural:**

A criação de fundos destinados a ações e projetos específicos pode ter um efeito bastante positivo, seja para o fomento de novos patamares de integração, seja para viabilizar o desenvolvimento assistencial, científico ou tecnológico, em áreas estratégicas do ponto de vista assistencial ou político, de forma a garantir um maior padrão de homogeneidade entre os países ou, ao menos, o não-agravamento das desigualdades atuais.

À análise da economia da saúde é preciso agregar uma análise dos aspectos legais e institucionais dos quatro países. A definição de fontes de recursos – próprios dos países e/ou captados em projetos de cooperação – e de mecanismos de acompanhamento e controle e de estruturas para a gestão desses recursos deve ser objeto de pactuação e formalização entre os países, envolvendo não somente as estruturas executivas dos governos, mas os demais poderes. Se essa estratégia implica um decurso considerável de tempo, também é verdade que, embrionariamente, pode ser desenvolvida por meio da busca integrada de fontes externas de financiamento, bem como na definição de recursos próprios dos quatro países, para utilização em projetos nacionais, de acordo com prioridades definidas em conjunto pelos demais países. A atenção ao agudo processo de envelhecimento da população desses países, com características e problemas já identificados anteriormente, parece ser um bom exemplo de campo de projetos que poderiam ser desenvolvidos dessa forma.

- **Compartilhamento de padrões de informação, do processo de registro de eventos e da identificação de usuários, profissionais e serviços para efeitos do sistema de informações:**

Produzir avanços no que se refere aos sistemas de informação é operação urgente e imprescindível em qualquer cenário capaz de qualificar o processo de integração dos sistemas de saúde dos quatro países. A necessidade de informações facilmente disponíveis, com qualidade, padrões comuns de representação e de tecnologia de captura e tratamento e dinâmicas similares de processamento e disponibilização, é referida em diversos estudos sobre a integração entre países. Essa referência também se verifica, em particular para a integração no MERCOSUL, no estudo sobre os municípios da fronteira Brasil – Argentina – Paraguai (Astorga J., Pinto C. & Figueiroa M., 2002) e na análise da experiência da União Européia (União Européia, 2003). Por outro lado, os diagnósticos dos sistemas nacionais de saúde dos quatro países mostram cenários similares, com sistemas desintegrados ou mesmo inexistentes, e iniciativas incipientes para o seu reordenamento (OPAS, 2002; 2003a, 2003b, 2003c, 2003d). A oportunidade de um avanço significativo parece ser mais evidente na experiência brasileira, onde uma política de informação e informática em saúde foi desenhada recentemente, com méritos já reconhecidos internacionalmente e, onde já vem sendo desenvolvida há alguns anos, uma densa experiência de identificação de usuários, profissionais e serviços de saúde, capaz de ordenar os sistemas de informação. Essa é uma importante área de utilização de recursos de fundos de desenvolvimento estrutural, inclusive com fontes de financiamento disponíveis, como é o caso das linhas de cooperação da União Européia, e também uma boa área para cooperação solidária entre os países – com viabilidade, portanto, também nos cenários anteriores.

- **Composição de uma agenda para a análise e definição de áreas estratégicas para a indução de avanços no processo de integração, com o uso de recursos financeiros adicionais dos fundos de financiamento:**

Outros focos também podem ser objeto de aprofundamento no processo de integração e otimização entre os sistemas de saúde dos países do MERCOSUL, com base na perspectiva da economia da saúde. Uma definição mais precisa desses focos, bem como um processo de identificação de prioridades entre os países, poderá permitir a análise mais detalhada de possíveis arranjos no cenário do financiamento da atenção à saúde e da otimização/racionalização dos fluxos interfronteiras.

5. Referências

ASTORGA J., I.; PINTO C., A.M.; FIGUEROA M., Marco. **Informe de la trifrontera – Estudio de Red Fronteriza Brasil – Argentina – Paraguay. Informe final**. Relatório impresso. Junho 2002.

CASTRO, J.D.; FERLA. A.A.; PELEGRINI, M.L.M. (2004). **Racionalização dos Recursos e Organização de Estratégias de Integração entre os Sistemas de Saúde da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai: uma análise preliminar a partir da economia da saúde.** Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

MERCOSUL. SGT Nº 11. **XXI Reunión Ordinaria del Subgrupo de Trabajo Nº 11 - "Salud"**. Acta Nº 2/03. Disponible en www.MERCOSULsaude.org. Consultado en 05/03/2004.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. **La Salud en las Américas**. Washington, D.C.: OPS, 2 v. , 2002.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. **Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Argentina**. 2003a. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 ARGENTINA.htm. Consultado en 05/03/2004.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. **Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Brasil**. 2003b. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 BRASIL.htm Consultado en 05/03/2004.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. **Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Paraguay**. 2003c Disponível em: http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 PARAGUAY.htm. Consultado en 05/03/2004.

OPS – Organización Panamericana de la Salud. **Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Uruguay**. 2003d. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 URUGUAY.htm. Consultado en 05/03/2004.

PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Org.). **Economia da Saúde: conceito e contribuições para a gestão da saúde**. Brasília: IPEA, 1995.

União Européia. **Processo de Reflexão de Alto Nível sobre a Mobilidade dos Doentes e a Evolução dos Cuidados de Saúde na União Européia, Documento: Resultados do processo de reflexão**. Data: 9/12/2003. Referência: HLPR/2003/16) http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/health_status_en.pdf.

9. EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS DE PARCERIAS ENTRE MUNICÍPIOS NA BUSCA DE ORGANIZAR, RACIONALIZAR E QUALIFICAR A ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Gilberto Antônio Reis

Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG e Professor de Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade do Estado de Minas Gerais.

1. Introdução

O desenvolvimento pelos municípios brasileiros de estratégias para assegurar acesso dos seus munícipes a serviços e ações de saúde não oferecidos em seus territórios decorre, em parte, da lógica que orientou a implantação dos estabelecimentos e equipamentos de assistência à saúde ao longo do século XX, determinada pelas leis do mercado na assistência à saúde. As intervenções estatais nesse mercado sempre foram marginais e pontuais, buscando dar respostas a interesses específicos.

Até a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS em 1990, diversos municípios foram assumindo atividades assistenciais de saúde paralelamente ou em cooperação com serviços federais ou estaduais já existentes em seus territórios. Diferentes níveis de responsabilização dos gestores locais, que variam desde a simples aquisição de ambulâncias para o transporte até o pronto-socorro do município vizinho à implantação de unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade, definem nesse cenário diversas experiências informais de parcerias entre municípios.

Os instrumentos disponíveis para formalização dessas parcerias na legislação brasileira são os convênios, acordos ou ajustes, os contratos, a criação de associações de municípios e os consórcios administrativos. No entanto, o desenvolvimento de experiências formalizadas de cooperação entre municípios vizinhos assumiu, em quase todo o país, a forma de consórcio administrativo com a criação de uma associação de municípios como entidade administradora do consórcio. Tomamos como exemplo a experiência pioneira de consórcio intermunicipal de saúde desenvolvida na região polarizada pelo município de Penápolis, no estado de São Paulo, em meados da década de 1980. Essa concepção de consórcio administrativo intermunicipal, na falta de normas específicas

na legislação brasileira, foi influenciada pela experiência européia, especialmente pela experiência italiana, onde o consórcio é uma agregação superior ao município, com personalidade jurídica própria e declarado pessoa jurídica de direito público (LARA, 2002).

Com a implementação do SUS, a criação de consórcios administrativos intermunicipais passou a representar uma possibilidade de resposta ao desafio de assegurar acesso de todos os cidadãos, segundo suas necessidades, a todos os níveis de complexidade da atenção à saúde, não disponíveis na imensa maioria dos municípios, ou seja, os consórcios teriam o potencial viabilizador da integralidade da assistência à saúde – um dos princípios do SUS, enquanto instrumento de gestão intermunicipal. Essa resposta está condicionada por duas especificidades brasileiras:

1. A municipalização da assistência à saúde como uma das diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis orgânicas da saúde – leis 8.080 e 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1994).
2. O fato de que, no regime federativo brasileiro, o município constitui-se como ente federado com relativa autonomia em relação aos níveis estadual e federal, assegurada pelos artigos 18, 29 e 34, inciso VII, alínea "c" da Constituição Federal. Segundo LARA (2002), essa autonomia assenta-se em quatro capacidades:
   a) *capacidade de auto-organização, mediante elaboração de lei orgânica própria;*
   b) *capacidade de autogoverno, pela eletividade do Prefeito e Vereadores;*
   c) *capacidade normativa própria, mediante a elaboração de leis municipais sobre matérias que são reservadas à sua competência exclusiva e suplementar;*
   d) *capacidade de auto-administração, para manter e prestar os serviços de interesse local (p. 44).*

Com efeito, as leis orgânicas da saúde instituíram o consórcio administrativo como instrumento de gestão intermunicipal, dando impulso à criação de consórcios em todo o país ao longo da década de 1990. Em 2000 (BRASIL, 2000)existiam em 13 estados um total de 141 consórcios, envolvendo 1.618 municípios brasileiros (29,4% do total), com população estimada de mais de 25 milhões de habitantes (15% do total). A adesão de um município a um consórcio intermunicipal de saúde, como todas as decisões tomadas no âmbito da administração pública, é determinada pelos interesses das forças políticas que controlam o governo local, o que cria uma diversidade de situações ao longo do tempo e do território brasileiro. Nesse cenário, sob a denominação de "consórcio", têm sido desenvolvidas diferentes experiências. Verifica-se assim que a utilização desse instrumento de gestão intermunicipal tem revelado as contradições do processo de construção do sistema público de saúde no Brasil.

MENDES (1994) afirma que, ao longo do século XX, o sistema de saúde brasileiro foi articulado:

- até os anos 30, sob a hegemonia do modelo sanitarista-campanhista, tendo como referência o trabalho de sanitaristas como Oswaldo Cruz;
- dos anos 30 aos anos 80, sob a hegemonia do modelo médico-assistencial privatista, estruturado a partir dos institutos de aposentadoria e consolidado no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, e depois Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS; e
- a partir dos anos 80, sob a hegemonia do modelo neoliberal, consolidado nos planos e seguros privados de saúde para os trabalhadores urbanos qualificados e para as classes médias.

O primeiro período inaugura a intervenção do Estado brasileiro nas questões de saúde, atuando de forma seletiva sobre epidemias e endemias que produziam impacto negativo sobre a economia agroexportadora. O segundo período representa uma resposta do Estado às pressões dos trabalhadores no sentido de terem acesso aos avanços da moderna medicina científica e corresponde à constituição do setor de serviços de saúde como atividade econômica dinâmica, contribuindo o Estado para a formação do capital do complexo médico-hospitalar nascente, através do INPS/INAMPS. O último período teve como pano de fundo as profundas crises econômica e política que levaram à transição do regime autoritário para a democracia liberal e a proliferação dos planos e seguros privados de saúde. Nesse cenário, emerge como projeto contra-hegemônico a reforma sanitária, consolidada formalmente na legislação que instituiu o SUS.

O início do processo de construção do SUS pode ser localizado na década de 70, como parte do processo geral de lutas de amplas parcelas da sociedade brasileira na reconstrução da democracia. Nesse processo, a reforma sanitária foi a bandeira que articulou técnicos e políticos reformadores, lideranças dos movimentos sociais urbanos emergentes e do novo movimento sindical. Os fatos apresentados a seguir em ordem cronológica permitem verificar como a idéia da saúde como direito de todos e dever do Estado evolui nesse período:

- 1976 – Criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, com o objetivo de estender as ações básicas de saúde para as regiões mais carentes do país;
- 1978 – Realizada a Conferência Mundial de Saúde pela Organização Mundial de Saúde na cidade de Alma-Ata no Casaquistão, tendo o governo brasileiro assumido o compromisso internacional de implementar uma política de saúde que assegurasse "saúde para todos no ano 2000";
- 1982 – Elaborado o Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previ-

denciária – CONASP, a partir do qual foram implementadas as Ações Integradas de Saúde – AIS, dando início a um processo sistemático e generalizado no território brasileiro de municipalização da assistência à saúde;

- 1986 – A 8ª Conferência Nacional de Saúde aprova a implantação de uma nova política de saúde, efetivamente democrática, tendo como diretrizes a universalização, a integralidade e a gratuidade da assistência e a descentralização e a unificação da gestão com a participação da sociedade;
- 1987 – Implementado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS, no contexto da chamada "Nova República", que transferiu para os governos estaduais e do Distrito Federal a coordenação e gestão dos recursos financeiros para manutenção das AIS;
- 1988 – Promulgada a Constituição Federal, contendo, pela primeira vez na história, um capítulo dedicado à saúde, refletindo todo o processo desenvolvido ao longo de duas décadas e instituindo o Sistema Único de Saúde – SUS;
- 1990 – Sancionadas as leis orgânicas da saúde (Leis Federais 8.080 e 8.142);
- 1991 – Editada a Norma Operacional Básica – NOB 01/91, pelo Ministério da Saúde, que dá início ao processo de municipalização dos sistemas federais e estaduais de saúde;
- 1996 – Editada a Norma Operacional Básica – NOB 01/96, pelo Ministério da Saúde, que define as modalidades de gestão do SUS nos demais níveis de governo, a saber:
  1. Para os estados – gestão avançada ou gestão plena do sistema estadual de saúde;
  2. Para os municípios – gestão plena da atenção básica ou gestão plena do sistema municipal de saúde;
- 2000 – Promulgada pelo Congresso Nacional a Emenda Constitucional nº 29 que obriga estados e municípios a destinarem à saúde 12 e 15% dos respectivos orçamentos, e a União gastos com aumentos anuais progressivos de acordo com o crescimento nominal do Produto Interno Bruto - PIB, a partir do ano 2000; e
- 2001/2002 – Editadas as Normas Operacionais da Assistência à Saúde – NOAS 01/2001 e 01/2002, pelo Ministério da Saúde, que normatizam o processo de regionalização da assistência à saúde no âmbito do SUS, sob a coordenação das secretarias estaduais de saúde.

Segundo CAMPOS (1992), o SUS pode ser apresentado como o resultado do tensionamento permanente entre dois projetos – o neoliberal e o reformista. Assim, os seus fundamentos legais (Constituição Federal e leis orgânicas da saúde) acolheram as propostas da reforma sanitária, mas a sua implementação, na prática, tem caminhado no sentido da realização da proposta neoliberal: um sistema público mínimo para a população de baixa renda, organizado como uma cesta básica de cuidados de saúde, e a compra

no mercado de serviços de atenção médica pelas empresas para os seus empregados e pelas classes de média e alta rendas através de planos e seguros de saúde.

Apesar disso, em comparação com a situação verificada em outros países da América do Sul (ASTORGA J; PINTO C. & FIGUEROA M; 2002), o SUS é reconhecido, enquanto sistema público de saúde, como socialmente mais justo e, do ponto de vista organizacional, mais avançado. Por oferecer acesso a todos os níveis de complexidade da assistência à saúde e de forma gratuita, o SUS tem atraído contingentes crescentes de residentes em países vizinhos em busca da assistência à qual não têm acesso em seus países. Essa situação é mais aguda e problemática nos municípios da linha de fronteira e demanda solução sob pena de tornar inviável o SUS nesses municípios.

Este trabalho busca avaliar a experiência brasileira no desenvolvimento de parcerias entre municípios na busca de organizar, racionalizar e qualificar a assistência à saúde no âmbito do SUS, focalizando os consórcios administrativos intermunicipais no sentido de apontar as possibilidades e limites da projeção dessa experiência à organização do Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL.

2. Aspectos jurídicos e legais

2.1 Conceituação de consórcio

Ao buscarmos a origem da palavra consórcio, encontramos a palavra latina consortiu significando associação movida por comunhão de interesses. Na concepção adotada neste estudo, consórcio é um instrumento de que se valem dois ou mais entes estatais da mesma espécie, como os municípios, para unir esforços tendentes a alcançar um fim, de interesse público, que não alcançariam isoladamente.

SANTOS (2000), após realizar ampla revisão bibliográfica, afirma que:

> *Nossos doutrinadores são unânimes ao conceituar o consórcio como um acordo celebrado entre pessoas jurídicas da mesma natureza, igualando-o ao convênio no tocante aos demais aspectos. Na definição de Odete Medauar, consórcios administrativos são "acordos celebrados entre entidades estatais da mesma espécie ou do mesmo nível, destinados à realização de objetivos de interesse comum" Para Maria Silvia Zanella Di Pietro, "consórcio administrativo é o acordo de vontades entre duas ou mais pessoas jurídicas públicas da mesma natureza e mesmo nível de governo ou entre entidades da administração indireta para a consecução de objetivos comuns". Da mesma forma se expressam Hely Lopes Meirelles, Diógenes Gasparini, Ubiratan Laranjeiras Barros e outros (p. 2-3).*

Último autor citado acima, BARROS (1995) sustenta que o consórcio

> *(...) é uma forma associativa de esforços, entre entidades da mesma espécie, visando atingir objetivos comuns. É, na verdade, um compromisso de mútua cooperação entre os consorciados. Essa cooperação pode ter por escopo a realização de obras, serviços e atividades temporárias ou permanentes, que embora localizadas em um Município ou Estado seja de interes-se de outros ou de toda uma região. Procuram assim, reunir recursos financeiros, humanos e técnicos não disponíveis em um só Município ou Estado. Entre nós o mais usual é o consórcio de municípios - consórcio intermunicipal (p. 508).*

Fica claro, portanto, que o consórcio só é admitido entre entidades da mesma espécie, ou seja, município com município, estado com estado, autarquia com autarquia, não havendo partes, mas unicamente partícipes com as mesmas pretensões. Para CASTRO (1999), os consórcios intermunicipais buscam fins administrativos e são formas ágeis de enfrentamento de problemas locais, dentro de áreas setoriais definidas, como na saúde, que terão solução à vista da boa governança no uso dos instrumentos e mecanismos das políticas públicas. Para o autor, representam ainda a possibilidade de dirimir conflitos intergovernamentais, interestaduais, interinstitucionais, territoriais ou comunitários.

Adotando esse mesmo conceito, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, aborda os consórcios como instrumentos de gestão, estimuladores do planejamento local e regional, possibilitando a viabilização financeira de investimento, otimização da rede e superação de desafios locais no processo de implantação do sistema (OPAS, 2004).

LARA (2002) alerta para o fato de que a Constituição Federal de 1988, no seu artigo 25, § 3º atribuiu aos Estados a competência para instituir, por meio de lei complementar, as regiões metropolitanas, aglomerados urbanos e microrregiões, a fim de integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum. Tais formações, no entanto, não se confundem com os consórcios intermunicipais, pois esses constituem ajustes firmados, voluntariamente, pelos municípios, de modo que os consorciados podem se afastar no momento que considerarem mais conveniente, desde que respeitadas as normas estipuladas em seu ato constitutivo. Todavia, isso não poderá ocorrer nas regiões administrativas criadas por lei complementar.

Outro aspecto assinalado pela autora é o fato de consórcio e convênio constituírem instrumentos de natureza jurídica semelhante, utilizados pelo poder público para associar-se com outros entes, sendo aplicados aos consórcios todos os princípios e preceitos reguladores dos convênios. A diferença entre esses dois instrumentos reside no fato de que, enquanto o convênio é firmado entre entes públicos de espécies diferentes ou

entre esses e entes privados, o consórcio, como já afirmado anteriormente, somente é celebrado entre entes públicos da mesma espécie. Destaca ainda que o consórcio público não se confunde com outras modalidades de consórcios de natureza privada existentes no mundo jurídico, tais como os consórcios comerciais e empresariais.

2.2 Natureza jurídica

Apesar da grande convergência observada entre os diversos autores ao conceituarem consórcio, a questão da sua natureza jurídica permanece polêmica. Adotamos neste trabalho a opinião daqueles que afirmam que os consórcios, assim como os convênios, têm natureza contratual (MEDAUAR,1995; BARROS, 1998 e SANTOS, 2000). A natureza contratual do consórcio traz implicações quanto à possível exigência de licitação para a sua instituição, o que será abordado no capítulo dedicado às questões organizativas.

2.3 Personalidade jurídica

Assumimos neste trabalho a posição de SANTOS (2000) e BARROS (1995), que sustentam que os consórcios não são dotados de personalidade jurídica. São acordos despersonalizados, formados por dois ou mais entes jurídicos para a realização de interesses comuns. No entanto, segundo a autora

> *Não sendo o consórcio detentor de personalidade jurídica, assim como o convênio não o é, alguns doutrinadores argumentam sobre a conveniência de se criar uma pessoa jurídica, vinculada às finalidades do consórcio, para executá-lo, assumindo direitos e obrigações em nome das entidades consorciadas (p. 4).*

2.4 Bases Legais para a Instituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde

WANDERLEY JÚNIOR (1999) afirma que, apesar de terem sido idealizados há mais de 60 anos, os consórcios intermunicipais ainda são uma novidade no direito brasileiro. As publicações a respeito do tema resumem-se a informativos de órgãos públicos, pareceres e referências legislativas e alguns poucos artigos em periódicos ou referências eventuais de alguns autores em seus manuais de direito administrativo, sendo raras as publicações específicas. O primeiro diploma a regular a matéria é a lei paulista nº 2.484, de 16 de dezembro de 1935, sendo o consórcio da Alta Araraquarense o precursor do associativismo intermunicipal. As constituições federais de 1937 e 1967 previam a possibilidade de os municípios se associarem para a consecução de objetivos comuns, sem, no entanto, utilizar a denominação de consórcio para essas associações.

No entendimento de LARA (2002), apesar de não se referir diretamente aos consórcios administrativos, a Lei nº 8.666/93 (Estatuto das Licitações e Contratos Administrativos), ao determinar em seu art. 116 que "Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração", permite a inserção desses consórcios na expressão "outros instrumentos congêneres".

Após a promulgação da Emenda Constitucional n.º 19, de 04 de junho de 1998, (BRASIL, 1998) a instituição de consórcios administrativos foi prevista, pela primeira vez, na Constituição Federal. Essa Emenda, que dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, estabelece no seu artigo 24 que o artigo 241 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação: Art. 241. A União, os estados, o Distrito Federal e os municípios disciplinarão por meio de Lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos.

No entanto, essa emenda ainda não foi regulamentada. Há projetos de lei regulamentando os consórcios administrativos em tramitação no Congresso Nacional (Projeto de Lei Nº 1071, de 1999) e na Assembléia Legislativa de Minas Gerais (Projeto de Lei Nº 49, de 2003). Esses projetos incorporam diferentes concepções de consórcios, refletindo a falta de consenso em torno dessa questão.

Em relação à legislação específica sobre o SUS, verificamos que a Constituição Federal (BRASIL, 1994), no seu artigo 196 define que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. O acesso às ações e serviços de saúde, ainda segundo a Constituição Federal, será assegurado através de uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade, com o objetivo de prover atendimento integral em saúde. O artigo 199 estabelece que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada, mas veda a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

A Lei Complementar n.º 8.080, que dispõe sobre as condições para a organização e implantação das ações e serviços do SUS estabelece no seu artigo 9º, inciso III, que a direção do SUS é única em cada esfera de governo, sendo exercida no âmbito dos municípios pela secretaria municipal de saúde ou órgão equivalente. O artigo 10 da mesma Lei abre a possibilidade da constituição de consórcios intermunicipais de saúde para que os municípios possam desenvolver, em conjunto, as ações e os serviços de saúde que

lhes correspondam. No artigo 18, inciso VII, a Lei estabelece que compete à direção municipal do SUS formar consórcios administrativos intermunicipais.

A Lei Complementar 8.142, que dispõe sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, nos seus artigos 2º e 3º, estabelece que os municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas dos recursos destinados à cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados (investimentos na rede de serviços, cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e demais ações de saúde), devendo o repasse de recursos ser feito de forma regular e automática para os municípios de acordo com os critérios técnicos definidos no artigo 35 da Lei n.º 8.080, artigo esse ainda não regulamentado.

A Norma Operacional Básica – NOB-SUS – 01/96 (BRASIL, 1997), editada pelo Ministério da Saúde, estabelece que a relação entre os sistemas municipais de saúde deverá obedecer as seguintes regras:

1. Relação exclusiva entre gestores municipais para acerto de prestação de serviços assistenciais à saúde. Caso um serviço necessário para atendimento à população de um município esteja localizado em outro, as negociações para a oferta desse serviço à população deve se dar entre os gestores e nunca do gestor diretamente com o prestador.
2. Essa relação entre os sistemas municipais é mediada pelo estado e tem como instrumento a Programação Pactuada e Integrada (PPI) que deve ser negociada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e submetida à aprovação do Conselho Estadual de Saúde. No caso de impasse na CIB, decide o gestor estadual, cabendo recurso ao Conselho Estadual de Saúde.
3. Se o gestor municipal julgar necessária uma avaliação ou auditoria dos prestadores de serviços de saúde situados em outro município, deve recorrer ao gestor estadual para isto.
4. O pagamento ao prestador, em qualquer circunstância, é feito pelo poder público do município sede do estabelecimento.
5. O município que presta serviços ou tem no seu território prestadores que prestam serviços aos municípios vizinhos, terá os recursos destinados à remuneração destes serviços incorporados ao seu teto financeiro.
6. Quando um município, que demanda serviços a outro, ampliar a sua própria capacidade resolutiva, pode requerer ao gestor estadual a incorporação no seu teto financeiro da parte de recursos alocados no município vizinho.

A NOB/96 não entra na questão da organização de consórcios intermunicipais de saúde e foi editada com a finalidade principal de promover e consolidar o poder público municipal como gestor local do SUS, responsável pelo atendimento integral de sua própria população. Contudo, estabelece bases para a adoção deste instrumento ao definir as normas para a articulação intermunicipal com o objetivo de assegurar acesso a todos os níveis de complexidade do SUS.

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde de 2001 e 2002 - NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), também não abordam os consórcios intermunicipais, mas definem regras para o processo de regionalização da assistência no âmbito do SUS como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior eqüidade. Ambas estabelecem nos seus incisos 1.1 que

> *O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.*

As NOAS instituem dessa forma o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, devendo ser elaborado pelas Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal, na perspectiva de assegurar a integralidade da atenção à saúde mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores municipais para o atendimento de referências intermunicipais.

O consórcio intermunicipal poderá ser um instrumento útil para a gestão dessas regiões ou microrregiões de saúde, o que já vem ocorrendo em alguns estados. Contudo, da mesma forma que foi discutido anteriormente para as regiões administrativas instituídas pelos Estados, as regiões/microrregiões de saúde, da forma como estão sendo implementadas, têm um caráter permanente e uma base territorial fixa, aproximando-se do modelo de distrito sanitário. O consórcio não deve ser colado ao processo de territorialização ou de constituição de regiões determinadas geograficamente, uma vez que constitui um instrumento de gestão ágil e flexível, permitindo a articulação intermunicipal em múltiplos arranjos territoriais simultâneos e complementares, dirigidos ao enfrentamento de problemas bem específicos de acordo com as necessidades e prioridades identificadas em cada município.

3. Aspectos organizacionais dos consórcios intermunicipais de saúde

3.1 Estrutura administrativa e administração do consórcio

Conforme exposto anteriormente, diversas experiências de consórcios intermunicipais de saúde vêm sendo desenvolvidas em todo o Brasil desde meados da década de 1980 com a experiência pioneira de Penápolis no estado de São Paulo, portanto antes da instituição do SUS. A quase totalidade dessas experiências instituiu sociedades civis, de caráter privado, paralelas aos respectivos termos consorciais, para executar as atividades previstas naqueles instrumentos. Efetivamente, ao referir-se aos consórcios MEIRELLES (1993) faz a seguinte recomendação:

> *(...) como não são pessoas jurídicas, não têm capacidade para exercer direitos e assumir obrigações em nome próprio, pelo quê é de toda conveniência a organização de uma entidade civil ou comercial, paralela, que administre seus interesses e realize seus objetivos, como desejado pelos consorciados (p. 357).*

Partindo dessa recomendação, os municípios vêm denominando "consórcio", de forma equivocada no nosso entendimento, as sociedades civis criadas para executar as atividades que foram objeto do acordo estabelecido entre os partícipes. Nesse sentido, BARROS (1995) sustenta que

> *Não se pode concluir dessas orientações que todo e qualquer consórcio exija automaticamente a criação de uma pessoa jurídica. Nem se pode fazer do consórcio, como se vem fazendo, a própria pessoa jurídica, ou seja, personalizar o consórcio. Como já se disse , aqui e alhures, o consórcio não tem personalidade jurídica. Pode haver consórcios que não demandem a criação de uma entidade personalizada. Ou ainda, por opção política, decida-se pela não criação. Achamos que a solução, nestes casos, é a utilização da personalidade jurídica do Município sede. Ou ainda, a utilização da personalidade judiciária da Secretaria Municipal de Saúde, que já possuía por se tratar de um órgão autônomo, ou por ter adquirido, com a vinculação do Fundo Municipal de Saúde (...) Portanto, os órgãos municipais de direção do Sistema Único de Saúde podem assumir direitos e obrigações, dispensando assim a criação de uma pessoa jurídica paralela para o consórcio. Essa orientação também foi incorporada pela Lei nº 8.080 de 19.09.90, no art. 9º, III quando atribui à Secretaria Municipal de Saúde a direção do SUS, e no art. 18, VII e X quando atribui a esse mesmo órgão competência para formar consórcios administrativos intermunicipais e celebrar contratos e convênios. Isso significa que o Secretário de Saúde tem competência para firmar consórcios, contratos e convênios. É também ordenador de despesa (p. 510).*

Portanto, o consórcio existe a partir da assinatura do termo ou ajuste consorcial pelos prefeitos e secretários municipais de saúde. O termo consorcial deve explicitar o objeto e os objetivos básicos do Consórcio, as formas de participação dos municípios consorciados bem como suas obrigações na gestão e no repasse de recursos financeiros, a definição do modelo administrativo e as regras mínimas para os procedimentos administrativos rotineiros, os direitos dos consorciados, a composição e regras mínimas de funcionamento das suas instâncias deliberativas e consultivas, a forma de vinculação e de desvinculação de municípios ao Consórcio, os quoruns mínimos deliberativos, o foro para dirimir pendências e a vigência, que poderá ser por tempo indeterminado.

O autor chama a atenção para a necessidade de abertura de uma conta especialmente destinada a receber os recursos financeiros a serem utilizados para custeio das atividades ou investimentos previstos no termo consorcial. Essa conta deverá ser vinculada ao consórcio e administrada pelo órgão gestor do Sistema Único de Saúde do Município escolhido como líder do consórcio pelos partícipes. Nessa circunstância, deverá ser estabelecido um sistema de prestação de contas ao conjunto de consorciados, e a outros órgãos, de acordo com a legislação aplicável aos atos da administração pública. Concluindo a sua argumentação, o autor afirma:

> *Ademais, achamos que a conclusão pela necessidade de se criar uma entidade privada para executar o consórcio, é fruto de uma cultura de que a Administração Pública não funciona, é emperrada, morosa, pesada; e que o setor privado é ágil, eficiente e eficaz. De início tentou-se negar os valores e princípios defendidos na época da assembléia constituinte, ou seja, propôs-se a criação de uma entidade regida pelo direito privado a fim de evitar o processo licitatório, a concessão de direitos aos servidores - como a estabilidade - o concurso público, etc. Ora, se isso não presta, é ruim e nocivo por que preservá-los para a Administração Pública? Será que o setor público é um ninho do imprestável? Achamos que não. Vemos nisso uma deturpação daqueles princípios por quem ainda não compreendeu o que é administrar coisa alheia, coisa pública. Quer administrá-los como propriedade sua. O regime privado dessas pessoas jurídicas aliás, mereceu manifestação do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em setembro de 1992, no sentido de que sendo tais associações mantidas fundamentalmente com recursos públicos deveriam ser regidas pelas regras da Administração Pública (Processo 7489/026/92 do TCE/SP) (p.511).*

A estrutura administrativa mínima do consórcio deve contemplar instâncias colegiadas de prefeitos e/ou secretários municipais de saúde além de um conselho fiscal e um grupo técnico executivo. O colegiado de prefeitos tem como atribuições instituir o consórcio, definindo os termos do instrumento consorcial, bem como decidir sobre a adesão

ou afastamento de municípios. O colegiado de secretários municipais de saúde ou equivalentes deve coordenar o planejamento estratégico que resultará em um Plano Intermunicipal de Saúde. O grupo técnico executivo participa do planejamento e implementa o Plano com o apoio dos secretários municipais de saúde, além de operacionalizar as ações de saúde no dia-a-dia, realizando a interlocução com e entre os serviços e unidades de saúde. Deve ser estimulada a constituição de grupos técnicos dedicados a projetos específicos como saúde mental, urgências/emergências e outros de acordo com as prioridades estabelecidas no Plano Intermunicipal de Saúde. O conselho fiscal faz o controle interno dos atos administrativos praticados.

3.2 Direção única

A lei orgânica da saúde determina com clareza no § 1º do artigo 10 que os atos constitutivos do consórcio administrativo intermunicipal deverão observar o princípio da direção única em cada esfera de governo, inscrito no seu artigo 9º e na Constituição Federal. Segundo SANTOS (2000)

> *Esse princípio há de ser observado nos consórcios que ficam obrigados a respeitar o comando único de cada secretaria municipal de saúde, ao mesmo tempo em que determina que o consórcio não poderá ser uma vontade distinta da de cada um dos consorciados, devendo haver uma vontade comum, única do consórcio, no interesse de todos. O Município que integra o consórcio não perde a sua condição de gestor único naquela esfera de governo. Por outro lado, o consórcio também deve ter uma unicidade de conduta, expressar uma vontade comum a todos os consorciados. A direção única continua a ser a de cada Município, não sendo transferida para o consórcio, que não surge como uma instância intermediária do SUS, mas constituindo apenas um instrumento gerencial da Administração (p. 13).*

3.3 Autorização legislativa

A respeito de autorização legislativa prévia à adesão do município ou estado a um consórcio, existem também posições divergentes, predominando na prática o entendimento da necessidade dessa autorização. MEIRELLES (1993) sustenta que (...) o convênio e o consórcio são sempre atos gravosos que extravasam dos poderes normais do administrador público e, por isso, dependem da aquiescência do legislativo (p. 356). CARVALHO (1992) mantém-se entre as duas posições:

> *Entendemos que, se for acordado um consórcio sem exigência da constituição de uma entidade civil ou comercial para executá-la, autorização da Câmara*

> *Municipal é dispensável, e até mesmo descabida, porque o acordo intermunicipal (...) é ato administrativo que se insere na competência do chefe do Poder Executivo. Se for necessária a organização de uma entidade administradora dos objetivos do consórcio, à qual se destinarão recursos financeiros e humanos dos Municípios congregados, pensamos que a autorização do legislativo municipal é indispensável (p. 108).*

BARROS (1995) observa que, nesta hipótese, a autorização seria para constituir a entidade administradora, sendo dispensável tal autorização no caso de formação ou participação em consórcio. O autor fundamenta sua posição a partir de ampla jurisprudência já estabelecida sobre essa questão no Supremo Tribunal Federal (RTJ 94/995; RTJ 115/597; RDA 140/64; RDA 140/68). No entanto, deve haver autorização legislativa para vinculação de receitas municipais ao consórcio.

3.4 Licitações e concursos públicos

As questões acerca das licitações são colocadas sob dois aspectos. O primeiro diz respeito à instituição do consórcio. Nesse caso, devemos dirimir a dúvida quanto à exigência ou não de licitação para a celebração de um consórcio, frente à sua natureza contratual. A Lei 8.666/93 - que rege as licitações e contratações públicas, seria aplicável ao consórcio? SANTOS (2000) sustenta que

> *Ainda que o estatuto das licitações e contratos administrativos não mencione expressamente o consórcio, como faz com os convênios, a ele se aplica o disposto no artigo 116, assim expresso: "Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração" (grifo nosso). O consórcio, não resta a menor dúvida, está contemplado dentro do conceito de 'instrumentos congêneres". Desse modo, o artigo 116, ainda que de forma implícita, refere-se, também, aos consórcios. Maria Sylvia Zanella Di Pietro leciona que "Exatamente por se tratar de acordo de vontade é que a Lei 8.666, de 21.6.93, sobre licitações e contratos, manda aplicar as suas disposições, no que couber, aos convênios, acordos, ajustes e outros instrumentos congêneres celebrados por órgãos e entidades da Administração" (p. 3)*

No entanto, para a autora

> *(...) diante das finalidades do consórcio – agrupamento de entidades públicas para a consecução de um fim único – a competição torna-se inviável, sendo a licitação inexigível. Nesse particular, não há divergências na doutrina, e todos os autores são unânimes em afirmar ser incabível a licitação, aplicando-se ao*

> *consórcio as disposições da Lei 8.666/93 atinentes à indicação de recursos; à fixação de prazo (sem, todavia, limitar a sua vigência a cinco anos, uma vez que o seu objeto, muitas vezes, poderá exigir tempo mais longo); às obrigações dos consorciados e outras regras cabíveis ao objeto dos consórcios (p. 4).*

O outro aspecto refere-se à exigência de o consórcio realizar processos licitatórios para aquisição de bens, serviços ou contratação de obras, seja através da entidade administradora, seja através do município líder. Nesse ponto não há divergências entre os diversos autores. Todos são unânimes em reafirmar essa exigência já que os recursos utilizados são públicos.

Da mesma forma, segundo WANDERLEY JÚNIOR (1999) a admissão de servidores para quadros permanentes deverá ocorrer através de concursos públicos. Tais servidores devem ser lotados nos quadros dos municípios consorciados, permanecendo à disposição do consórcio para realizar as atividades previstas no termo consorcial e no Plano Intermunicipal de Saúde.

3.5 Fundo de saúde e transferência de recursos do SUS

Os fundos dos entes consorciados devem consignar em seu orçamento anual recursos para o consórcio. Não há previsão legal para instituição de um fundo gerido pelo consórcio. SANTOS (2000) afirma que os consórcios intermunicipais de saúde em nada interferem com o fundo municipal de saúde.

Em relação às transferências de recursos da União ou do estado para municípios consorciados, a autora orienta no sentido de que

> *Os recursos que lhes são destinados pelo Fundo Nacional de Saúde continuam a ser repassados para os fundos municipais de saúde, sem nenhuma mudança, cabendo ao Município repassar ao consórcio as cotas acordadas. São os Municípios que acordam, que negociam com os outros, dentro do consórcio, a forma de repasse de recursos financeiros. A própria Lei 8.142/90 previu, em seu artigo 3º, § 3º, que os Municípios poderão remanejar entre si parcelas de recursos previstos no seu inciso IV, artigo 2º. O inciso IV, do artigo 2º dispõe sobre como deverão ser alocados os recursos do Fundo Nacional de Saúde, determinando que partes deles se destinarão à cobertura das ações e serviços a serem implementados pelos Municípios. São esses os recursos que poderão ser remanejados entre os Municípios para a execução de atividades comuns de interesse de uma determinada região. Os recursos que o Fundo Nacional de Saúde destina a determinado Município para a execução de atividades e programas previstos no seu plano de saúde, poderão ser destinados a uma conta especial do consórcio para financiar ações e serviços de saúde que*

> *interessam àquele Município. Isto não significa dizer que os recursos devam ser repartidos, na origem de sua transferência, ou seja, já do Fundo Nacional de Saúde para os consórcios.*
>
> *(...)*
>
> *Entretanto, nada impede que o Ministério da Saúde venha a celebrar convênio com o consórcio para a execução de programa de interesse comum dos consorciados, desde que, é claro, não venha a substituir nem desnaturar as transferências obrigatórias do Ministério da Saúde para os Municípios (p. 14 e 15).*

Essa posição é compartilhada por WANDERLEY JÚNIOR (1999) ao observar que os consórcios têm recebido os recursos financeiros na qualidade de prestadores. O autor alerta para que não ocorra, em hipótese nenhuma, o duplo pagamento – para a prefeitura e para o Consórcio, de um mesmo serviço prestado.

3.6 Controle social

A questão do controle social dos consórcios tem dado margem a diversas dúvidas. A posição acerca dessa questão adotada por SANTOS (2000) exprime um consenso que vem se consolidado. Pondera a autora:

> *O consórcio não cria outra instância de governo. Não cria uma entidade que se sobrepõe ao Município ou, melhor dizendo, à Secretaria Municipal de Saúde. O consórcio é um meio, uma forma de realização de programas, planos, serviços do interesse comum de todos os consorciados. Se compete ao conselho municipal de saúde discutir e aprovar as políticas de saúde e fiscalizar a sua execução no âmbito de seu Município, o conselho deverá controlar as atividades do consórcio naquilo que interessa ao seu Município e foi objeto do acordo consorcial. Cada Município, de per si, deverá fiscalizar os atos do consórcio, devendo o consórcio encaminhar aos conselhos de saúde dos Municípios participantes a necessária prestação de contas de suas atividades. Não há que se cogitar da criação de um conselho intermunicipal de saúde com o intuito de fiscalizar as atividades do consórcio. Nem haveria fundamento legal para tanto.*
>
> *(...) A Lei 8.666/93, em seu artigo 63, assegura, ainda, o acesso ao teor do instrumento consorcial, cabendo ao cidadão ou entidade civil denunciar desvios ou irregularidades aos órgãos competentes, se ocorrerem (p. 13-14).*

Não havendo fundamento legal para um conselho intermunicipal de saúde, o controle e a participação institucionalizados da sociedade dar-se-ão, para além dos conselhos, nas conferências municipais de saúde. Desde a aprovação da participação do município no consórcio até a definição de diretrizes, objetivos e prioridades a serem atendidas

através dele, todas as decisões devem ter a aprovação da conferência ou do conselho, de acordo com o papel atribuído a cada uma dessas instâncias pela legislação em vigor.

Por outro lado, a articulação entre os conselhos dos municípios participantes do Consórcio é desejável e potencia a atuação de cada conselho no seu município. Nesse sentido, há experiências de plenárias de conselheiros, realizadas no âmbito dos municípios consorciados com encaminhamentos articulados, fortalecendo o posicionamento de cada conselho municipal no enfrentamento de problemas comuns ao conjunto de municípios participantes.

3.7 Controle externo

Segundo WANDERLEY JÚNIOR (1999), o controle externo é aquele exercido pelo poder legislativo com o auxílio do respectivo Tribunal de Contas sob o aspecto da legalidade e da conveniência pública dos atos administrativos praticados. Portanto, além do controle exercido pelos conselhos de saúde, o consórcio também será fiscalizado pelo Tribunal de Contas correspondente ao nível da entidade pública que o integra, por força do disposto no artigo 71, VI, da Constituição. O autor alerta para o fato de que

> *(...) o controle dos Consórcios Públicos pelo Legislativo Municipal não se limita ao controle a posteriori de suas atividades ou de suas finanças. É preciso lembrar que, na maioria dos casos, os Consórcios Intermunicipais vêm sendo formados como pessoas jurídicas de direito privado, ou tem sido criada entidade com essas características, paralela à assinatura do ajuste consorcial, com a finalidade de administrá-lo, o que, obrigatoriamente, sujeita o Município ao controle a priori do Poder Legislativo, posto que se torna imprescindível que haja a autorização legislativa para a criação de tais entidades personalizadas (p. 222).*

4. Ações de saúde desenvolvidas

Na quase totalidade das experiências em andamento, as associações civis denominadas consórcios têm se especializado na oferta de assistência médica ambulatorial secundária, de apoio ao diagnóstico e tratamento e de assistência hospitalar, seja como prestadoras desses serviços ou como intermediárias na compra de serviços do setor privado, enquanto às secretarias municipais de saúde compete a manutenção da atenção primária. Nesse aspecto, tais experiências contribuem para consolidar a tendência de partilha de responsabilidades entre o subsetor público e o subsetor privado, por nível de complexidade, em que o público assume os níveis assistenciais mais básicos e o privado os mais complexos. Para GUIMARÃES (2001) essa tendência poderá repercutir sobre a eqüidade

e a eficiência global do Sistema, caso o modelo de atenção não inclua fundamentos de solidariedade (p. 26).

Essa prática encontra respaldo teórico em MENDES (1999), ao definir o que chama "Consórcio de Saúde" - introduzindo a participação direta dos estados, como uma estratégia de organização dos níveis secundário e terciário dos sistemas microrregionais de saúde (p. 284). Ao identificar as finalidades das associações em funcionamento, o autor propõe a seguinte tipologia:

- consórcios monofinalísticos – são constituídos para responder a uma única demanda, como p. ex., a assistência oftalmológica; e
- consórcios polifinalísticos – os mais comuns são constituídos para responder a diversas demandas, geralmente em níveis de complexidade e custos acima das possibilidades de cada município consorciado isoladamente.

No mesmo sentido, BASTOS (1998) prescreve:

> *Tendo por norma não entrar no atendimento primário, incumbência que deve ser assumida integralmente pelos municípios sob pena de desandar toda a relação existente, o CIS vai avançando em direção à montagem de um sistema regionalizado e hierarquizado, de forma que permita aos médios e aos pequenos municípios terem todo tipo de assistência necessitada pelos seus cidadãos (p. 64).*

Para utilizar os serviços, cada município encaminha o paciente de acordo com fluxo acordado. Algumas associações operam centrais de leitos ou de marcação de procedimentos, realizando a regulação para acesso dos usuários aos níveis mais complexos da assistência. No entanto, em regiões conurbadas, existem experiências de cooperação entre municípios para organização e disponibilização de ações básicas de saúde.

5. Avaliação das experiências de consórcios intermunicipais de saúde no Brasil

Apesar de estar sendo desenvolvida no Brasil há quase 20 anos, há poucas avaliações sobre a experiência dos consórcios. GUIMARÃES (2001) informa que

> *Opiniões desfavoráveis em geral associam os consórcios aos efeitos negativos de descentralização avaliada como descoordenada e que teria resultado na pulverização de recursos, na atomização e na fragmentação de sistemas municipais, ao lado do esvaziamento da função da esfera estadual. O surgimento dos consórcios nesse contexto foi visto como estrutura competitiva com as funções do estado e de baixa institucionalidade (Mendes, 1998; Machado, 1998). As opiniões favoráveis reforçam que a adoção de consórcios conformou*

> *instrumento de estabelecimento de relações intergovernamentais cooperativas com potencial de superar os dilemas advindos com as novas responsabilidades das esferas estadual e municipal e lidar com assimetrias de capacidades que resultam em distorções da atuação de municípios e papel de estados, estas sim ameaças às relações cooperativas (Cruz, 1992; Bertone, 1996; Misoczky & Bastos, 1998; Lima, 1998; Schneider, 1998).*

O Tribunal de Contas da União (BRASIL, 1999), em estudo realizado para subsidiar as decisões acerca dos questionamentos que envolvem o controle sob sua responsabilidade na área da saúde, verificou que

> *como apenas alguns municípios teriam condições de oferecer serviços de qualidade em todos os níveis de atenção, a organização da rede pública de saúde pressupõe a pactuação e a negociação entre os municípios de uma mesma região e entre esses e outras esferas de governo, formando os chamados consórcios intermunicipais de saúde, utilizados como instrumentos facilitadores da descentralização. Não obstante a existência de experiências positivas, como em Minas Gerais e no Paraná, constatou-se que, de maneira geral, a implantação desse mecanismo ainda se encontra em estágio incipiente. Como causas determinantes, foram apontadas: a ênfase dada à municipalização, reforçando a desarticulação entre os sistemas municipais, a falta de clareza quanto às atribuições dos gestores estaduais na função de coordenadores de rede e a inexistência de tradição na área.*

Um aspecto central da polêmica em torno dos consórcios intermunicipais de saúde diz respeito à sua concepção como instância gestora ou instrumento de gestão do SUS. Apesar de na esfera jurídica haver amplo consenso na sua caracterização como instrumento de gestão, com respaldo na legislação em vigor, na prática a articulação da defesa da sua personificação com vinculação exclusiva a uma microrregião e com a prescrição da criação de conselho intermunicipal de saúde, transformando o consórcio em espaço de disputa de poder em torno da gestão de recursos disponibilizados para o SUS, confere ao instrumento diversas características de instância gestora. Essa situação anormal no contexto da estrutura federativa brasileira – um ente intermediário entre estados e municípios, mantém os consórcios em situação de grande instabilidade institucional.

BASTOS (1998), ao defender a instalação de conselhos intermunicipais de saúde, afirma textualmente que o consórcio está se constituindo, de fato, em instância gestora do sistema de referência do SUS (p. 33). Mais adiante o autor lamenta a falta de um apoio oficial mais expressivo para sua legitimação dentro do SUS, enquanto nível de atuação e de gerenciamento (p. 65). MENDES (1999) acena com a possibilidade de radicalização desse modelo: os consórcios seriam transformados em receptores de recursos financei-

ros das três esferas de governo e teriam autonomia para aquisição de serviços no mercado para atender a população de uma microrregião nos níveis de maior complexidade da assistência. Cada microrregião agregaria um conjunto de municípios constituindo um distrito sanitário. Experiência nesse sentido, denominada "Microrregião Saudável", vem sendo desenvolvida com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Rio Grande, em Minas Gerais. Essa discussão tem avançado mais recentemente no sentido de transformar cada associação civil denominada consórcio em Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, de acordo com a lei 9790/1999.

O argumento inicialmente apresentado a favor da personificação dos consórcios pela criação de associações civis de direito privado seria a possibilidade de evitar os procedimentos burocráticos da administração pública. Esse argumento foi esvaziado a partir do posicionamento de juristas e dos tribunais de contas, determinando a obrigatoriedade de cumprimento das normas da administração pública (licitações, concursos públicos, controle externo via tribunais de contas). Segundo SANTOS (2000), outro argumento apresentado a favor da personificação dos consórcios é a possibilidade de contrair obrigações em nome de um conjunto de entidades jurídicas – os municípios consorciados. Para a autora, no entanto

> *(...) hoje, o que prepondera não é o interesse em buscar soluções para problemas existentes na administração pública, mas, simplesmente, fugir ao regime do direito público, de preceitos constitucionais e legais. Sob a alegação da ineficiência da administração pública, todos querem encontrar soluções que lhes permitam gerir a coisa pública sem as "amarras" da administração pública. Se se reconhece que existem "amarras" que emperram a administração, e se o desejo é obter uma maior flexibilidade para administrar, que ela seja colocada legalmente ao alcance de toda a administração. A intenção de nossos doutrinadores de buscar soluções para problemas jurídicos julgados insolúveis foi tragada pelo descompromisso de muitos gestores públicos para com as leis e os princípios que regem a administração pública. Na realidade, o administrador que introduz em sua administração mecanismos que lhe permitam, de forma transversa, desobedecer as regras impostas para a administração pública deve ser considerado, na atualidade, um bom gerente público (p. 5-6).*

WANDERLEY JÚNIOR (1999) associa a instabilidade jurídico-institucional dos consórcios à ausência de uma lei que houvesse definido a sua natureza jurídica e sua estrutura. Essa lacuna legal, segundo o autor

> *(...) fez com que este instituto fosse implantado em diversas localidades do país, sem nenhum critério objetivo, servindo, na verdade como instrumento político, sendo realizado e estruturado de acordo com a conveniência política das autoridades locais, dos grupos que viram no consórcio um meio de "ocupar*

espaço" e de acordo com interesses particulares, em detrimento de interesse comum, que, teoricamente, deveria ser a finalidade dos consórcios públicos (p. 152).

Outro aspecto problemático da experiência brasileira em consórcios intermunicipais de saúde tem sido a posição ambivalente do Ministério da Saúde e a falta de envolvimento da maioria das secretarias estaduais de saúde. O Ministério da Saúde realizou três estudos sobre consórcios em parceria com a Organização Panamericana da Saúde (BRASIL, 1998; BRASIL 2000; BRASIL 2000a). Esses estudos objetivaram conhecer a situação dos consórcios, tendo o último realizado uma avaliação com visitas de campo a todos os consórcios existentes, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de uma política do Ministério dirigida aos consórcios, o que nunca se consolidou. As ações do Ministério limitaram-se ao acompanhamento pontual, ao suporte técnico eventual com recomendações e orientações através de textos técnicos e a elaboração de um manual (O Consórcio e a Gestão Municipal de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1997) e à organização, em 1994, do I Seminário Nacional sobre Consórcios em Saúde.

GUIMARÃES (2001), ao investigar a viabilidade e condicionantes de cooperação entre estados e municípios no âmbito dos consórcios intermunicipais de saúde verificou uma participação variável das secretarias estaduais de saúde na implementação e manutenção dos consórcios. Essa participação foi mais efetiva nos estados que assumiram a responsabilidade pelo processo de regionalização da assistência e que redefiniram suas estruturas administrativas para o cumprimento de suas novas funções. Onde não ocorreram tais mudanças, os consórcios apresentam maiores dificuldades para se consolidarem como instrumentos de apoio à descentralização. A autora faz a seguinte avaliação da atuação dos estados:

- Minas Gerais – promoveu aceleração induzida de consórcio dependente de incentivo e independente de regulação, passando a ser enfaticamente atribuída aos consórcios atuação competitiva ou substitutiva à função de coordenação do sistema estadual, na medida em que promoviam a organização regional.
- Paraná e Mato Grosso – implementaram processos de estímulo e apoio ao desenvolvimento de consórcios e alargaram as funções estaduais nas regiões.
- Paraíba e Espírito Santo - promoveram a organização regional por meio de consórcios.

Para a autora, outros fatores, além do apoio dos outros níveis de governo, influenciam a cooperação intergovernamental através dos consórcios, a saber:

- desníveis de capacidade tributária;
- desníveis de organização dos sistemas municipais de saúde;
- sustentação política ocasionada pela fragilidade jurídica do instrumento; e
- confiança política.

Ao fazer revisão de estudos que buscaram avaliar os consórcios, a autora aponta os seguintes elementos positivos:

- evidências de aumento de eficiência e de qualidade dos serviços oferecidos;
- oferta de serviços especializados aos municípios de pequeno porte cuja escala de produção era incompatível com a sua manutenção;
- aumento da disponibilidade de leitos contratados;
- maior facilidade de implementação de referências;
- unificação da porta de entrada;
- padronização de atendimentos médicos;
- ampliação e diversificação da oferta;
- flexibilização administrativa com implantação de incentivos profissionais;
- planejamento e organização regional dos recursos existentes com racionalidade da utilização;
- ampliação da discussão da saúde; e
- contribuição para a assunção de responsabilidades novas, alcance da integralidade e redução de iniqüidades com a expansão de serviços para regiões interioranas.

Entre os estados que implementaram políticas de incentivo ao desenvolvimento de consórcios, Minas Gerais é o que aparentemente obteve maior êxito. O estado concentra metade do total de consórcios intermunicipais de saúde existentes no Brasil. Esses consórcios foram formados a partir da orientação da Secretaria de Estado da Saúde - SES, gestão 1995-1998, que colocou em prática o programa estruturante do governo estadual, constante do PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, plano de médio e longo prazo, com metas e estratégias evidenciadas no PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental.

Essa experiência foi avaliada por técnicos a serviço da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa – ALMG, do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais – TCMG e da Secretaria de Estado da Saúde – SES, em 1999/2000 (COELHO, REIS & SILVA, 2000). Foi utilizada metodologia de survey com o envio de um questionário elaborado, conjuntamente, entre a Comissão de Saúde da ALMG, a SES e o TCMG, e remetido aos consórcios, como forma de coletar informações, que permitissem conhecer e avaliar suas atuações no Estado. Ficou decidido que seria importante conhecer a natureza jurídica do consórcio, o número de municípios associados, seus objetivos, sua estrutura administrativa, seus cargos, forma de recrutamento e seleção de pessoal, regime trabalhista, fontes de financiamento, aplicação dos recursos, sistema contábil adotado, prestação de contas, planejamento e acompanhamento das ações e serviços de saúde executados. O questionário ficou composto por 17 grupos de questões, algumas fechadas e outras abertas, sendo que para diversas questões foi solicitada a anexação de documentações pertinentes. Elaborado e aprovado o questionário, coube à SES obter junto aos consórcios o preenchimento dos mesmos. Foi definido que todos os consórcios intermunicipais de saúde, criados no espaço geográfico do Estado de Minas Gerais, constantes dos registros

no SUS/MG e na Comissão de Saúde da ALMG, num total de 71, constituiriam o universo a ser pesquisado. Também ficou acordado que todos os questionários preenchidos e remetidos à Comissão de Saúde da ALMG seriam objeto de análise, bem como todas as informações seriam tabuladas. Os questionários recebidos – 32 ao todo, representam 45,07% do universo de 71 consórcios formados em Minas Gerais. Participam desses 32 consórcios 340 municípios, o que corresponde a 39,85% dos 853 municípios mineiros. O trabalho resultante objetivou contribuir para o debate e o processo de tomada de decisão acerca dos desenvolvimentos futuros dessa experiência. Participamos dessa avaliação e apresentamos, a seguir, uma síntese dos resultados obtidos.

Em relação aos aspectos legais, a pesquisa reitera as posições apresentadas neste trabalho, afirmando a importância dos consórcios como:

- estratégia para assegurar a integralidade da assistência para a maioria dos municípios brasileiros;
- instrumento de gestão intermunicipal; e
- desdobramento natural do princípio constitucional da autonomia municipal, não ostentando autonomia administrativa, financeira e orçamentária.

Quanto às informações obtidas com a pesquisa:

1. Em relação aos objetivos relacionados ao desenvolvimento do modelo de gestão identificou-se ações de apoio à gestão municipal paralelas às ações de substituição da gestão municipal – o que contraria a Lei, como também foi constatado, de forma inequívoca, na justificação apresentada para o projeto de lei que declara de utilidade pública o CIS-AMVAP, cujo objetivo consiste na organização do sistema de saúde na área de jurisdição dos municípios consorciados, segundo as diretrizes do SUS. Em virtude dessa meta, compete ao consórcio, entre outras atribuições: promover o planejamento integrado, com base epidemiológica; definir a política de investimento para a microrregião; prestar assistência técnica e administrativa aos municípios consorciados e assegurar a participação das comunidades envolvidas no processo decisório. Ora, planejar e organizar sistemas de saúde, definir políticas e assegurar a participação da comunidade são atribuições típicas do gestor.
2. Em relação ao desenvolvimento do modelo assistencial, os objetivos concentram-se na oferta de serviços e ações de saúde de nível secundário e terciário. No entanto, observou-se o desenvolvimento de ações básicas como consultas de pediatria e citologia cervico-uterina.
3. Em relação à natureza jurídica dos consórcios, restou comprovado que os consórcios intermunicipais de saúde, formados no Estado de Minas Gerais, são associações civis, registradas em cartório como pessoa jurídica de direito privado.

4. Na estrutura administrativa, predomina o modelo dado pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Ministério da Saúde, compatível com uma associação civil. Verificou-se que, além de ser completamente desnecessária, essa estrutura contribui para onerar mais as atividades meio dos sistemas municipais de saúde, desviando recursos que deveriam ser utilizados na assistência às suas populações. A existência de Conselho Curador, estrutura típica das fundações filantrópicas, e a participação de vereadores para comporem a estrutura administrativa dessas associações chamam a atenção para a aberração e confusão organizacional instituídos.
5. De maneira geral, a mesma confusão prevalece em relação às normas administrativas, uma vez que, apesar de alguns consórcios responderem que respeitam a legislação pertinente ao direito público, utilizam-se de instrumentos característicos de instituições de direito privado. Efetivamente, na administração dos recursos humanos, no regime de admissão de pessoal, na aquisição de materiais, na contratação de serviços de terceiros e, na utilização do sistema contábil, foi verificada a predominância das normas do setor privado. Como a totalidade dos recursos financeiros são decorrentes de repasses dos municípios e do Ministério da Saúde e o patrimônio formado/adquirido é decorrente da utilização de dinheiro público, repassado seja através de convênios com o Estado, ou adquirido com recursos repassados pelos municípios, fica clara a dificuldade enfrentada pelos ordenadores de despesas, quanto à prestação de contas desses recursos.
6. Em relação à forma como é realizado o planejamento, verificou-se que existem associações que planejam à revelia dos municípios associados. De maneira geral, tem sido utilizada a técnica de programação anual das ações e serviços, de acordo com orientação da Secretaria de Estado da Saúde, integrando a PPI estadual. Não existe nenhum processo de acompanhamento da execução das ações planejadas nem de avaliação e controle feito de forma regular sobre a operacionalização dessas ações. Cada associação decide a quem prestar contas.
7. Em relação ao controle social, esse foi o item com maior número de questionários sem respostas (69% do total). Esse dado fala por si só.

Os pesquisadores apresentaram sugestões à Secretaria de Estado da Saúde, à Assembléia Legislativa e ao Tribunal de Contas de Minas Gerais no sentido de normatizarem e redirecionarem as atuais experiências de consórcio intermunicipal de saúde. Contudo, a gestão 1999-2002 da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais não incluiu os consórcios entre suas prioridades. Nenhuma das propostas apresentadas pela pesquisa descrita acima foi implementada. O projeto de lei regulamentando os consórcios continua em tramitação na ALMG.

Apesar disso, aquelas experiências fundadas em necessidades e busca de soluções

locais sobreviveram às diversas mudanças de governos estaduais e municipais. A atual gestão estadual assumiu a coordenação do processo de regionalização conforme determina a NOAS 01/2002. Esse processo inicialmente ignorou a experiência dos consórcios e gerou conflitos que obrigaram a um recuo por parte da Secretaria de Estado da Saúde - SES. Algumas microrregiões foram redefinidas em função de experiências consolidadas de consórcios. Esse processo, ainda em curso, carece de avaliação mais aprofundada.

Alguns aspectos da experiência de Minas Gerais, no entanto, devem ser destacados:

- Os consórcios instituídos apenas de cima para baixo, atendendo geralmente a necessidades políticas e/ou econômicas imediatas, mesmo tendo recebido apoio da SES, não sobreviveram. Essa talvez seja a situação da maioria dos 71 consórcios instituídos no Estado. Muitos continuam existindo apenas no papel.
- Os consórcios instituídos por iniciativa da SES, mas que tiveram adesão e envolvimento dos governos e sociedades locais com respostas efetivas para problemas concretos, mantiveram-se ativos. Citamos como exemplo o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Médio Jequitinhonha – CISMEJE, com sede em Araçuaí, uma das regiões mais pobres do país. Esse consórcio possibilitou a implantação de amplo projeto de assistência à saúde mental nessa microrregião.
- A instituição das associações civis de direito privado, estimulada enfaticamente pela SES, mostrou-se insuficiente para assegurar maior agilidade na administração dos consórcios, já que todos devem seguir as rotinas burocráticas da administração pública, representando até um aumento da burocracia ao se constituírem como mais uma instância administrativa. Também não evitou a saída de municípios por questões políticas. Exemplo ilustrativo dessa última situação ocorreu com o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Paraopeba – CISMEP, com sede em Betim: mesmo tendo os novos administradores, a partir de 2003, optado pela criação da associação, por questões políticas o segundo maior município membro (Ibirité) desligou-se do consórcio. Por outro lado, essas associações passaram a atuar freqüentemente como poder paralelo na gestão do SUS, tendo criado o Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais – COSECS/MG, nos moldes do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais - COSEMS/MG. Nos debates para criação do COSECS/MG, era apresentado como um dos seus objetivos lutar pela autonomia dos consórcios.
- No âmbito da assistência, de maneira geral, os consórcios têm contribuído para a interiorização da oferta de serviços e ações de saúde de maior complexidade e para a plena utilização de equipamentos antes ociosos, funcionando como indutores do comprometimento de governos locais com os princípios e diretrizes do SUS. Essa capacidade de promover a expansão da oferta de serviços e ações de saúde

parece, no entanto, ter chegado ao limite dado pela capacidade de comprometimento dos recursos financeiros dos municípios. As expectativas estão voltadas para a definição do Plano Diretor de Investimentos – PDI estadual, com a definição das prioridades de investimentos dos demais níveis de governo para expansão do SUS no vasto e heterogêneo território mineiro.

6. Aplicabilidade do instrumento consorcial à gestão do Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL

Frente à diversidade de situações nas regiões fronteiriças, a instituição do Sistema Integrado de Saúde do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL, partindo de um amplo acordo entre os estados parte, deverá incentivar e apoiar soluções locais para a gestão compartilhada e integrada dos sistemas de saúde transfronteiriços. A análise da experiência brasileira permite identificar elementos críticos para o sucesso das experiências de parcerias entre municípios, a saber:

- a iniciativa para a cooperação deve ser dos atores locais;
- os demais níveis de governo podem estabelecer incentivos que estimulem essas iniciativas mas, principalmente, devem identificar as iniciativas espontâneas e apóia-las técnica e financeiramente;
- os instrumentos de gestão transfronteira devem articular os diversos modelos de gestão dos sistemas de saúde dos países envolvidos; e
- tais instrumentos de gestão devem articular os diversos atores interessados no desenvolvimento local do SIS-MERCOSUL.

Nesse sentido, o SIS-MERCOSUL pode beneficiar-se de instrumentos similares aos consórcios administrativos, salvo possíveis restrições existentes nas legislações dos demais estados parte ou impostas pelos limites da autonomia dos governos locais para firmar contratos. Pela natureza dos problemas a serem enfrentados – organização de redes microrregionais e/ou regionais de assistência à saúde, não é adequado propor um amplo consórcio de saúde do MERCOSUL. Vislumbramos a organização de diversos ajustes entre municípios fronteiriços, segundo as necessidades e potencialidades locais. Destacamos que os acordos ou tratados internacionais são instrumentos de cooperação entre entes estatais dotados de soberania, pautados no comprometimento mútuo para que se alcance objetivos comuns. Nesse sentido, assemelham-se aos consórcios por dependerem de uma predisposição à cooperação. Consideramos as relações políticas vigentes atualmente no MERCOSUL favoráveis a esse acordo.

Por princípio, o consórcio intermunicipal de saúde, sendo um acordo onde os partíci-

pes relacionam-se horizontalmente como entes dotados do mesmo status e de independência política entre si, permitiria o aprofundamento da colaboração, da solidariedade, da ajuda mútua, da transparência nas relações entre seus membros e da co-responsabilidade. Na experiência brasileira tem efetivamente sido um indutor ou facilitador da cooperação entre os municípios. Ao reunirem-se em torno de uma mesa, os gestores municipais constroem e reforçam compromissos mútuos com a busca de solução para problemas comuns a todos, criando uma identidade e o sentimento de pertencer a um grupo. Verificamos aqui o fenômeno do desenvolvimento de uma instituição induzindo condutas e comportamentos moldados pelo comprometimento do grupo através da construção de consensos. É lugar comum em reuniões de partícipes de consórcios o uso da expressão estamos todos no mesmo barco e devemos remar na mesma direção.

Evidentemente, a cooperação sempre será uma decisão de cada município, a partir dos interesses e objetivos políticos hegemônicos locais. Nesses processos decisórios, a sociedade civil vem ganhando importância crescente na democratização dos países do MERCOSUL. A experiência de Minas Gerais demonstra que a indução dos consórcios de cima para baixo, mesmo utilizando recursos financeiros e constrangimentos políticos, não assegura a sua sobrevida. Essa situação impõe a elaboração de estratégias menos coercitivas e mais articuladoras dos diversos atores locais interessados na implementação do SIS-MERCOSUL, o que é bem mais trabalhoso. Nessa perspectiva, podemos inserir o instrumento consorcial em um modelo de gestão mais amplo que denominamos administração gerencial participativa, em contraposição ao modelo de administração gerencial tecnocrática, já que, atenta às diretrizes do SUS, essa proposta não abre mão da participação da sociedade, já instituída pela Constituição Federal do Brasil e pelas leis orgânicas da saúde. Portanto, além do envolvimento dos ministérios da saúde dos estados parte do MERCOSUL, devem ser envolvidos os gestores dos demais níveis de governo nos quatro países e entidades da sociedade civil organizada dos municípios fronteiriços na definição do desenho final do SIS-MERCOSUL. Especial atenção, no caso do Brasil, deverá ser dada aos secretários municipais de saúde com o envolvimento direto do CONASEMS e das suas entidades estaduais na elaboração e implementação da proposta. A sustentabilidade política dessas parcerias, conforme verificado no Brasil, depende da sua base de sustentação social e das respostas efetivas que produz para os problemas relacionados ao acesso dos cidadãos aos serviços e ações de saúde.

A sustentabilidade institucional do SIS-MERCOSUL dependerá, inicialmente, no caso brasileiro, dos poderes legislativos dos três níveis de governo. Como exposto neste trabalho, apesar de previsto na Constituição Federal do Brasil, o instituto do consórcio público depende de regulamentação através de lei complementar que venha corrigir os desvios cometidos. Portanto, sugerimos que seja dada prioridade ao acompanhamento da tramitação e votação do projeto de lei 1071/1999 no Congresso Nacional, com as

modificações necessárias à caracterização do consórcio como instrumento de gestão. Conforme previsão constitucional, os estados e municípios deverão contar com leis semelhantes e esse compromisso deverá ser firmado entre o Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde. Outra opção é que sejam normatizados instrumentos específicos para a cooperação transfronteira. Tal compromisso em relação à revisão ou implementação de legislação específica sobre consórcios públicos ou instrumentos similares, caso necessário, deverá ser firmado entre os países do MERCOSUL no tratado ou acordo firmado para instituição do SIS.

No nosso entendimento, o instrumento consorcial, segundo conceitos desenvolvidos neste trabalho, atende perfeitamente aos requisitos de flexibilidade e agilidade para instituição do SIS-MERCOSUL, permitindo diversas articulações de municípios segundo as necessidades e características locais. Como instrumento, torna possível a inserção de um ente federado em diversos arranjos territoriais simultâneos, sendo adequado a um processo de gestão dinâmica e não burocrática entre entes federados cooperativos, com necessidades e potencialidades específicas relativas à atenção à saúde de suas populações. Dessa forma, para determinado ente federado, a adoção da estratégia consorcial não implica a sua fixação a um único território geograficamente determinado. O mesmo município pode ser partícipe de diversas parcerias simultâneas, segundo suas necessidades e estratégias. Por ser um instrumento de gestão cooperativa de caráter dinâmico, adequado ao dinamismo das relações existentes entre demanda e oferta de serviços e ações de saúde, tal e qual essas relações, o consórcio desconhece fronteiras que não aquelas da disposição à cooperação.

Apesar das diversas normas que atribuem aos municípios a responsabilidade pela atenção básica, há experiências de consórcios que buscam a integração de redes básicas de assistência à saúde e mesmo a prestação dessa assistência a residentes em municípios vizinhos em áreas conurbadas. Quando verificada conurbação entre municípios da linha de fronteira, a atenção básica poderá, portanto, ser objeto de parceria transfronteira.

A análise da experiência brasileira permite afirmar que os consórcios:

- facilitam o acesso das populações do interior do país a equipamentos e serviços que, até então, concentravam-se apenas nas capitais e grandes cidades;
- possibilitam a utilização plena de equipamentos e serviços ociosos;
- induzem a implantação de novos serviços e ações de saúde e a melhoria dos existentes;
- permitem economia por ganho de escala na aquisição de materiais e serviços;
- estimulam a reprodução de experiências bem sucedidas entre municípios consorciados;
- fortalecem politicamente os municípios consorciados nas suas relações com os demais níveis de governo.

Sendo assim, o objeto de cada parceria deverá ser definido pelos parceiros, reunidos pela identidade em torno de problemas comuns, contando sempre com o apoio técnico e logístico dos demais níveis de governo e, do lado brasileiro, especialmente das secretarias estaduais de saúde - SES. O objeto determina a base territorial sobre a qual realizar-se-ão as ações previstas no termo de cooperação por questões de economia de escala e de acessibilidade dos usuários. O planejamento das atividades a serem desenvolvidas deverá utilizar técnicas que propiciem a participação de representantes de todos os municípios consorciados, devendo partir de uma abrangente análise de situação da assistência à saúde na região ou microrregião, com ênfase nos seguintes aspectos:

- identificação dos equipamentos, serviços e fluxos de usuários já existentes;
- identificação de equipamentos e serviços ociosos e sobrecarregados; e
- identificação da necessidade e priorização da implantação de novos serviços.

Os diversos níveis de gestão do SUS já dispõem de dados sobre a movimentação de usuários estrangeiros nos serviços de saúde localizados em municípios fronteiriços. Dados semelhantes relativos aos demais países deverão ser agregados aos brasileiros, gerando informações que permitam traçar ações no sentido de reorientar e normatizar, através de instrumentos de regulação da oferta e da demanda, esses fluxos que ocorrem espontaneamente. A identificação de equipamentos e serviços ociosos deverá complementar esse estudo inicial, contribuindo para o redirecionamento de fluxos no sentido de maior racionalidade na utilização dos recursos existentes com melhor distribuição da demanda em relação às capacidades já instaladas.

Esse estudo sobre fluxos existentes e ociosidade/sobrecarga de equipamentos e serviços é o primeiro passo para a apropriação dos custos dos serviços e ações de saúde em cada região das fronteiriça. Servirá para orientar a negociação em torno da forma de participação de cada país no financiamento do SIS-MERCOSUL. Face à diversidade de arranjos institucionais na prestação de serviços de saúde nos quatro países, avaliamos que os mecanismos de transferência de recursos serão viáveis apenas entre os ministérios da saúde ou congêneres. A partir de cada ministério – ou estrutura similar, os recursos serão transferidos aos municípios ou utilizados para pagamento aos prestadores. Uma questão pendente, que demandará estudos específicos, diz respeito aos valores para pagamento dos serviços prestados, quer se adote o critério de valor per capita ou por procedimento realizado. Aqui poderá ser identificada uma grande barreira à concretização do SIS-MERCOSUL. Como verificado no estudo de caso brasileiro, desníveis de capacidade de financiamento do sistema de saúde podem representar um grande obstáculo à cooperação.

A expansão da oferta de serviços poderá ocorrer em segundo momento e deverá integrar, no caso brasileiro, o Plano Diretor de Investimentos – PDI estadual. Os 4 estados parte deverão instituir no âmbito do MERCOSUL um fundo específico para financiar a

implantação e manutenção de novos serviços do SIS, similar ao fundo já existente para manutenção das atividades dos grupos de trabalho do MERCOSUL. Os recursos desse fundo serão transferidos, através de convênios firmados com os consórcios, por exemplo, aos municípios onde serão implantados os serviços. Tais convênios devem assegurar contrapartidas solidárias dos governos locais beneficiados pelos investimentos ou pela prestação de serviços. A participação dos estados no investimento também deverá ocorrer via convênios com o conjunto de parceiros.

Dessa forma, a formalização da cooperação transfronteira poderá implicar na necessidade de revisão dos planos diretores de regionalização (PDR) por parte das SES, no sentido de incorporar as demandas dos países vizinhos. Para que haja harmonização entre os diversos processos de planejamento a serem desencadeados, a coordenação e suporte técnicos deverão ser assegurados pelas SES. Para que exerçam seu novo papel de forma eficaz, as SES deverão rever suas estruturas organizacionais.

No nível das secretarias municipais de saúde ou equivalentes, a implementação dos consórcios ou de instrumentos similares implicará na necessidade de aperfeiçoamento das respectivas estruturas de planejamento, com destaque para as atividades de avaliação, controle e informação. O suporte técnico das SES para os municípios pequenos, como já citado, será crucial nessas áreas.

Sugerimos ainda a criação de câmaras de desenvolvimento regional dos sistemas de saúde, instituídas nos moldes da Câmara do Grande ABC, conforme descrita por DANIEL & SOMEKH (2001). Naquela experiência, implementada segundo os autores através de regimento, sem personalidade jurídica, e desenvolvida a partir das experiências da Câmara Setorial Automobilística e do Consórcio Intermunicipal das Bacias Billings e Tamanduateí, foram envolvidos não apenas as prefeituras municipais e governo estadual, mas também entidades da sociedade civil representativas de trabalhadores e empresários, constituindo-se como espaço de negociação e formalização de acordos, visando o desenvolvimento sustentável da região. Esse modelo organizacional poderá ser útil para a articulação dos diversos prestadores públicos e privados de serviços de saúde existentes em cada região ao longo das fronteiras, com a participação de representantes dos conselhos de saúde, no caso brasileiro, e de representantes da sociedade civil dos demais países, com o objetivo de coordenar a ampliação ou implantação de serviços e a agregação de novas tecnologias na assistência à saúde, na perspectiva do desenvolvimento sustentável do SIS-MERCOSUL.

Os instrumentos de cooperação instituídos no âmbito do SIS-MERCOSUL devem contribuir para a configuração de redes microrregionais e regionais de assistência à saúde desde o seu planejamento até a sua operacionalização. A experiência brasileira demonstra a capacidade de influência positiva dos municípios com maior nível de organização sobre os que têm redes mais frágeis e insuficientes no âmbito dos consórcios, no sentido

da melhoria da qualidade dos serviços prestados. Acreditamos que tal influência poderá ser exercida pelo SUS sobre os sistemas de saúde dos demais países.

Além da implementação de instrumentos de referência e contra-referência, tais sistemas deverão definir as portas de entrada para atenção à saúde, evitando a demanda espontânea e não referenciada de usuários aos níveis mais complexos. Tal modelo assistencial poderá buscar o apoio de organismos internacionais para o seu desenvolvimento, com destaque para a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS. Outra alternativa é o cadastramento da população vinculada ao SIS-MERCOSUL, instituindo um cartão de saúde específico para as regiões fronteiriças, minimizando assim a demanda não regulada. O cadastramento da população permite também o desenvolvimento de mecanismos de financiamento dos serviços por critérios de cobertura populacional.

A participação da sociedade no caso brasileiro já está definida na legislação do SUS em todos os níveis de governo. Dessa forma, a adesão de cada município ao SIS-MERCOSUL deverá ser objeto de deliberação das conferências ou conselhos municipais de saúde. Cabe aos conselhos acompanhar e fiscalizar a execução das ações previstas nos termos de cooperação e a indicação de membros para composição das câmaras de desenvolvimento regional dos sistemas de saúde propostas acima. Tais câmaras, na ausência de estruturas similares aos conselhos municipais de saúde nos demais países do MERCOSUL, deverão constituir-se como espaço aberto à participação da sociedade civil daqueles países, resguardado, do lado brasileiro, o poder deliberativo final dos conselhos e conferências municipais de saúde. Consideramos a participação da sociedade civil elemento crítico para a sustentabilidade política e institucional do SIS-MERCOSUL. Nesse sentido, as propostas em desenvolvimento no Ministério da Saúde no sentido de qualificar a participação da sociedade nos espaços de controle social do SUS deverão priorizar os municípios e estados fronteiriços.

Feitas essas considerações, reiteramos que a instituição de instrumentos de gestão similares aos consórcios entre os municípios fronteiriços dos países que compõem o MERCOSUL, representa, à luz da experiência brasileira, a melhor forma para implementação do SIS. A reprodução dessa experiência nas relações internacionais pode vir a ser menos instável por pressupor um posicionamento mais claro e consistente dos ministérios da saúde, em especial do brasileiro, superando a situação atual de inexistência de normas para sua organização no nosso país.

Finalmente, não podemos omitir o fato de que a estruturação de um sistema de saúde relaciona-se com outros processos socioeconômicos como a estruturação das vias e meios de transporte, do sistema educacional e dos serviços de assistência social, por exemplo. Os projetos a serem implementados através dos consórcios podem demandar operações a outros setores das administrações públicas nos três níveis de governo. As respostas a essas operações exercerão grande influência sobre as possibilidades de êxito do SIS-MERCOSUL.

7. Referências

ASTORGA J., Ignácio; PINTO C., Ana Maria & FIGUEROA M., Marco.**Informe de la Tri-frontera - Estudio de Red Fronteriza Brasil – Argentina – Paraguay.** Informe Final. OPAS, 2002 (mimeog.).

BASTOS, Francisco A. & MISOCZKY, Maria C. **Avançando na Implantação do SUS: Consórcios Intermunicipais de Saúde.** Porto Alegre, Dacasa/Escola Superior de Direito Municipal, 1998.

BARROS, Ubiratan Laranjeiras. Consórcio Intermunicipal de Saúde. **Boletim de Direito Municipal.** São Paulo, v. 11, nº 10, out. 1995, p. 507-513.

_____. **Consórcio Administrativo Intermunicipal. Revista da Procuradoria-Geral do Município de Porto Alegre.** Porto Alegre, v. 11, nº 12, set. 1998, p. 39-53.

BRASIL. I**ncentivo à participação popular e controle social do SUS.** Brasília, Ministério da Saúde, 1994.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Brasília, Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** [online] Brasília, Câmara dos Deputados,1998. [citado 21 fevereiro 2004]. Disponível na Internet: <http://www.camara.gov.br/Internet/cf/default.asp>

_____. **Estudo Prospectivo de Três Modalidade de Consórcios Intermunicipais de Saúde: Microrregião de Penápolis/SP; Região de Teles Pires/MT e Associação dos Municípios do Noroeste/PR.** [online] Brasília, Ministério da Saúde & Organização Panamericana da Saúde, 1998a [citado 21 fevereiro 2004]. Disponível na Internet: <www.opas.org.br>

_____. **Diário Oficial., Processo n.º TCU - 014.640/97-0, Ata n.º 41/99, Plenário.** Brasília, Tribunal de Contas da União, 15/09/1999.

_____. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: perspectivas de avaliação de algumas experiências** [online] Brasília, Ministério da Saúde & Organização Panamericana da Saúde, 2000. [citado 21 fevereiro 2004]. Disponível na Internet: < www.opas.org.br>

_____. **Diagnóstico da Situação Atual de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil.** Relatório de Pesquisa [online] Brasília, Ministério da Saúde & Organização Panamericana da Saúde, 2000a [citado 21 fevereiro 2004]. Disponível na Internet: <www.opas.org.br>

_____. **Legislação.** [online] Brasília, Ministério da Saúde,2002. [citado 21 fevereiro 2004]. Disponível na Internet: <http://portal.saude.gov.br/ saude/visao.cfm?id_area=169>

CAMPOS, Gastão W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde.** São Paulo, HUCITEC, 1992.

CARVALHO, Guido Ivan de. **Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90),** São Paulo, HUCITEC, 1992.

CASTRO, José Nilo de. **Direito Municipal Positivo.** Belo Horizonte, Del Rey, 1999.

COELHO, Mª Luiza P.; REIS, Gilberto A. & SILVA, Kátia F. de Moura. P**arecer técnico sobre os consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte, ALMG/TCMG, 2000.

DANIEL, Celso & SOMEKH, Nadia. Gestão compartilhada, limites e possibilidades: a experiência do Grande ABC. **Informativo CEPAM Consórcio: uma forma de cooperação intermunicipal.** São Paulo, ano 1, nº 2, jan. 2001, p. 159-170.

GUIMARÃES, Luisa. **Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso.** Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, 2001(Dissertação, Mestrado).

LARA, Luciana Leão. **O Consórcio Intermunicipal no Direito Brasileiro.** Faculdade de Direito Milton Campos, Belo Horizonte, 2002 (monografia).

MEDAUAR, Odete. Convênios e Consórcios Administrativos. **Boletim de Direito Administrativo.** São Paulo, nº 8, ago. 1995, p.451-456.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**, São Paulo, Malheiros, 1993.

MENDES, Eugênio V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MENDES, Eugênio V**. Uma agenda para a saúde**.São Paulo, HUCITEC, 1999.

OPAS.**Gestão de Serviços de Saúde.** Cooperação intergovernamental/consórcios. [online] Brasília, página atualizada 16 fevereiro 2004. [citado 21 fevereiro 2004]. Disponível na Internet:<http://www.opas.org.br/servico/paginas/intro/area_ tematica.cfm?codsubtema=63&codtema=35>

SANTOS, Lenir. **Consórcio Administrativo Intermunicipal: aspectos gerais**. Suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2000 (mimeog.).

WANDERLEY JÚNIOR, Bruno. **Dos Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Belo Horizonte: Faculdade de Direito da Universidade Federal de Minas Gerais, 1999 (Dissertação, Mestrado).

10. RELATÓRIO DO 1º SEMINÁRIO PARA ESTRUTURAÇÃO DOS "SERVIÇOS INTEGRADOS DE SAÚDE DO MERCOSUL, O SIS – MERCOSUL"

Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicas – DIPE/SE/MS.

A Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, através de sua Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos, promoveu, nos dias 5 e 6 de abril de 2004 no Rio de Janeiro, o 1º Seminário para estruturação dos "Serviços Integrados de Saúde do MERCOSUL, o SIS – MERCOSUL", visando a estabelecer um processo de discussão acerca de seu desenvolvimento, a partir de uma ou mais ferramentas que possibilitem a integração desses serviços e a racionalização dos recursos da saúde.

A demanda para o redimensionamento da questão das fronteiras teve sua origem no Seminário Estratégico do MERCOSUL, no ano de 2003, quando houve o reconhecimento da importância de promover a integração das ações de saúde nas fronteiras. Naquela época, foi determinado que a Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos – DIPE/SE/MS ficaria responsável pela coordenação do projeto de cooperação técnica para integração da saúde entre os países. O seminário sobre o SIS – MERCOSUL é, portanto, uma resposta a essa demanda do SGT nº 11 – Saúde.

Ainda que essa discussão já venha acontecendo e iniciativas que tratam desta integração já venham sendo implementadas em algum grau, sua falta de sustentabilidade, visibilidade ou seu caráter pontual têm-se apresentado como dificultador do desenvolvimento dessa ferramenta de gestão como uma solução eficiente para lidar com a situação precária vivida pelas populações de fronteira em questão.

Esse seminário de âmbito exclusivamente nacional representou a evolução e a tentativa de consolidação da discussão interna no Brasil. Buscou dar transparência ao processo e fazer convergir os conhecimentos visando a harmonizar o entendimento sobre o tema por parte dos diversos segmentos, setores e esferas de governo interessados: gestores públicos do setor saúde, diversos segmentos que compõem os entes federados a partir da estrutura de regionalização e fontes financiadoras nacionais e internacionais[1].

1 Esse seminário contou com a participação de: Comissão Parlamentar Conjunta do MERCOSUL, Coordenação Nacional do SGT nº 11 – Saúde no MERCOSUL, AISA, Comitê de Fronteiras (AISA/MS), IBAM, CEPAM, CONASS, CONASEMS, Itaipu Binacional, SES, SMS, ANVISA, Fiocruz, ANS, DIPE, SPO, DAD, SAS, SGP, SVS, DATASUS, SGTES, AIDS, UERJ, OPAS, UNESCO, BNDES, BID, PNUD, consultores OPAS.

A estruturação do SIS–MERCOSUL foi, portanto, discutida por diversas pessoas, representando instituições e práticas com visões distintas e complementares da situação, ocasionando um ensaio de construção do entendimento nacional sobre o tema.

Por fim, vale enfatizar que esse seminário não teve a pretensão de surgir com uma proposta de elaboração da referida ferramenta, uma vez que só havia representantes nacionais, quórum insuficiente à construção do SIS – MERCOSUL em seus diversos aspectos.

Objetivos do 1º Seminário para estruturação do SIS – MERCOSUL

Esse seminário teve basicamente quatro objetivos:

- apresentar a discussão preliminar do modelo do SIS – MERCOSUL, de modo a articular discussões internas do MS, da Coordenação Nacional do SGT nº 11 – Saúde, do Comitê de Fronteiras (AISA), aproximando-as da realidade vivida pelas SMS de fronteiras e das fontes de fomento desenvolvimentistas;
- sistematizar as especificidades conceituais necessárias para o corpo teórico do projeto e evidenciar aspectos de sua implementação para planejar seu desenvolvimento;
- promover um espaço de interlocução entre os diversos atores envolvidos, visando a tornar transparente e participativo o processo de elaboração desta ferramenta; e
- desenvolver uma agenda de trabalho para o fortalecimento da integração necessária à viabilidade do SIS – MERCOSUL.

Visando a subsidiar a realização da oficina, foram apresentados painéis seguidos de debates acerca dos benefícios e dificuldades esperados para a implementação do SIS – MERCOSUL no Brasil e as relações com os países membros.

Palestras do dia 5 de abril

No primeiro dia pela manhã, houve uma série de apresentações que abordaram a evolução histórica, justificativas, dificuldades observadas e previsíveis sobre a integração dos sistemas de saúde dos países do MERCOSUL. Dificuldades jurídico-administrativas e diplomáticas são traduzidas em lento processo de harmonização. Essa realidade reflete-se em uma série de ações em saúde atualmente realizadas e estruturadas por acordos informais, gerando diversas distorções quanto à qualidade do registro de usuários, ao financiamento dos sistemas de saúde, a falta de racionalidade da estruturação dos sistemas, ao custo–efetividade dos investimentos, à dificuldade de acesso a todos

os níveis de complexidade, dentre outros. A manhã de trabalho foi composta por painéis que apresentaram a experiência prática dos profissionais brasileiros de saúde pública nas fronteiras do MERCOSUL.

No período da tarde, os painéis abordaram o processo de integração e harmonização dos sistemas de saúde, através da experiência acumulada pela Coordenação Nacional do SGT nº 11 – Saúde no MERCOSUL e de três trabalhos que estudaram a viabilidade da construção do SIS, à luz: da experiência nacional de consorciamento entre municípios para viabilizar a atenção integral da saúde; da experiência internacional e intrabloco regional, em particular da União Européia que, guardadas as devidas diferenças, foi o bloco que mais avançou no processo de harmonização; e por fim, da economia da saúde, enfatizando que diferentes composições de fontes de financiamento geram diferentes perfis de oferta e demanda de serviços de saúde. Esse trabalho propôs ainda três cenários distintos para a integração e harmonização: um com incremento residual de recursos e obrigações; o segundo contando com incrementos coerentes com as capacidades financeiras e operacionais dos países; e, por fim, aquele com indução financeira e aplicação de novos recursos.

De acordo com o conhecimento que foi sendo acumulado através do intercâmbio de informações, documentações e experiências, conclui-se que, dada a especificidade de processos de integração, as ações deveriam ser pensadas e planejadas de acordo com horizontes temporais distintos. Dessa forma, as ações possíveis no curto prazo servirão também como fortalecimento e banco de dificuldades e experiências exitosas para o fortalecimento da integração. Assim, além de importante ferramenta para qualificar as políticas de saúde, o SIS também tem sua importância política como indutor do processo de integração regional, uma das prioridades do governo brasileiro.

Metodologia da oficina do dia 6 de abril

Foi realizada, no segundo dia, uma oficina de trabalho composta pelos participantes anteriormente mencionados neste documento que, em posse das informações compartilhadas no dia anterior e do interesse comum de viabilizar, imprimir racionalidade, sustentabilidade e qualidade às ações de saúde nas fronteiras, buscou travar um debate sobre a integração. Considerada a reconhecida dificuldade no tocante à qualidade e disponibilidade de informações, assim como à sua comunicabilidade entre países, a oficina foi orientada para a elaboração de propostas para a estruturação do SIS – MERCOSUL a partir dos principais indicadores disponíveis de saúde na região fronteiriça, dados da situação epidemiológica, das questões referentes ao financiamento consideradas as realidades, necessidades e limitações observadas.

Para que a oficina de trabalho assegurasse a participação de todos os presentes no seminário, foram utilizadas metodologias de planejamento estratégico e os participantes foram divididos em três grupos, cada um discutindo um tema específico:

GRUPO I - Aspectos Organizacionais (estruturas e instrumentos para a gestão e processo de integração);

GRUPO II - Regulação e Financiamento (incluindo informatização e fluxo de informações); e

GRUPO III - Aspectos Político-Institucionais (incluindo relações entre gestores, controle social, harmonização etc.).

Os temas foram abordados, em cada grupo, vis-à-vis a três cenários estratégicos, considerando o horizonte temporal, limitações quanto ao processo de integração e aporte de financiamento adicional:

Cenário I
Transfronteiriço e imediato:

- ações que podem ser realizadas independentemente do processo de integração (quando há indefinições quanto aos instrumentos e processos de integração);
- ações que não implicam recursos adicionais, mas podem fortalecer etapas futuras do processo de integração; e
- ações que dão continuidade e otimizam a utilização e qualidade das ações atualmente existentes no âmbito transfronteiriço.

Cenário II
Harmonização intrapaíses e médio prazo:

- ações que contribuem para a definição e criam os alicerces para viabilizar a implantação dos instrumentos e processo de integração (avançam no sentido da harmonização);
- ações que ampliam a integração na medida da capacidade financeira e operacional existente nos países, sem incremento significativo de novos recursos financeiros; e
- ações visando consolidar àquelas no cenário I.

Cenário III
Harmonização interpaíses e longo prazo:

- ações que implantam e consolidam instrumentos e processo de integração, ou seja, que harmonizam as estruturas, políticas e economias da saúde entre os países;

- ações que ampliam a capacidade financeira e operacional dos países para a implantação e consolidação do SIS, ou seja, cria estruturas e gera recursos para o SIS; e
- ações cujos resultados são observáveis no longo prazo.

O trabalho dos grupos foi iniciado com a apresentação de alguns DESAFIOS existentes e/ou previsíveis, conclusões traçadas a partir da discussão do dia anterior. Além desses, cada grupo buscou elencar demais DESAFIOS por cenário, relacionados aos temas atribuídos aos grupos. Após a definição dos mesmos, foram atribuídas as ações já em execução relacionadas à superação de cada desafio e, posteriormente, aquelas que ainda devem ser realizadas.

Por fim, o grupo temático "Regulação e Financiamento" levantou prazos estimados para a realização das ações descritas e atores envolvidos na execução destas ações. Esta última etapa foi realizada somente por este grupo temático uma vez que nos demais grupos não houve tempo hábil para sua realização.

O resultados dos trabalhos poderão ser vistos nas planilhas seguintes, de acordo com resumo abaixo:

Oficina	Cenário I Transfronteirço e Imediato	Cenário II Harmonização Intra -Países e Médio Prazo	Cenário III Harmonização Inter -Países e Longo Prazo
Grupo I – Aspectos Organizacionais (estruturas e instrumentos para gestão e processo de integração)	**Desafios e** **Ações** - em execução - futuras.	**Desafios e** **Ações** - em execução - futuras.	**Desafios e** **Ações** - em execução - futuras.
Grupo II – Regulação e Financiamento (incluindo informatização e fluxo de informações)	**Desafios e** **Ações** - em execução - futuras.	**Desafios e** **Ações** - em execução - futuras.	**Desafios e** **Ações** - em execução - futuras.
Grupo III – Aspectos Político – Institucionais (incluindo relações entre gestores, controle s ocial, harmonização, etc.)	**Desafios e** **Ações** - em execução - futuras.	**Desafios e** **Ações** - em execução - futuras.	**Desafios e** **Ações** - em execução - futuras.

GRUPO TEMÁTICO: ASPECTOS ORGANIZACIONAIS

TABELA I - ASPECTOS ORGANIZACIONAIS - DESAFIOS POR CENÁRIO

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONAIS		
DESAFIOS CENÁRIO I	**DESAFIOS CENÁRIO II**	**DESAFIOS CENÁRIO III**
• Conhecer o perfil de saúde nas fronteiras (epidemiológica, sanitária e ambiental)	• Organizar e regular a demanda assistencial, disciplinando os fluxos e centros de referência (média e alta complexidade)	• Definir instrumentos jurídicos para operacionalizar o SIS
• Conhecer a capacidade instalada e o fluxo das demandas na linha de fronteira	• Criar instrumento único de identificação de usuários observadas as legislações de cada país	• Integrar gestão e formação de recursos humanos
• Aproximar e/ou compatibilizar capacitação e formação profissional	• Possibilitar o livre exercício profissional na fronteira	• Estimular a gestão integrada dos investimentos
• Formalizar no nível local ações de saúde transfronteiriça	• Desenvolver sistema de informação epidemiológica integrado para faixa de fronteira	• Integrar sistemas de informações gerenciais
• Facilitar a troca de informações já disponíveis	• Eleger entre os Estados partes ações de saúde prioritárias de acordo com o diagnóstico local	

TABELA 2 - ASPECTOS ORGANIZACIONAIS
CENÁRIO I - TRANSFRONTEIRIÇO E IMEDIATO - AÇÕES POR DESAFIOS

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONAIS				
CENÁRIO I: TRANSFRONTEIRIÇO E IMEDIATO				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
1) Conhecer o perfil de saúde nas fronteiras (epidemiológica, sanitária e ambiental)	**Ações complementares necessárias**	**Iniciativas em andamento**		
	Solicitar aos Estados partes que apresentem informações sobre situação de saúde nas fronteiras de acordo com o seminário OPAS	Sistematização de indicadores na área de influência do projeto Itaipu		
	Realizar levantamento de informações em cada Estado parte (a ser parte do estudo BID)	Criadas comissões técnicas locais (multinacionais ou binacionais) 1. Projeto Itaipu 2. RS / Uruguai		
	Criar grupos técnicos para avaliar e sistematizar o diagnóstico dos Estados partes (a ser parte do estudo BID)	Proposta de documento contendo situação de saúde nas fronteiras nos Estados partes - a ser discutido em agosto de 2004		
2) Conhecer a capacidade instalada e o fluxo das demandas na linha de fronteira	Implantar sistema padronizado para registro dos atendimentos prestados na região de fronteira	Registro dos atendimentos prestados na região de fronteira entre Brasil e Uruguai		
	Consolidar em banco de dados comum informações sobre capacidade instalada nas unidades assistenciais nas fronteiras	Registro da capacidade instalada no Brasil disponível no SUS		
		Estudo sobre o uso dos serviços de saúde pública do Uruguai na fronteira com Brasil		

TABELA 2 – ASPECTOS ORGANIZACIONAIS
CENÁRIO I - TRANSFRONTEIRIÇO E IMEDIATO - AÇÕES POR DESAFIOS (CONT)

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONAIS				
CENÁRIO I: TRANSFRONTEIRIÇO E IMEDIATO				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento**		
3) Aproximar e/ou compatibilizar capacitação e formação profissional	Disponibilizar os pólos de educação permanente para capacitação fronteiriça	Capacitação conjunta na área de influência do Projeto Itaipu		
	Identificar programas nos outros países para complementar os pólos	MS está criando pólos de educação permanente no Brasil		
		Projeto de capacitação integrada básica em vigilância em saúde - Brasil/Uruguai (já iniciado)		
		Programas de capacitação em áreas específicas para MERCOSUL já em implementação		
4) Formalizar no nível local ações de saúde transfronteiriça	Formar grupos técnicos (jurídico etc.) para analisar e definir instrumentos de formalização	Convênios da Itaipu com ministérios da saúde do Brasil e Paraguai para assistência local		
	Possibilitar realização de licitações internacionais pelos municípios fronteirições para compra de serviços de saúde	Comissão binacional assessora de saúde na fronteia Brasil/Uruguai		
		Convênio Barra do Quaraí/Bella Union (Uruguai) para assistência hospitalar - em discussão		
5) Facilitar a troca de informações já disponíveis	Produzir relatórios periódicos com informação de saúde na fronteira	*Site* do SGT nº 11 na internet		

Tabela 3 - Aspectos Organizacionais
Cenário II - harmonização intra- países e médio prazo - Ações por desafios

Grupo: Aspectos Organizacionais				
Cenário II: harmonização intra- países e médio prazo				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento**		
1) Organizar e regular a demanda assistencial, disciplinando os fluxos e centros de referência (média e alta complexidade)	Definir os fluxos para atender as demandas de acordo com a complexidade da rede	GTs binacionais para integração da assistência (exemplo Uruguai/Paraguai)		
	Criar mecanismo e instâncias de regulação	Implantação do PDR/PPI/PDI no Brasil		
2) Criar instrumento único de identificação de usuários observadas as legislações de cada país	Estender cartão fronteiriço para toda extensão de fronteiras MERCOSUL	Implantação do cartão SUS		
	Priorizar a implantação do cartão SUS na região de fronteira	Implantação do cartão transfronteiriço Brasil/Uruguai		
3) Possibilitar o livre exercício profissional na fronteira	Implementar negociação com conselhos profissionais e órgãos governamentais competentes	Acordo Brasil-Uruguai para permissão de residência, estudo e trabalho a nacionais fronteiriços		
	Implementar com o Ministério da Educação a validação dos cursos da área da saúde dos Estados partes			

Tabela 3 – Aspectos Organizacionais
Cenário II - harmonização intra- países e médio prazo - Ações por desafios (cont)

Grupo: Aspectos Organizacionais				
Cenário II: harmonização intra- países e médio prazo				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento**		
4) Desenvolver sistema de informação epidemiológica integrado para faixa de fronteira	Ampliar e harmonizar as relações de agravos de notificação compulsória	Comissões binacionais para integração de informação (Uruguai/Paraguai)		
	Implementar sistemas oficiais de informação integrados na faixa de fronteira	Lista parcial de agravos de notificação já implantada		
	Criar comissões binacionais para integração de informação com demais membros do MERCOSUL			
5) Eleger entre os estados partes ações de saúde prioritárias de acordo com o diagnóstico local	Ampliar e estender protocolos de atenção prioritária para toda a faixa de fronteira	Protocolo que define como prioridade em saúde de atenção à epidemia de DST/AIDS nas fronteiras Brasil-Argentina		
		GTs Brasil/Uruguai para desenvolver ações de controle em antropozoonoses		

TABELA 4 - ASPECTOS ORGANIZACIONAIS
CENÁRIO III - HARMONIZAÇÃO INTER- PAÍSES E LONGO PRAZO - AÇÕES POR DESAFIOS

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONAIS				
CENÁRIO III: HARMONIZAÇÃO INTER- PAÍSES E LONGO PRAZO				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento**		
1) Definir instrumentos jurídicos para operacionalizar o SIS	Realizar estudos comparativos de legislação	Nd		
	Verificar as resoluções internalizadas que contribuam para definição dos instrumentos			
	Elaborar proposta de instrumento			
	Encaminhar proposta aos fóruns competentes			
2) Integrar gestão e formação de recursos humanos	Realizar estudos comparativos curriculares	Foi proposta a contratação de estudos comparativos curriculares no Seminário Internacional de Recursos Humanos		
	Definir regulamentação para exercício profissional			
	Estabelecer padrão mínimo de qualificação profissional			
	Criar pólo de educação permanente para atuação nas áreas fronteiriças e no MERCOSUL			
3) Estimular a gestão integrada dos investimentos	Elaborar normas assistenciais e operacionais para estruturação do sistema	Nd		
4) Integrar sistemas de informações gerenciais	Estimular a alimentação das informações da página	*Site* do SGT nº 11 Saúde na internet		
	Propor mecanismos de integração			
	Definir o que é relevante para constar do sistema de informações			
	Realizar estudos comparativos dos sistemas de informação			

GRUPO TEMÁTICO: REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO

TABELA 5 - REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO - DESAFIOS POR CENÁRIO

<table>
<tr><th colspan="3">GRUPO: REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO.</th></tr>
<tr><th>DESAFIOS CENÁRIO I</th><th>DESAFIOS CENÁRIO II</th><th>DESAFIOS CENÁRIO III</th></tr>
<tr><td>• Integração das discussões sobre compensação financeira para os municípios da fronteira;</td><td>• Indução à realização de diagnóstico detalhado sobre a capacidade instalada nos sistemas de saúde dos quatro países, no que se refere à assistência e à produção de insumos e tecnologias, bem como às demandas que poderiam ser referidas aos outros países;</td><td>• Criação de fundos de coesão e desenvolvimento estrutural para áreas estratégicas:
⇒ Custeio de ações já desenvolvidas (atenção);
⇒ Custeio de ações novas (atenção);
⇒ Expansão em projetos multilaterais (gestão, pesquisa, informação, desenvolvimento tecnológico, produção de insumos, etc).</td></tr>
<tr><td>• Estímulo dos países à realização de estudos sobre custos, necessidades e demandas interfronteiras;</td><td>• Busca conjunta e articulada de recursos externos para investimentos estratégicos;</td><td rowspan="3">• Compartilhamento de padrões de informação do processo de registro de eventos e da identificação de usuários, profissionais e serviços para efeitos do sistema de informações:
Brasil: Cartão Nacional de Saúde.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">• Compartilhamento das discussões atuais sobre sistemas de informação e o uso de informações (observatório de saúde do MERCOSUL ou das regiões de fronteira)</td><td>• Estímulo à realização de estudos sobre o custo de ações e serviços de saúde oferecidos nos quatro países;</td></tr>
<tr><td>• Criação de um incentivo para atenção à saúde visando garantir o acesso aos estrangeiros, na condição de visitantes, nos municípios brasileiros da fronteira do MERCOSUL.</td></tr>
</table>

TABELA 6 - REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO
CENÁRIO I - TRANSFRONTEIRIÇO E IMEDIATO - AÇÕES POR DESAFIOS

GRUPO: REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO				
CENÁRIO I: TRANSFRONTEIRIÇO E IMEDIATO				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento***		
1) Integração das discussões sobre compensação financeira para os municípios da fronteira;	Introduzir o tema transfronteira no plano nacional de saúde.	* O grupo considerou que todas as Ações discutidas ainda não foram desencadeadas. Portanto são novas ações que necessitam ser implementadas.	Imediato	Relatoria do seminário
	Criação de mecanismos especiais de financiamento para municípios fronteiriços.		18 meses	MS, Gestores do SUS
	Criar mecanismo de compensação extrafinanceira para municípios fronteiriços.			
	Criar programas de qualificação específica para municípios fronteiriços.		6 meses	CRESEMS, SES, SMS, MS e outros
	Definição das áreas de influência dos municípios fronteiriços.		6 meses	SGT 11
	Criação de fórum permanente de gestores, das três esferas de governo, para municípios de fronteira.		Imediato até 6 meses	CONASS, CONASEMS, MS e Conselhos Municipais de Saúde
	Habilitação de municípios MERCOSUL, por adesão.		Começo do processo 6 a 18 meses	Conselhos Municipais de Saúde, Comitê de Fronteira, SES, SMS e MS
	Aumentar crédito dos municípios Ex: municípios turísticos.			
	Estabelecer mecanismos que permitam superar o sub-registro de atendimentos da fronteira.		Contínuo	Gestores do Sistema de Informação

Tabela 6 - Regulação e Financiamento
Cenário I - Transfornteiriço e imediato - Ações por desafios (cont)

Grupo: Regulação e Financiamento				
Cenário I: Transfornteiriço e imediato				
Desafios	**Ações**		**Prazo**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento**		
1) Integração das discussões sobre compensação financeira para os municípios da fronteira;	Diagnóstico amostral por área de interface dos atendimentos efetuados na fronteira (demanda de serviço).		6 meses	Gestores
	Criar mecanismos de contratação pelo SUS de serviços em municípios na fronteira de outros países (tratamento fora de domicílio).		6 meses	MS – SAS
	Articular o tema do MERCOSUL com as ações internacionais do MS Ex: Cúpula Mundial da Sociedade de Informação, Comitê ISSO Internacional.		Imediato	Coordenação Nacional do SGT 11, AISA e DIPE
2) Estímulo dos países à realização de estudos sobre custos, necessidades e demandas interfronteiras;	Dar publicidade às deliberações do fórum para os demais países.		Imediato	Conselho de Ministros, SGT 11, comissões afins ao SGT 11
	Harmonizar ações de promoção na fronteira (calendário etc).		Imediato	Gestores de Saúde na Ibero - América
3) Compartilhamento das discussões atuais sobre sistemas de informação e o uso de informações (observatório de saúde do MERCOSUL ou das regiões de fronteira).	Publicação dos padrões e processos de captura e uso dos sistemas de informação dos países.		18 meses	DATASUS, Núcleo de Articulação nº1 (NA 1)

Tabela 7 - Regulação e Financiamento
Cenário II - Harmonização Intrapaíses e Médio Prazo - Ações por desafios

Grupo: Regulação e Financiamento				
Cenário II: harmonização intrapaíses e médio prazo				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento**		
1) Indução à realização de diagnóstico detalhado sobre a capacidade instalada nos sistemas de saúde dos quatro países, no que se refere à assistência e à produção de insumos e tecnologias, bem como às demandas que poderiam ser referidas aos outros países;	Estudos de mecanismos de compensação interpaíses;		36 meses	OPAS, ANS e SGT 11
	Elaborar diagnóstico multisetorial dos municípios fronteiriços;		24 meses	OPAS e Agências Financiadoras
	Desenvolver metodologia comparada para aferição de custos em procedimentos pré-selecionados;		24 meses	SGT 11
	Mapear centros de referência de prestação de serviços de saúde no MERCOSUL;		24 até 60 meses	RMS e SGT 11
	Integração dos atuais mecanismos de identificação de usuários nos sistemas de saúde dos países		48 meses	RMS
	Estudos de legislação da prestação de serviços do MERCOSUL		24 meses	SGT 11

Tabela 7 - Regulação e Financiamento
Cenário II - Harmonização Intrapaíses e Médio Prazo - Ações por desafios (cont)

Grupo: Regulação e Financiamento				
Cenário II: harmonização intrapaíses e médio prazo				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento**		
2) Busca conjunta e articulada de recursos externos para investimentos estratégicos;	Criar projeto internacional com OPAS com fundos dos quatro países, para apurar a constituição de fundos multilaterais.		24 meses	SGT 11 RMS
	Identificação de áreas prioritárias para investimentos estratégicos;		24 meses	SGT 11
	Estabelecer padrões de acreditação para serviços e profissionais do MERCOSUL.		24 a 60 meses	OPAS, SGT 11, SAS, SGTES, ANVISA e ANS
3) Estímulo à realização de estudos sobre o custo de ações e serviços de saúde oferecidos nos quatro países;	Desenvolver metodologia específica para estabelecer a origem / nacionalidade das pessoas atendidas.		24 meses	SGT 11
4) Criação de um incentivo para atenção a saúde para garantir o acesso aos estrangeiros, na condição de visitantes, aos municípios brasileiros da fronteira do MERCOSUL.	Firmar pactos de garantia de acesso entre países.		48 a 60 meses	RMS

TABELA 8 - REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO
CENÁRIO III - HARMONIZAÇÃO INTERPAÍSES E LONGO PRAZO - AÇÕES POR DESAFIOS

GRUPO: REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO				
CENÁRIO III: HARMONIZAÇÃO INTERPAÍSES E LONGO PRAZO				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento**		
1) Criação de fundos de coesão e desenvolvimento estrutural para áreas estratégicas: 1- Custeio de ações já desenvolvidas (atenção); 2- Custeio de ações novas (atenção); 3- Expansão em projetos multilaterais (gestão, pesquisa, informação, desenvolvimento tecnológico, produção de insumos, etc).	Normatizar a prestação de serviços de saúde no MERCOSUL.		5 a 10 anos	Executivo e legislativo dos paises
	Criar fundo de coesão social com programas específicos para a saúde.			
	Estabelecimento de critérios para a partilha de recursos e gestão			
	Criar fundo internacional de gestão compartilhada em saúde			
	Criar fundo de compensação			
2) Compartilhamento de padrões de informação do processo do processo de registro de eventos e da identificação de usuários, profissionais e serviços para efeitos do sistema de informações: • Brasil: Cartão Nacional de Saúde.	Identificação única dos usuários entre os paises participantes		5 a 10 anos	Executivo e legislativo dos paises
	Definição de mecanismos de acesso e de periodicidade de disponibilidade de dados			
	Estabelecer padrões registros de informações essenciais e informações compartilhadas de saúde		10 anos	Executivo e legislativo dos paises

TABELA 9 - ASPECTOS POLÍTICO INSTITUCIONAIS - DESAFIOS POR CENÁRIO

GRUPO: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS		
DESAFIOS CENÁRIO I	**DESAFIOS CENÁRIO II**	**DESAFIOS CENÁRIO III**
Fortalecer a mobilização interna Brasil - fronteiras.	Promover o equilíbrio das atenções à saúde (básica).	Ampliar o diagnóstico da realidade dos Sistemas de Saúde do MERCOSUL, incluindo a mobilização dos institutos de pesquisa.
Promover participação interna dos países do MERCOSUL.	Dimensionar o grau de desequilíbrio nas fronteiras.	Ampliar a mobilização da sociedade civil com amplo diálogo com gestores, trabalhadores e usuários nas regiões de fronteiras, visando a relevância da integração para os governos.
	Permear o equilíbrio para o interior dos países (evitar migração para as fronteiras).	Estabelecer uma cultura de processo na integração do MERCOSUL.
	Incluir na pauta de revisão da política de regionalização do SUS as regiões fronteiriças no MERCOSUL.	Fomentar as ações por meio de um fundo comum.

TABELA 10 – ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS
CENÁRIO I - TRANSFRONTEIRIÇO E IMEDIATO – AÇÕES POR DESAFIOS

GRUPO: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS				
CENÁRIO I: TRANSFRONTEIRIÇO E IMEDIATO				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em andamento**		
1)Fortalecer a mobilização interna Brasil - fronteiras.	Propor uma agenda de definição e revisão de prioridades.			
	Identificar os atores diretos envolvidos nos projetos de integração das regiões fronteiriças.	Itaipu		
	Identificar parcerias técnicas e financeiras.	Vigilância Sanitária		
	Promover atividades conjuntas nas regiões de fronteiras.	Vigilância Epidemiológica		
2) Promover participação interna dos países do MERCOSUL.	Estruturar centros de referência em saúde do MERCOSUL.	Ações regulares do MERCOSUL		
	Identificar e promover boas práticas em regiões fronteiriças.			
	Criar espaços/foros nas fronteiras integrados pelos países para articular e decidir a execução de ações locais.			

TABELA 11 – ASPECTOS POLÍTICO INSTITUCIONAIS
CENÁRIO II - HARMONIZAÇÃO INTRAPAÍSES E MÉDIO PRAZO – AÇÕES PORDESAFIOS

GRUPO: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS				
CENÁRIO II: HARMONIZAÇÃO INTRAPAÍSES E MÉDIO PRAZO				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em anadamento**		
1) Promover o equilíbrio das atenções à saúde (básica). 2) Dimensionar o grau de desequilíbrio nas fronteiras. 3) Permear o equilíbrio para o interior dos países (evitar migração para as fronteiras).	Propor uma agenda de definição e revisão de prioridades.			
	Priorizar a atenção primária nos países do MERCOSUL.			
	Firmar protocolo entre países para priorizar atenção primária nas fronteiras.			
	Incluir na pauta de revisão da política de regionalização do SUS às regiões fronteiriças no MERCOSUL.			
	Desenvolver projetos para fortalecimento dos serviços em regiões de fronteiras menos desenvolvidas.			

TABELA 12 - ASPECTOS POLÍTICO INSTITUCIONAIS

CENÁRIO III - HARMONIZAÇÃO INTER-PAÍSES E LONGO PRAZO - AÇÕES POR DESAFIOS

GRUPO: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONAIS				
CENÁRIO III: HARMONIZAÇÃO INTER-PAÍSES E LONGO PRAZO				
Desafios	**Ações**		**Prazos**	**Atores importantes ainda não envolvidos**
	Ações complementares necessárias	**Iniciativas em anadamento**		
1) Ampliar o diagnóstico da realidade dos Sistemas de Saúde do MERCOSUL, incluindo a mobilização dos institutos de pesquisa;	Realizar levantamento/diagnóstico: • Das regiões fronteiriças de saúde; • Das ações e serviços de saúde; • Das demandas por integração; • Das iniciativas de integração; • Das necessidades para o fortalecimento dos processos de integração.			
2) Ampliar a mobilização da sociedade civil com amplo diálogo com gestores, trabalhadores e usuários nas regiões de fronteiras, visando a relevância da integração para os governos;	Realizar atividades nas regiões de fronteiras para SES e CODEMS, com MS para discutir prioridades e estratégias.			
	Estimular eventos da sociedade civil com outros parceiros nas regiões de fronteiras			
3) Estabelecer uma cultura de processo na integração do MERCOSUL.	Realizar atividades nas regiões de fronteiras para SES e CODEMS, com MS para discutir prioridades e estratégias.			
	Estimular eventos da sociedade civil com outros parceiros nas regiões de fronteira.			
	Estimular o uso de símbolos do MERCOSUL no cotidiano dos países.			
	Promover a cultura MERCOSUL em eventos, inclusive nos específicos da saúde.			
4) Fomentar as ações por meio de um fundo comum.	Criar fundos com recursos da balança comercial do MERCOSUL (x %), entre os países para financiar ações de saúde.			

11. UMA AGENDA PARA VIABILIZAR O SIS – MERCOSUL[1]

Gilberto Antônio Reis
Médico da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG e Professor do Curso de Especialização em Saúde Pública da Universidade do Estado de Minas Gerais.

Sulamis Dain
Professora Titular do Instituto de Medicina Social da UERJ

Alcindo Antônio Ferla
Médico, doutor em educação (UFRGS), foi Secretário Substituto da Secretaria do Estado da Saúde do Rio Grande do Sul (1999 a 2002) e atualmente é assessor da direção do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição e consultor do Departamento de Informação e Informática do SUS / Ministério da Saúde.

Janice Dornelles de Castro
Economista, mestre em planejamento e financiamento em saúde (LSE/Londres), doutora em saúde coletiva (UNICAMP) e professora do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Maria Lectícia de Pelegrini
Enfermeira, sanitarista, mestre em ciências da saúde (Unisinos) e atualmente é assessora da direção do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição.

A coleta de sugestões e informações relevantes à elaboração do documento base do Projeto do SIS – MERCOSUL, considerando a experiência brasileira, foi feita através de três atividades articuladas e complementares:

- realização de uma oficina com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, do Subgrupo de Trabalho 11 – SGT 11 – "Saúde" e da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS;
- elaboração de estudos por especialistas sobre as experiências internacionais de organização da assistência à saúde em regiões fronteiriças, as experiências brasileiras de parcerias entre municípios para assistência à saúde e estudo das condições de sustentabilidade do SIS – MERCOSUL pelo enfoque da economia da saúde; e
- realização de seminário reunindo os profissionais que desenvolveram as atividades anteriores com gestores municipais e estaduais das regiões de fronteira, além de representantes de experiências em desenvolvimento nessas regiões.

Tanto nos artigos encomendados quanto nas diversas apresentações durante o seminário, a aproximação com mais detalhes da realidade dos municípios de fronteira e mesmo

1 Baseada no resultado dos debates travados em reuniões, oficinas, seminários e do esforço de pesquisa sobre integração regional.

dos sistemas nacionais de saúde dos quatro países foi destacada. Julgamos pertinente que as próximas etapas de atividades diplomáticas para a integração entre os sistemas de saúde dos quatro países incluam a realização de estudos diagnósticos (de capacidade instalada, de necessidades reprimidas, das perspectivas, dos eixos orientadores do planejamento, de custo e preço de produtos e serviços, em particular de média e alta sofisticação tecnológica), bem como que se desenvolva esforço conjunto para a indução de agendas comuns de pesquisa aos órgãos nacionais dos quatro países responsáveis pelo fomento à pesquisa e ao desenvolvimento tecnológico, assim como aos institutos e órgãos de pesquisa.

Um importante aspecto a ser dimensionado de forma mais adequada é a caracterização do volume e do tipo dos atendimentos interfronteiras que já ocorrem. Estudos e relatos indicam que há um grande fluxo transfronteiras informal, que não é capturado pelos inúmeros sistemas de informação já existentes. Acerca desse problema é importante frisar que, na avaliação dos consultores, qualquer iniciativa que dificulte ou ameace os fluxos atualmente existentes terá, como efeito mais rápido, o retorno à informalidade, já que as redes de solidariedade para o atendimento à saúde são efetivas não somente nesses fluxos interfronteiras, mas também, como se pode facilmente constatar, nos grandes centros urbanos brasileiros. Uma ação de comunicação que afirme a garantia do acesso aos serviços de saúde em fluxos transfronteiras pode ser um eficiente mecanismo para o melhor ordenamento desses fluxos, com a captura de informações necessárias para o desenho de estratégias de compensação financeira ou mesmo para o adequado dimensionamento dos serviços de saúde nas regiões de fronteira. Parece igualmente estratégico desenvolver ações nesse sentido nas regiões onde já se verifica um fluxo mais expressivo de atendimentos transfronteiras e/ou onde já se desenvolvem iniciativas locais de regulação da oferta e do acesso a esses serviços. As experiências da Itaipu Binacional, do estado do Paraná e do município de Foz do Iguaçu e do estado do Rio Grande do Sul com o Uruguai mostram um importante grau de solidez para abrigar um esforço adicional nesse sentido.

Da mesma forma, o reforço à agenda conjunta de discussões sobre a implementação de projetos/políticas de informação e informática em saúde mostra-se oportuno, já que se verifica atualmente uma fase incipiente de mudanças nessa área, nos quatro países. A migração conjunta para padrões tecnológicos e de representação de informação compatíveis e integráveis entre si tem, nesses momentos de transição, uma oportunidade singular. Por outro lado, sugerimos a busca de fontes internacionais de recursos para, em complemento às fontes já existentes nos orçamentos nacionais, avançar na implantação de projetos de identificação de usuários, profissionais e serviços, a exemplo do que vem acontecendo no Brasil com a implantação do Cartão Nacional de Saúde. Esse projeto, de relevância destacada internacionalmente, vem despertando o interesse nos demais países do bloco e pode ser um importante estímulo ao reordenamento dos sistemas nacio-

nais de informação e informática, segundo as diretrizes que vêm sendo destacadas internacionalmente e implementadas no projeto brasileiro.

Em relação ao financiamento, as diversas alternativas apresentadas mostraram-se adequadas. A adoção de uma estratégia para a formalização do processo de integração deve ser feita preservando-se a possibilidade da implementação de modelos mistos de financiamento, a serem definidos e pactuados em acordos multilaterais estabelecidos a posteriori. Deve ser ressaltada a sugestão de que, antes mesmo da coleta de dados para permitir a construção de propostas mais embasadas na realidade, tendo em vista o volume de demandas regulares e informais que já se observa nos municípios brasileiros da região das fronteiras com países do MERCOSUL, seja criado um incentivo financeiro para garantir minimamente os padrões atuais de atendimento a cidadãos de outros países com suportes adequados dos governos federal e estaduais aos municípios da linha de fronteira, paralelamente à adoção de medidas que fomentem a cooperação internacional no nível local para a organização de redes assistenciais transfronteiriças. Mais do que isso, tal iniciativa pode representar uma experiência piloto para a validação de novos componentes das estratégias de aproximação.

De acordo com as evidências sistematizadas até agora, esse incentivo poderia tomar a forma de um repasse na modalidade fundo a fundo, tomando como base a população do próprio município. Tendo em vista o que se pode verificar pela revisão de relatos e estudos anteriores, um incentivo equivalente ao intervalo de 30 a 50% dos repasses per capita para a Atenção Básica, além de representar um pequeno impacto financeiro para o governo brasileiro, também teria condições de permitir o incremento nas ações de regulação atualmente desenvolvidas, tais como o registro dos cidadãos, dos procedimentos demandados e realizados e algum fluxo de contra-referência para os serviços de saúde do país de origem. Também parece adequado que esse repasse seja antecedido da firmatura de um compromisso para adesão entre o Ministério da Saúde e os respectivos municípios e estados, descrevendo com mais precisão as obrigações das partes e os mecanismos de prestação de contas. A participação mais ativa dos Conselhos de Saúde está indicada, quer porque têm essa prerrogativa assegurada legalmente, essa tem sido uma deliberação reiterada nas últimas Conferências Nacionais de Saúde, quer porque a formação de uma rede social transfronteiras parece oferecer efeitos mais rapidamente no que se refere ao controle social do que a pactuação de estratégias similares nos trâmites diplomáticos, que já têm sob sua responsabilidade a construção de mecanismos para a integração/harmonização da gestão.

A proposta concreta, que considera as assimetrias entre os sistemas de saúde do Brasil e dos demais países do MERCOSUL, seria a de criar uma categoria de gestão, a dos municípios SIS – MERCOSUL, na qual seriam habilitados, por adesão, os municípios brasileiros de fronteira que se dispusessem a operar em âmbito transfronteirço. Haveria

clara identificação dessa condição de gestão, com destaque para os projetos neles desenvolvidos, assim como para sua identidade visual (selo SIS –MERCOSUL), institucional e política.

Essa condição de gestão, inicialmente no âmbito das ações do SUS, poderia ser posteriormente generalizada para os demais países, nos territórios de fronteira e também, no Brasil, para as fronteiras não MERCOSUL.

Os municípios habilitados na condição de municípios SIS – MERCOSUL receberiam crédito suplementar fundo a fundo e também teriam que planejar suas ações transfronteiras no espaço do PDI e do PDR, juntamente com as ações dos demais municípios.

Fariam parte da condição de habilitação para gestão SIS – MERCOSUL:

- a capacitação de profissionais de saúde para operar em âmbito transfronteiriço;
- a harmonização dos calendários de vacinação transfronteiras;
- a acreditação dos serviços e dos profissionais;
- a adaptação dos sistemas de informação, dentro da estrutura dos sistemas de informação do SUS; e
- a definição da referência e da contra-referência.

A habilitação SIS – MERCOSUL ocorreria não só no campo da gestão plena da Atenção Básica, mas também no campo da gestão plena do sistema, para municípios previamente habilitados nesta condição.

Nesse caso, o PDI e o PDR deveriam refletir os novos fluxos de ações e estabelecer recursos adicionais para adaptar a oferta a esse padrão ampliado de demanda.

A possibilidade de comprar serviços financiados pelo SUS e remunerados segundo sua tabela de remuneração de procedimentos em território transfronteiras do MERCOSUL deveria ser observada.

As ações dos municípios do SIS – MERCOSUL deveriam integrar os Observatórios de Fronteira, aos quais deveriam ser incorporadas as experiências já em curso na fronteira com o Uruguai e na empresa Itaipu Binacional, com a intenção de difusão das boas práticas transfronteiriças;

Nessas regiões deveriam ser desenvolvidos os primeiros Centros de Referência do MERCOSUL, tanto no campo das especialidades médicas, quanto no campo do ensino dos profissionais de saúde.

Tendo como referência as atividades desenvolvidas no Brasil, sugerimos que os demais Estados partes desenvolvam processos internos de construção de consenso em torno da análise de situação e elaboração de propostas para implementação do SIS –MERCOSUL, envolvendo os diversos atores que atuam na área da saúde em suas regiões de fronteira, para que se construa uma agenda comum exeqüível para Argentina, Brasil, Paraguai e Uruguai.

A análise da experiência internacional sugere a necessidade de uma separação entre

princípios de harmonização dos sistemas de saúde dos países e a operação concreta de projetos transfronteiras. A par disso, contudo, sugerimos que todas as iniciativas relacionadas às ações de saúde, quer sejam internas a cada país, bilaterais ou multilaterais, quer sejam imediatas ou de longo prazo, passem a ser tomadas tendo como referência um conjunto conhecido e compartilhado de valores que venham a nortear o processo mais geral para a aproximação dos sistemas de saúde dos quatro países, como condição fundamental para a sustentabilidade no longo prazo do SIS –MERCOSUL.

Os estudos e debates realizados apontam como diferenças marcantes o padrão de financiamento e a concepção pública do sistema de saúde brasileiro relativamente aos demais países, diferenças essas que podem representar grande obstáculo à integração dos sistemas de saúde dos quatro países. Além disso, a cooperação entre os sistemas de saúde, conforme demonstrou a análise da experiência européia, enfrenta dificuldades associadas a diferentes enquadramentos jurídicos, questões de responsabilidade civil, restrições em matéria de planejamento de sistemas diferentes e mecanismos de reembolso, dado que a aquisição de cuidados de saúde pode ter efeitos no país prestador e no país do beneficiário. Para avançar, seria necessário dispor de:

- garantia de qualidade, padrões e protocolos clínicos, acreditação de profissionais, em padrões semelhantes, acreditação de instituições;
- outros aspectos não clínicos da qualidade, tais como a garantia sobre uso e manipulação dos equipamentos;
- sistemas de informação para pacientes e sistemas para os quais são referidos (médicos e serviços);
- consistência dos procedimentos de contratação e reembolso;
- legalidade das transações entre fronteiras; e
- uso de sistemas e infra-estrutura de informações compatíveis.

Por outro lado, há relativo consenso acerca de alguns valores que podem ser traduzidos no funcionamento do sistema de saúde. Entre esses consensos, a busca de eqüidade parece merecer destaque no momento atual, podendo constituir um importante propulsor de um padrão inicial de pactuação sobre a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde. Esse movimento de afinar compromissos comuns na busca de eqüidade está sendo exercitado no momento atual, conforme demonstram as prioridades dos quatro países apresentadas por ocasião da XXI Reunião Ordinária do SGT nº 11. A exemplo do que se tem verificado na área de Vigilância em Saúde, parece ser oportuna a definição de outras áreas para a pactuação e formalização de metas de curto e médio prazos.

Nesse sentido, foram identificadas ações de saúde específicas que podem ser desenvolvidas pelos quatro países, como: o cuidado materno-infantil; o cuidado aos jovens com ênfase no apoio às ações de prevenção focadas em HIV/AIDS e infecções sexualmente transmissíveis; programas de tratamento e controle da transmissão da tuberculose,

malária, hanseníase, febre amarela, cólera e leishmaniose. Esse campo da prevenção independe da natureza pública ou privada dos sistemas de saúde e de suas gradações de financiamento, sendo de responsabilidade estatal em todos os países do MERCOSUL. Outra área identificada como de interesse comum é a produção de medicamentos e assistência farmacêutica. O conjunto dessas ações – e outras de natureza semelhante que venham a ser identificadas – constitui um denominador comum de políticas que poderá ser ampliado através da cooperação entre os países.

Houve consenso nos fóruns realizados sobre a importância estratégica e política de avanços formalmente constituídos, mesmo que parciais e localizados, na definição de mecanismos comuns de regulação na área da saúde. Esse quadro regulatório deve ser claro e transparente no que tange à aquisição de cuidados de saúde, permitindo às instâncias competentes dos Estados partes a sua utilização para celebração de acordos. Tais mecanismos poderão desempenhar papel estratégico na superação das desigualdades atualmente existentes, seja na estrutura e no funcionamento dos sistemas de saúde, seja na situação de saúde da população, contribuindo para a harmonização das condições de acesso às ações e serviços de saúde e de qualidade da atenção ofertada.

Sugerimos que a agenda desse processo de integração contemple o desenho de estratégias para cada um dos países para universalizar o acesso e padronizar minimamente a qualidade da Atenção Básica e a urgência/emergência a ser ofertada à população, como portas de entrada no SIS – MERCOSUL, assegurando gratuidade nesse nível de atenção. Vale lembrar que o acesso refere-se à acessibilidade física, à financeira e à informação, compreendendo os seguintes domínios:

- percentagem da população abrangida pelo regime com financiamento público;
- gama de serviços disponíveis ao abrigo do regime com financiamento público;
- acesso ao seguro de saúde privado, de caráter voluntário;
- tempo de espera para obtenção de um serviço;
- disponibilidade de serviços de boa qualidade;
- disponibilidade de tratamentos inovadores;
- preço dos serviços de cuidados de saúde e nível de co-participação de custos.
- escolhas à disposição das pessoas (como acordos em matéria de encaminhamento ou prestadores contratados);
- variações de caráter socioeconômico; e
- informação sobre serviços e profissionais, incluindo a sua mobilidade.

Nas questões relativas à qualidade, incluem-se as condições de entrada no mercado, as condições processuais e a avaliação do exercício da atividade médica individual, abrangendo os seguintes domínios em especial:

- padrões nacionais com base em provas de eficácia;
- mecanismos organizativos destinados a assegurar cuidados seguros e de alta qualidade;

- metodologias de acompanhamento e avaliação;
- segurança do doente; e
- experiência do doente.

A análise da viabilidade das propostas apresentadas na perspectiva brasileira deve considerar:

- o espaço de governabilidade do Ministério da Saúde do Brasil, que tomou para si a iniciativa do projeto do SIS – MERCOSUL; e
- os recursos necessários à implementação do projeto (recursos financeiros, organizacionais, cognitivos e políticos) que estão sob controle do Ministério da Saúde do Brasil.

O encadeamento cronológico das operações relacionadas aos desafios colocados para viabilização do projeto deve referenciar-se ao horizonte temporal do atual governo brasileiro, ou seja, dezembro de 2006. A par desse limite, diversas operações poderão ultrapassar esse prazo. Nesse caso, as bases para a conclusão dessas operações no longo prazo deverão estar consolidadas no horizonte de tempo referido. Dessa forma, devem ser identificadas operações para:

- o curto prazo ou imediatas, a serem concluídas até dezembro de 2004;
- o médio prazo, até dezembro de 2005; e
- o longo prazo, a partir de janeiro de 2006.

1. Operações de curto prazo ou imediatas

Aspectos organizacionais:

- Formalizar a garantia de acesso, nos padrões atuais, do atendimento a cidadãos de outros países – recomendamos a instituição, pelo Ministério da Saúde brasileiro, de processo de habilitação de municípios da linha de fronteira para atendimento a estrangeiros, com revisão dos seus tetos financeiros e suporte técnico em parceria com as secretarias estaduais de saúde. Julgamos possível desenhar uma proposta com viabilidade técnica para a criação de um repasse fundo a fundo, a partir da adesão dos municípios de fronteira brasileiros a um cardápio de obrigações formais com capacidade de ajustar fluxos, suprir parte das deficiências atuais e induzir novos padrões de integração entre os países. A partir da experiência brasileira de financiamento, indicamos o repasse na modalidade fundo a fundo. A inexistência atual de dados sobre a referência populacional de estrangeiros não nos parece impeditiva de operacionalizar tal repasse, já que é possível estabelecer preliminarmente uma estimativa a partir da população do próprio município. As ações de vigilância, de informação e de referenciamento e contra-referencia-

mento de cidadãos de outros países nos parecem imprescindíveis como responsabilidade formal dos municípios para adesão aos repasses.

- Identificar ou desenvolver, em parceria com a OPAS, metodologia adequada à análise de aspectos de oferta e demanda por ações de saúde nas regiões de fronteira que contemple a organização dos serviços de saúde, por nível de atenção (primária, secundária e terciária) e formas de gestão, com destaque para a oferta e as condições de acesso aos serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar e unidades de referência (em especial hemodiálise, terapia intensiva e transplantes). Esse estudo é de fundamental importância para o desenho de estratégias de integração e para a proposição de modelos de financiamento para o atendimento interfronteiras. Essa preocupação já vem sendo processada, como está demonstrado na Ata da XXI Reunião Ordinária do Subgrupo de Trabalho nº 11 do MERCOSUL, que estuda uma metodologia para o diagnóstico e a análise das capacidades instaladas nos municípios de fronteira, bem como a demanda assistencial que já está sendo atendida. Ao mesmo tempo em que se efetiva esse diagnóstico, sugerimos um mapeamento complementar de áreas de interesse dos quatro países. Essa ação de diagnóstico geral de capacidade instalada e de demanda pode ser recortada para os municípios de fronteira. Ela terá grande capacidade para permitir a mobilidade dos cenários e das estratégias para o financiamento da atenção à saúde oferecida entre os sistemas de saúde dos países do MERCOSUL.
- Fomentar a realização de estudos sobre o perfil de saúde nas fronteiras do ponto de vista epidemiológico, sanitário e ambiental.
- Incluir na pauta de revisão da política de regionalização do SUS as regiões fronteiriças no MERCOSUL.

Aspectos político-institucionais:

- Realizar estudos sobre o arcabouço jurídico-normativo e institucional dos sistemas de saúde dos países, em questões relacionadas à integração transfronteira com fluxo de recursos financeiros, com destaque para a disponibilidade de recursos orçamentários próprios e o grau de facilidade de captação de fontes externas de recursos que possam ser utilizados na área da saúde, além dos instrumentos, fluxos e metodologia de prestação de contas e controle do uso de recursos públicos.
- Identificar ou desenvolver instrumentos de gestão que possibilitem a formalização no nível local das ações de saúde transfronteiriças, através de parcerias entre os municípios brasileiros e os diversos prestadores dos sistemas de saúde dos países vizinhos, considerando a autonomia dos municípios brasileiros na gestão do SUS no nível local e as peculiaridades dos municípios e sistemas de saúde dos demais países.

- Orientar os municípios brasileiros sobre a possibilidade de realizar licitações internacionais para compra de serviços assistenciais em países vizinhos.
- Realizar "SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE NAS FRONTEIRAS FÍSICAS DO MERCOSUL", em agosto de 2004, com o objetivo geral de subsidiar a integração das ações de saúde nas fronteiras físicas do MERCOSUL, estabelecendo o grau de prioridade de cada uma e as estratégias operacionais necessárias. Sugerimos, como produto final desse seminário, a composição de uma agenda para a análise e definição de áreas estratégicas para a indução de avanços no processo de integração, e a realização de oficinas locais e/ou regionais após o seminário para concretização das ações na forma pactuada.
- Encaminhar assinatura do(s) pacto(s) entre os países em reunião prevista para outubro/2004.

Regulação e financiamento:

- Fomentar a realização de estudos sobre o custo de ações e serviços de saúde oferecidas nas regiões de fronteira pelos quatro países.
- Estimular o compartilhamento das discussões atuais sobre sistemas de informação em saúde e projetos de identificação de usuários, profissionais e serviços de saúde, bem como o intercâmbio das atuais tecnologias disponíveis.
- Iniciar a troca de informações com a padronização de relatórios mínimos a partir dos sistemas já existentes, possibilitando a instalação imediata de Observatórios de Saúde do MERCOSUL, nas regiões de fronteira.
- Integrar as discussões que vêm acontecendo nos quatro países sobre medidas de compensação financeira para municípios de fronteira e estimular o avanço dessas discussões.

2. Operações de médio prazo

Aspectos organizacionais:

- Organizar a demanda assistencial, disciplinando os fluxos e identificando centros de referência para média e alta complexidade.
- Criar instrumento único de identificação de usuários, observadas as legislações de cada país.
- Possibilitar o livre exercício profissional na fronteira, garantindo procedimentos claros, simples e transparentes de validação profissional, de modo a facilitar e a

desenvolver a mobilidade dos profissionais da saúde.

- Eleger entre os Estados partes ações de saúde prioritárias, de acordo com o diagnóstico local, integrando e fortalecendo projetos assistenciais estratégicos.
- Iniciar o compartilhamento de serviços de referência para a assistência de alta densidade tecnológica e a criação de redes transnacionais de desenvolvimento tecnológico.

Aspectos político-institucionais:

- Regulamentar, por meio de lei complementar, que atualmente tramita como projeto de lei, o artigo 20, parágrafo 2°, da Constituição Federal, que trata da definição de faixa de fronteira, e necessariamente considerar os antecedentes da legislação brasileira, bem como as Resoluções Incorporadas ao Ordenamento Jurídico nos quatro Estados partes do MERCOSUL.

Regulação e financiamento:

- Iniciar o planejamento integrado para a ampliação da capacidade operacional em áreas de maior demanda na região de fronteira. Foi sugerida, com essa finalidade, a criação de câmaras de desenvolvimento regional dos sistemas de saúde, com a participação de prestadores privados e públicos, além de representantes da sociedade civil.
- Promover a compatibilidade entre os sistemas de informação referentes à prestação de serviços de saúde.
- Desenvolver sistema integrado de informação epidemiológica para a faixa de fronteira.
- Estabelecer mecanismos de ressarcimento entre operadoras de planos de saúde e entre estas e o serviço público.
- Iniciar busca conjunta e articulada, entre os países, de recursos externos para investimentos estratégicos, desencadeando um processo solidário de identificação de fontes de recursos para a saúde.
- Fomentar a realização de diagnóstico detalhado sobre a capacidade instalada nos sistemas de saúde dos quatro países, no que se refere à assistência e à produção de insumos e tecnologias, bem como às demandas que poderiam ser referidas aos outros países.

3. Operações de longo prazo

Aspectos organizacionais:

- Adotar política comum de assistência à saúde mediante articulação entre as redes de serviços com processos acordados de referência e contra-referência.
- Integrar gestão e formação de recursos humanos.

Aspectos político-institucionais:

- Identificar as condições de direitos e deveres dos usuários no arcabouço legal e institucional dos quatro países, bem como o estabelecimento de padrões comuns para orientar o acesso, a oferta e a qualidade das ações e dos serviços de saúde disponibilizados e os mecanismos que serão utilizados para dirimir dúvidas a esse respeito.
- Ampliar a mobilização da sociedade civil, por meio de amplo diálogo com gestores, trabalhadores e usuários nas regiões de fronteiras, visando à relevância da integração para os governos.

Regulação e financiamento:

- Criar fundos de coesão e desenvolvimento estrutural para áreas estratégicas, como custeio de ações já desenvolvidas (atenção), custeio de ações novas (atenção) e expansão em projetos multilaterais (gestão, pesquisa, informação, desenvolvimento tecnológico, produção de insumos, etc). A definição de fontes de recursos – próprios dos países e/ou captados em projetos de cooperação – e de mecanismos de acompanhamento e controle e de estruturas para a gestão desses recursos deve ser objeto de pactuação e formalização entre os países, envolvendo não somente as estruturas executivas dos governos, mas também os demais poderes. Se essa estratégia implica um decurso considerável de tempo, também é verdade que, embrionariamente, pode ser desenvolvida por meio da busca integrada de fontes externas de financiamento, bem como na definição de recursos próprios dos quatro países, para utilização em projetos nacionais, de acordo com prioridades definidas em conjunto pelos demais países.
- Iniciar o compartilhamento de padrões de informação, do processo de registro de eventos e da identificação de usuários, profissionais e serviços para efeitos do sistema de informações.

Esse é o conjunto de operações consideradas por nós necessárias e suficientes para

implementação do SIS – MERCOSUL. O desenho final do projeto e da sua implementação aguarda as propostas dos demais Estados partes e as deliberações das instâncias competentes do MERCOSUL.

ANEXO

GRUPO DE TRABALHO ITAIPU/SAÚDE

Joel de Lima
AS/FE - Itaipu Binacional

A Itaipu Binacional sempre atuou, por meio das suas diretorias, em parceria com as autoridades brasileiras e paraguaias, de todas as esferas de governo, no sentido de minimizar o impacto causado à região com a construção da usina hidrelétrica.

A atual diretoria da Itaipu Binacional, amparada no conceito da responsabilidade social, tem ampliado as ações da empresa buscando a melhoria do Índice de Desenvolvimento Humano, maximizando sua intervenção em vários setores, entre eles a saúde.

A fim de orientar as ações de Itaipu na área da saúde, garantindo-lhe maior impacto e resolubilidade, foi criado o Grupo de Trabalho Itaipu/Saúde, composto por 12 integrantes, sendo 6 brasileiros e 6 paraguaios, obedecendo à seguinte distribuição:

Brasil

- 1 Representante da Itaipu Binacional
- 1 Representante da Fundação de Saúde Itaiguapy
- 1 Representante do Ministério da Saúde
- 1 Representante da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná
- 1 Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu
- 1 Representante do CRESEMS da 9ª Regional de Saúde

Paraguai

- 2 Representantes da Itaipu Binacional
- 1 Representante da Fundação Tesai
- 1 Representante do Ministério da Saúde Pública e Bem-Estar Social
- 1 Representante da 10ª Região Sanitária de Alto Paraná
- 1 Representante da 14ª Região Sanitária de Canindeyu.

O grupo de trabalho, de caráter permanente e consultivo, vinculado à Itaipu Binacional, tem por objetivo propor as estratégias para inserção das fundações de saúde instituídas pela Itaipu Binacional na organização e novapoio às ações de saúde na sua área de influência, região da fronteira entre Brasil e Paraguai, abrangendo 27 municípios brasi-

leiros e 30 municípios paraguaios, em consonância com as respectivas políticas públicas nacionais do setor de saúde.

A partir das orientações do grupo de trabalho, foi criado o Programa Saúde na Fronteira, coordenado pela Assistência da Diretoria Financeira Brasileira, e pela Assistência da Diretoria Geral Paraguaia, com os seguintes objetivos operacionais:

- apoio à organização das ações de saúde na região de Alto Paraná e Canindeyú, Paraguai;
- apoio à organização das ações de saúde nas 9ª e 20ª Regionais de Saúde do Estado do Paraná – Brasil; e
- apoio à integração das ações de saúde na fronteira visando à promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, em conjunto com as instâncias governamentais do Brasil e do Paraguai.

Atendendo aos objetivos estratégicos do programa, foram definidas algumas atividades prioritárias para os anos de 2004 e 2005:

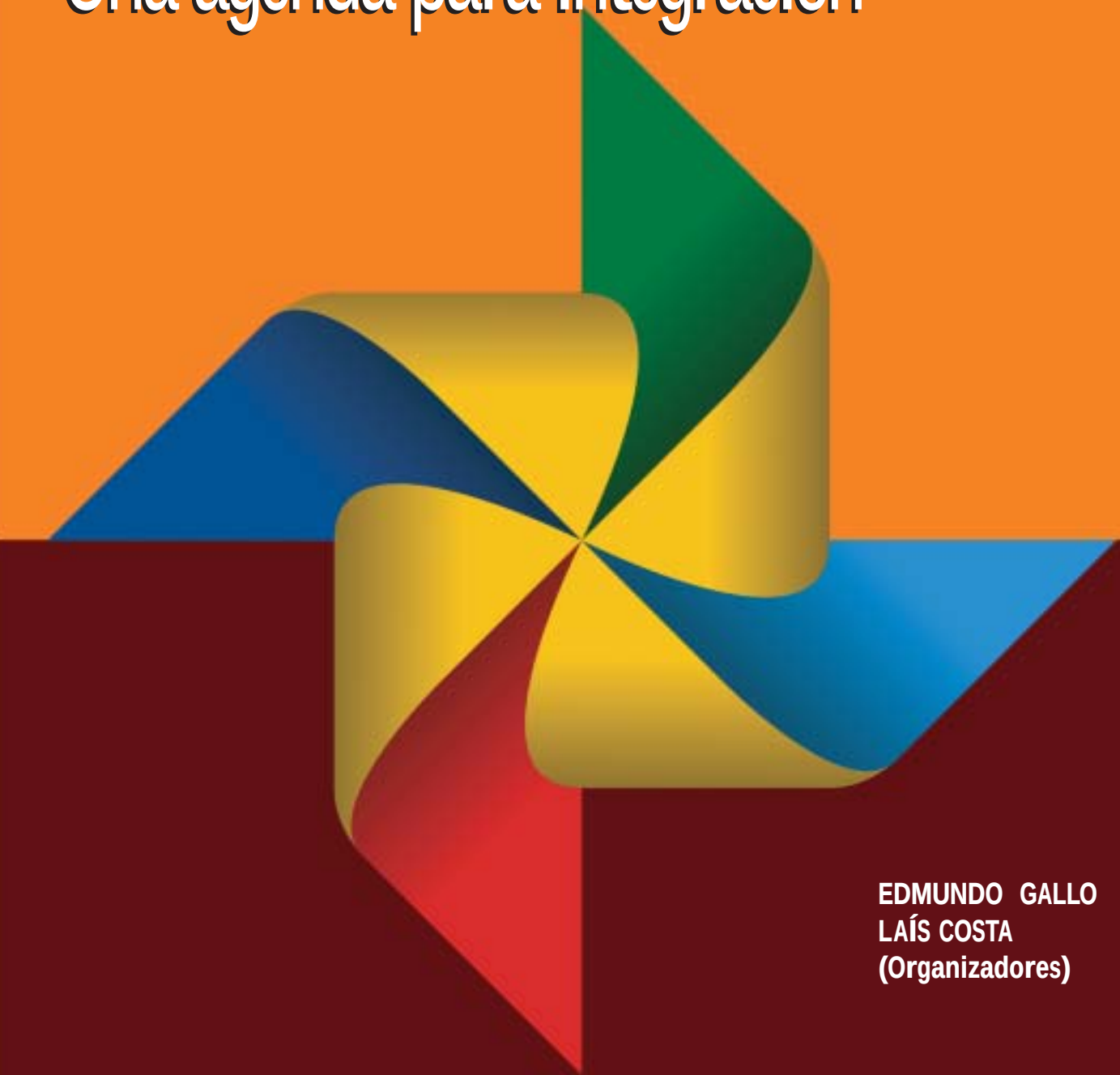
- realização de 2 cursos anuais de capacitação em Administração Pública para gestores de saúde;
- realização de 1 curso bienal de especialização em Administração Hospitalar para gestores dos hospitais vinculados ao sistema público de saúde;
- realização de cursos de sensibilização, motivação e humanização para os trabalhadores dos serviços públicos de saúde;
- implantação da gestão participativa nas Fundações de Saúde Itaiguapy e Tesãi, com a criação de ouvidoria e representatividade dos trabalhadores nas instâncias decisórias;
- realização de oficinas de integração entre as equipes dos hospitais das Fundações de Saúde Itaiguapy e Tesãi;
- realização de 1 curso bienal de especialização em Medicina de Família e Comunidade para os profissionais médicos que atuam na Atenção Básica;
- realização de 1 curso anual de especialização em Saúde da Família, para profissionais de nível superior que atuam na atenção básica;
- realização de jornadas binacionais de discussão sobre temas sensíveis de saúde na região da fronteira;
- realização de 1 curso modular de Vigilância em Saúde para os dirigentes dos serviços públicos de saúde;
- realização de cursos de capacitação para agentes promotores de saúde;
- realização do I Congresso Binacional de Atenção Primária à Saúde na Fronteira;

- realização do I Seminário Binacional sobre Controle Social em Saúde Pública;
- realização de atividades no Dia Mundial sem Tabaco, com ações conjuntas entre órgãos governamentais de Brasil e Paraguai, e a Itaipu;
- realização de atividades no Dia Mundial de Combate à Droga e ao Alcoolismo, com ações conjuntas entre órgãos governamentais de Brasil e Paraguai, e a Itaipu;
- realização de atividades no Dia Mundial de Combate à AIDS, com ações conjuntas entre órgãos governamentais de Brasil e Paraguai, e a Itaipu;
- realização da I Semana de Imunização na Fronteira, com campanha conjunta de multivacinação envolvendo órgãos governamentais de Brasil e Paraguai, e a Itaipu;
- realização de atividades no Dia de Combate à Dengue, com ações conjuntas entre órgãos governamentais de Brasil e Paraguai, e a Itaipu;
- realização da Semana de Saúde da Mulher, com ações conjuntas entre órgãos governamentais de Brasil e Paraguai, e a Itaipu;
- revisão dos documentos de intenção e convênios firmados entre a Itaipu Binacional e os Ministérios da Saúde do Brasil e do Paraguai;
- realização de um seminário com autoridades representativas dos Ministérios da Saúde do Brasil e do Paraguai, a fim de debater o modelo de descentralização das ações e serviços de saúde;
- realização de cursos de capacitação de recursos humanos para operacionalização dos sistemas de informação em saúde; e
- criação de sistema de informação em saúde para a fronteira, priorizando a área de imunização, população excluída, vigilância epidemiológica, atenção à saúde.

O grupo de trabalho se reúne ordinariamente uma vez por mês, quando avalia as ações executadas e define as prioridades e estratégias das novas ações. As decisões do grupo são tomadas por consenso e encaminhadas à diretoria da Itaipu Binacional.

SERIE TÉCNICA – PROYECTO DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD – 9

SIS-MERCOSUR
Una agenda para integración



EDMUNDO GALLO
LAÍS COSTA
(Organizadores)

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Ministério da Saúde
BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

El MERCOSUR, promoviendo la consolidación de la región, viene favoreciendo el desarrollo de los más diversos sectores, entre ellos los de la salud, educación, justicia, cultura, transportes, energía, medio ambiente y agricultura. Se enfatiza el impacto que el Mercado Común del Cono Sur es capaz de ejercer sobre el desarrollo de las industrias de los Países Miembros, una vez que ofrece 'protección' a las industrias aún en desventaja competitiva en relación con los países más desarrollados. En este caso, no solamente se puede dirigir la producción hacia la demanda regional, sino también aprovechar la ventaja comparativa entre la producción de los países, permitiendo la especialización de la producción, además de beneficios diversos en función del aumento de la escala potencial del mercado.

La búsqueda de un mercado regional del MERCOSUR propiciará, idealmente, a través del desarrollo de políticas comunes o integradas, el fortalecimiento industrial de la región, avanzando en la superación de la brecha tecnológica que hoy separa países más competitivos de los menos en el mercado global.

En el caso del sector salud, dos peculiaridades marcan la importancia de esta integración, tales como: 1. el sector salud es reconocido como inductor del desarrollo, teniendo impacto sobre el potencial de desarrollo económico y social de la población proporcionalmente favorable cuando se compara con los demás sectores; 2. la innegable necesidad de planificación regional de acciones que traten de vigilancia de salud, sanitaria y epidemiológica, de superación de tragedias ambientales que no 'reconocen' fronteras, y además de ello, de la atención de mediana y alta complejidad, que demanda escala para la oferta de servicios.

Sin embargo, la urgencia de la organización conjunta de la atención a la salud en las fronteras se muestra incompatible con la morosidad característica del proceso de armonización.

El desarrollo común basado en la solidaridad y en el interés de las cuatro naciones en acabar con el cuadro de injusticia social, la mala distribución de los ingressos y la pobreza, situación que marca los países de América del Sur, justifica la importancia de propiciar la organización y estructuración de los servicios de salud en las fronteras. La idea es buscar la transfronterización paralelamente a la armonización de los sistemas, de modo a contribuir para el proceso de integración.

Fruto de encargo de los Estados Partes en el Seminario de Planificación del MERCOSUR, en 2003, este libro es la materialización de una primera invitación al debate sobre la integración de los sistemas de salud del MERCOSUR.

SÉRIE TÉCNICA – PROYECTO DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD – 9
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)

DIRECCIÓN DE INVERSIÓN Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS
SECRETARÍA EJECUTIVA
MINISTERIO DE SALUD – BRASIL

serie técnica

Proyecto de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Edición Especial

SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DEL MERCOSUR / SIS-MERCOSUR
UNA AGENDA PARA INTEGRACIÓN

BRASILIA – DF
2004

Ministro de Salud
Humberto Costa
Secretario Ejecutivo
Gastão Wagner de Souza Campos
Director de Inversiones y Proyectos Estratégicos
Edmundo Gallo
Coordinadora Nacional del SGT-11 "Salud" / MERCOSUR
Enir Guerra Macedo de Holanda
Gerente del SIS-MERCOSUR en la DIPE/SE/MS
Laís Costa
Equipo de Elaboración del Proyecto
Edmundo Gallo
Laís Costa
Adnei Moraes
Solange Baraldi
Equipo Técnico
Técnicos del Ministerio de Salud de diversas áreas contribuyeron con la construcción de este documento.
Apoyo
Coordinación Nacional del SGT-11 "Salud" / MERCOSUR – Brasil
Agencia Nacional de Salud Suplementaria, ANS
Banco Interamericano de Desarrollo, BID
Organización Panamericana de la Salud, OPS
Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO

Organización Mundial de la Salud (OMS)
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Ministerio de Salud - Brasil

Serie Técnica – Edición Especial
Proyecto de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 9

SISTEMA INTEGRADO DE SALUD DEL MERCOSUR / SIS-MERCOSUR
UNA AGENDA PARA INTEGRACIÓN DE SISTEMAS Y REDES DE SERVICIOS DE SALUD EN BRASIL

ORGANIZADORES:

EDMUNDO GALLO

Médico especialista en Medicina Social, con Maestría en Salud Pública, Doctorando en Salud Pública por Fiocruz. Fue Secretario Municipal de Salud de Belém, Secretario General y Presidente del CONASEMS y Consultor de Organismos Internacionales. Hoy es Director de Inversiones y Proyectos Estratégicos de la Secretaría Ejecutiva del Ministério de Salud/Brasil.

LAÍS COSTA

Administradora especializada en el Sector Público, con Maestría en *'Development Studies'* por la *London School* of *Economics and Political Sciences* (LSE). Consultora de Organismos Internacionales, ha participado de debates nacionales e internacionales sobre Federalismo Fiscal y Descentralización de acciones públicas. Actualmente es asesora de la Directoría de Inversiones y Proyectos Estratégicos de la Secretaría Ejecutiva del Ministério de Salud y gerente del proyecto SIS-MERCOSUR.

Brasilia – DF
2004

Elaboración, distribución e informaciones

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 – Brasília – DF
http://www.opas.org.br
Proyecto de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud/OPS
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Sede, Sl. 315
CEP: 70058-900
Brasília — DF
Fone: (61) 315-2359
http://www.saude.gov.br

1. Coordinador del Proyecto de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud/OPS
Júlio Suarez
2. Equipo técnico/OPS
Florentino García Scarponi
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
3. Normalización
CEDOC/OPAS
4. Revisión
Jorge Frederico Duarte Webber
5. Capa, Proyecto Gráfico y DTP
Wagner Soares da Silva
6. Tiraje
2000 ejemplares

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Documentación
de la Organización Panamericana de la Salud — Representación de Brasil

Gallo, Edmundo

Sistema integrado de salud del MERCOSUR / SIS – MERCOSUR. Una agenda para integración / organizado por Edmundo Gallo; Laís Costa. – Brasilia: Organización Panamericana de la Salud, 2004.

192 p. – (Serie Técnica Proyecto de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 9)

ISBN 85-87943-35-9

1. Servicios de salud. 2. Prestación Integrada de Cuidados de Salud 2. MERCOSUR. 3. Integración de sistemas. I. Costa, Laís. II. Título. III. Organización Panamericana de la Salud. VI. Serie.

NLM: W84

2004 © Organización Panamericana de la Salud
Todos los derechos reservados. Es permitida la reproducción total o parcial de esta obra, desde que sea citada la fuente y no sea para venta o cualquier fin comercial. Las opiniones expresas en el documento por autores denominados son de su responsabilidad.

[...] El MERCOSUR debe constituirse en un espacio de articulación de políticas industriales, agrícolas, de ciencia y tecnología, que asuma también una dimensión social, y que garantice la libre circulación de personas. [...] Debemos perseguir la articulación de nuestros sistemas productivos. De la misma forma en que queremos, en nuestros países, un desarrollo regional equilibrado, defendemos un MERCOSUR armónico. Queremos un MERCOSUR solidario. Por ello, estamos creando mecanismos para impedir desequilibrios coyunturales en nuestro comercio regional, evitando pérdidas innecesarias y tentaciones proteccionistas entre nosotros.

Presidente Lula, Buenos Aires 16.10.2003.
Discurso del Presidente de la República, Luiz Inácio Lula da Silva.
Sesión del parlamento en honor al Brasil. Congreso de la Nación Argentina.

(...) "Soluciones para los problemas de salud representan mecanismos esenciales para la erradicación de la pobreza y, como tales, son extremamente importantes para cualquier diálogo cuyo tema sean las Américas".

'Partnerships for Better Health in the Americas",
PAHO, 2002. (Traducción propia).

AGRADECIMIENTOS

Muchas son las personas que participaron de esta publicación, directamente o a través de importantes colaboraciones, para la reflexión sobre el tema. El Ministerio de Salud está profundamente agradecido a todos y, anticipadamente, pide disculpas por eventuales omisiones en este agradecimiento:

La Agencia Nacional de Salud Suplementaria, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud desempeñaron un papel central para tornar viable todo el proceso de debates que culminó en esta publicación. Se destaca, en particular, el apoyo del Dr. Fausto Pereira dos Santos, Dr. Roger Rosa y del Dr. Roberto Senatore, de la ANS, del Dr. Waldemar Wirsig y de la Dra. Ana Lucia Dezoit, del BID, del Dr. Horácio Toro Ocampo, del Dr. Julio Suárez, de la Dra. Rosa Silvestre y de la Sra. Luciana de Deus Chagas, de la OPS, sin quienes el desarrollo del debate y la organización del proyecto sufrirían pérdidas inestimables. En realidad, sin el apoyo de estas instituciones y de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO, representada por el Dr. Jorge Werthein, el Sr. Paulo Vinicius Silva Alves y la Srta. Leonor Viana Boeckel-Collor, no hubiéramos sido capaces de realizar este producto en tiempo hábil.

Del mismo modo y en función de reflexiones esenciales para la discusión del SIS-MERCOSUR, agradecemos la ayuda de la Comisión Parlamentaria Conjunta del MERCOSUR, de Itaipú Binacional, de centros de estudios municipales (principalmente la CEPAM, IBAM e Instituto Polis), de agencias de fomento al desarrollo, nacionales y multilaterales, como BNDES, BIRD, PNUD, de todas las entidades que se involucraron en la discusión, como el CONASS y CONASEMS y de las SES y SMS.

Además, sin el apoyo de la Coordinación Nacional del SGT-11 y de las demás Secretarías del Ministerio de Salud, la calidad de la discusión resultaría sustancialmente perjudicada en función de la poca visibilidad y conocimiento del complejo contexto en el que se encuentra inserto este debate.

LISTA DE SIGLAS

ABC	Agencia Brasileña de Cooperación
ABRASCO	Asociación Brasileña de Posgrado en Salud Colectiva
AIDS (SIDA)	Síndrome de Imunodeficiencia Adquirida
AIS	Acciones Integradas de Salud
AISA	Asesoría de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud
ALMG	Asamblea Legislativa de Minas Gerais
ANS	Agencia Nacional de Salud Suplementaria
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRD	Banco Internacional para Reconstrucción y Desarrollo
BNDES	Banco Nacional del Desarrollo Económico y Social
CAN	Comunidad Andina
CCM	Consejo Mercosur
CE	Comunidad Europea
CEE	Comunidad Económica Europea
CEPAM	Centro de Estudios e Investigación de Administración Municipal
CIB	Comisión Intergestora Bipartita
CIS	Complejo Industrial de la Salud
CIS-AMVAP	CIS de la Micro región del Valle del Paranaíba - CIS AMVAP
CISMEJE	Consorcio Intermunicipal de Salud de la Micro región del Medio Jequitinhonha
CISMEP	Consorcio Intermunicipal de Salud del Medio Paraopeba
CMC	Consejo del Mercado Común
CODEMS	Compañía de Desarrollo Económico
COOPEX/SIDA	Cooperación Externa del Programa Nacional de SIDA
CONASEMS	Consejo Nacional de los Secretarios Municipales de Salud
CONASP	Consejo Nacional de Administración de la Salud de Seguridad Social
CONASS	Consejo Nacional de Secretarios de Salud
COSECS/MG	Colegiado de los Secretarios Ejecutivos de los Consorcios Intermunicipales de Salud de Minas Gerais
COSEMS/MG	Colegiado de los Secretarios Municipales de Salud de Minas Gerais
CPS	Complejo Productivo de la Salud
CRESEMS	Comisión de Intergestores Bipartita
DAD	Departamento de Apoyo a la Descentralización
DATASUS	Departamento de Información e Informática del SUS

DIPE	Direccíon de Inversiones y Proyectos Estratégicos
DST	Enfermedades Sexualmente Transmisibles
EEUU	Estados Unidos de América
EHMA	European Health Management Association
EPF	European Property Federation
ESIP	Partícipes Europeos de la Seguridad Social
EU	Unión Europea
FDA	Federal Drug Administration
FIOCRUZ	Fundación Oswaldo Cruz
GMC	Grupo del Mercado Común
GT	Grupo de Trabajo
HIV	Human Imunodeficiency Virus
HOPE	Hospitals for Europe
HTA	Evaluación Tecnológica de Salud
IBAM	Instituto Brasileño de Administración Municipal
IMPAC	*Internet and Mail-order Pharmacy Accreditation Commission*
INAMPS	Instituto Nacional de Asistencia Médica de Seguridad Social
INPS	Instituto Nacional de Seguridad Social
INTERREG	El INTERREG es un programa de Iniciativa Comunitaria de la Comunidad Europea
LSE	*London School of Economics and Political Sciences*
MERCOSUR	*Mercado Común del Sur*
MDS	Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre
MS	Ministerio de Salud
NAFTA	*North American Free Trade Agreement*
NOAS	Normas Operacionales de Asistencia a la Salud
NOB	Norma Operacional Básica
OECD (OCDE)	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico
OJN	Ordenamiento Jurídico Nacional
OMS	Organización Mundial de Salud
ONG	Organización No-Gubernamental
OPAS	Organización Panamericana de Salud
OSCIP	Organización de la Sociedad Civil de Interés Público
PAHO	Pan American Health Organization
PDI	Plan Director de Inversiones
PDR	Plan Director de Regionalización
PIASS	Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento
PIB	Producto Interno Bruto
PMDI	Plan del Estado de Minas Gerais de Desarrollo Integrado
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPAG	Plan Plurianual de Acción Gubernamental

PPI	Programación Pactada e Integrada
PPTB	Presidencia *Pro-Tempore* del Brasil
PT/PR	Partido de los Trabajadores/Paraná
RDA	Revista de Derecho Administrativo
RMS	Reunión de los Ministros de Salud
RMSM-BCh	Reunión de los Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile
RTJ	Revista del Tribunal de Justicia
SARS	Síndrome Respiratoria Aguda Grave
SAS	Secretaría de Atención a la Salud
SE	Secretaría Ejecutiva
SES	Secretaría Estadual de Salud
SES-RS	Secretaría Estadual de Salud de Rio Grande do Sul
SGP	Secretaría de Gestión Participativa
SGT-11	Subgrupo de Trabajo numero 11 - Salud en el Mercosur
SGTES	Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en la Salud
SIS	Sistema Integrado de Salud del MERCOSUR
SIS-Mercosul	Sistema Integrado de Salud del MERCOSUR
SMS	Secretaría Municipal de Salud
SMS-POA	Secretaría Municipal de Salud de Porto Alegre
SPO	Subsecretaría de Planeamiento y Presupuesto
SUDS	Sistema Unificado y Descentralizado de Salud
SUS	Sistema Único de Salud
SVS	Secretaría de Vigilancia en Salud
SW	Software
TI	Technology Information
TCE	Tribunal de Cuentas del Estado de São Paulo
TCMG	Tribunal de Cuentas de Minas Gerais
TCU	Tribunal de Cuentas da la Unión
TEC	Tarifa externa común
UE	Unión Europea
UERJ	Universidad del Estado de Río de Janeiro
UFRGS	Universidad Federal de Río Grande do Sul
UNESCO	*Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*
UNICAMP	Universidad de Campinas
Unisinos	Universidad del Vale do Rio dos Sinos
US	Estados Unidos
VA	Vigilancia Ambiental
VE	Vigilancia Epidemiológica
VS	Vigilancia en Salud

SUMARIO

LISTA DE SIGLAS 9
PREFACIO 15
INTRODUCCIÓN 17
PRESENTACIÓN 19

1. **Cooperación en salud e integración regional: Políticas para Promover la Dinamización del Complejo de Salud en el MERCOSUR**
   Edmundo Gallo, Antonio Claret, Laís Costa, Natascha Nunes 21
2. **Salud en el MERCOSUR: el Desafío de lo Nuevo**
   Dr. Rosinha (Florisvaldo Fier) 33
3. **La Salud en el MERCOSUR - Integración en Beneficio de la Salud**
   Enir Guerra Macêdo de Holanda 37
4. **La Integración de los Sistemas de Salud que Atienden a la Población Fronteriza de los Países del MERCOSUR – SIS-MERCOSUR**
   Edmundo Gallo, Laís Costa, Adnei Moraes 41
5. **Integración de las Acciones de Salud en las Fronteras Físicas del MERCOSUR**
   Coordinación Nacional del SGT N.º 11 "Salud" / MERCOSUR — Brasil 55
6. **Posibilidades y Límites para la Implementación del SIS MERCOSUR bajo tres Enfoques – una Introducción**
   Gilberto Antônio Reis 63
7. **Subsidios para la Formulación de un Sistema de Integración de los Modelos de Prestación de Servicios de Salud en el MERCOSUR y en las Regiones de Frontera: Armonización y Transfronterización de los Sistemas de Salud**
   Sulamis Dain 67
8. **Racionalización de los Recursos y Organización de Estrategias de Integración en los Flujos Interfronteras entre los Sistemas de Salud de la Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay: un Análisis Preliminar a partir de la Economía de la Salud**
   Alcindo Antônio Ferla, Janice Dornelles de Castro, Maria Lectícia de Pelegrini 97
9. **Experiencias Brasileñas de Asociaciones entre Municipios buscando Organizar, Racionalizar y Calificar la Asistencia a la Salud**
   Gilberto Antônio Reis 115
10. **Informe del 1º Seminario para Estructuración de los "Servicios Integrados de Salud del MERCOSUR, el SIS-MERCOSUR"**
    Dirección de Inversiones y Proyectos Estratégicos, DIPE/SE/MS 149
11. **Una Agenda para Viabilizar el SIS-MERCOSUR**
    Gilberto Antônio Reis, Sulamis Dain, Alcindo Antônio Ferla, Janice Dornelles de Castro, Maria Lectícia de Pelegrini 171

ANEXO 183

PREFACIO

La integración de los países del MERCOSUR ha demostrado, a la luz de las demás experiencias regionales, que la unión de esfuerzos viene fortaleciendo la capacidad de enfrentar problemas comunes. La integración de los Estados Partes ha aportado resultados favorables, visibles a través de la articulación de esfuerzos en la búsqueda de un desarrollo común y solidario. Los resultados positivos están presentes en todas las áreas de los Estados Partes, reforzando la idea de que la decisión de ampliar la integración entre la Argentina, Paraguay, Uruguay y Brasil es el camino correcto para el desarrollo socioeconómico de estos países.

En ese sentido, la propuesta de la integración de los servicios de salud de los países del MERCOSUR, SIS-MERCOSUR, surge como una alternativa para la ecuación de la atención a la salud en los municipios de frontera. Su objetivo principal es la reversión de la situación precaria vivida por esas poblaciones, limitativo del ejercicio de su ciudadanía.

Se entiende la necesidad de acciones conjuntas, una vez que demandas de salud y enfermedades transmisibles no distinguen fronteras. Justificados por la urgencia en promover la justicia social – a través de la mejoría de la eficiencia y especialización del sistema, del planeamiento racional y de acciones sustentables -, los cuatro Estados Parte del MERCOSUR concordaron en que debe ser dada más atención a la integración regional de la atención a la salud.

En la práctica, los sistemas de salud en estas regiones ya se comunican a través de prácticas informales diversas, ocasionando efectos colaterales indeseados e innecesarios, que no se presentarían caso hubiera un planeamiento de las acciones en salud de forma conjunta entre los cuatro países.

Entendiendo la dimensión del desafío a ser enfrentado, el Ministerio de Salud viene promoviendo una serie de debates sobre las diversas motivaciones, dificultades, ausencias y trabas para la integración de los sistemas de salud que atienden a las poblaciones fronterizas del MERCOSUR. En este primer momento, hubo un movimiento interno objetivando aproximar a gestores brasileños de frontera de los planificadores públicos.

Es del mayor interés que este proceso de reflexión interna brasileña sea acompañado por la Argentina, Paraguay y Uruguay. Solamente a través de la socialización de los debates tendremos, en el momento de la elaboración de la herramienta de auxilio a la gestión propiamente dicha, el SIS-MERCOSUR, una mejor calidad de información y armonización de ideas.

Esta publicación tiene, por lo tanto, el objetivo mayor de tornar transparente este ciclo de debates brasileño y, principalmente, invitar para el debate a los demás países, entendiendo que solamente a través de la participación de todos conseguiremos alcanzar la eficiencia necesaria.

Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos
Secretario Ejecutivo

INTRODUCCIÓN

La inserción soberana, la consolidación del MERCOSUR y la integración de América del Sur figuran entre las prioridades del gobierno federal, a partir del entendimiento de que, solamente a través del fortalecimiento regional, Brasil podrá ampliar su infraestructura social, generar empleos, y aumentar y mejor distribuir los ingresos generados. Se suma a ello el reconocimiento mundial de la relevancia del impacto del sector salud sobre el potencial de desarrollo humano y de la Nación de forma sustentable, y el entendimiento de la importancia social y política de la integración de las acciones de salud de la Argentina, Paraguay, Uruguay y Brasil.

En la actualidad, lo que se observa es la necesidad sobreponiéndose a la delimitación de fronteras. En la práctica, gestores locales han buscado solucionar problemas de escala y escasez a través de la unión informal con gestores locales de países vecinos. Sin embargo, en función de barreras jurídico- institucionales y político-económicas, dichas acciones no muestran, necesariamente, sustentabilidad, calidad o racionalidad, una vez que reglas, o la ausencia de ellas, impiden un diseño integrado y lógico. El resultado se traduce en costos para la calidad de vida y muertes prematuras.

Por ello la importancia de la creación de una herramienta de gestión transparente y participativa que pueda inicialmente mejorar la eficiencia de los servicios brindados y, posteriormente, ayudar para el diseño integrado de un sistema más eficiente y eficaz.

Por lo tanto, es muy importante que los países comiencen a debatir sistemáticamente el tema de la salud en las fronteras, de modo a construir un mapa de la situación actual que pueda servir de contribución no sólo para la construcción del SIS, sino también para el fortalecimiento del proceso de integración como un todo.

Fue justamente con el objetivo de crear un espacio para la interlocución sistemática sobre la integración de la salud en las fronteras, a través del fortalecimiento y la divulgación del conocimiento interno de Brasil, que la DIPE coordinó los trabajos que constan en esta publicación.

Por fin, debemos enfatizar que estos documentos no pretenden reflejar un debate sobre la mejor herramienta de gestión para dicha integración. Ni tendría legitimidad para ello. La presente publicación pretende, sí, auxiliar en la divulgación del método y contenido del debate preparado internamente para que los demás países puedan tener mayor proximidad sobre la percepción brasileña de la realidad de esos temas.

Edmundo Gallo
Director de Inversiones y Proyetos Estratégicos
Secretaría Ejecutiva / Ministerio de Salud

PRESENTACIÓN – EL MERCOSUR Y LA INTEGRACIÓN

La integración es un proceso y no un Estado de Derecho. Para que sea lograda, es necesario que el MERCOSUR sea una Política de Estado y que se le dé prioridad como tal.

La Salud debe estar integrada en todos los niveles y en todas las áreas del MERCOSUR, y especialmente tener una inmensa articulación con los órganos superiores del mismo, o sea, con el Consejo del Mercado Común (CMC) y con el Grupo del Mercado Común (GMC), a fin de que forme parte del Proceso de Integración Regional.

Algunos principios deberán nortear la integración en el MERCOSUR para su autosustentabilidad, a saber: voluntad política; democracia plena; asociación voluntaria de los países; concordancia con el modelo de desarrollo económico / social; existencia de un Estado de Derecho; y respeto a los Derechos Humanos.

Por otro lado, al tomarse en cuenta los grandes desafíos para la Integración en el MERCOSUR, entre ellos el de la construcción de un Mercado Común con justicia social y con disminución de las iniquidades, se deberá tomar en cuenta, dentro de un Marco de Referencia para la Salud, los seis principios básicos de nuestra Constitución Federal y de nuestra Ley Orgánica: la equidad, la universalidad de atención, la participación, la eficiencia, la integración y la descentralización.

La Integración se refiere al relacionamiento concreto de las medidas de salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en todos los niveles y con continuidad – y la promoción de la salud, mediante el proceso de desarrollo.

De esa manera, podemos construir la estructura de los Servicios Integrados de Salud del MERCOSUR, el SIS MERCOSUR.

Enir Guerra Macêdo de Holanda
Asesora del Ministro de Estado de Salud y
Coordinadora Nacional del SGT Nº 11 "Salud" y de la
Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR,
Bolivia y Chile (RMSM-BCH)

1. COOPERACIÓN EN SALUD E INTEGRACIÓN REGIONAL: POLÍTICAS PARA PROMOVER LA DINAMIZACIÓN DEL COMPLEJO DE SALUD EN EL MERCOSUR

Edmundo Gallo

Director de Inversiones y Proyectos Estratégicos de la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud de Brasil (DIPE/SE/MS) y Doctorando en Salud Pública – Fundación Oswaldo Cruz – FIOCRUZ - RJ.

Antonio Claret

Asesor del Secretario de Evaluación y Gestión de la Información del Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS) y Doctorando en Salud Pública - FIOCRUZ.

Laís Costa

Asesora de la Dirección de Inversiones y Proyectos Estratégicos (DIPE/SE/MS), Gerente del proyecto SIS-MERCOSUR en la DIPE y *Master in 'Development Studies' - London School of Economics and Political Sciences* (LSE).

Natascha Nunes

Asesora de la Asesoría de Cooperación Externa del Programa Nacional de SIDA (COOPEX/AIDS/MS) y Master en Economía Política Internacional - London School of Economics and Political Sciences *(LSE).*

1. Introducción

La integración económica y la conformación de bloques regionales se van desarrollando bajo el argumento de mejoría de la competencia frente a un mercado global. En realidad, se entiende que el fortalecimiento regional responde por el aumento de eficiencia relativa de las diversas economías, permitiendo la especialización de los países en la producción de aquello en lo que son más competitivos. La integración regional permite también adecuaciones de escala y reunión de esfuerzos sin los cuales no sería posible la inserción en el mercado.

En este contexto, acciones planificadas e integradas de desarrollo intrabloques regionales pueden representar una herramienta de gran utilidad para disminuir la brecha que hoy separa los países más desarrollados de los menos, de forma tan visible. Acciones planificadas pueden ser mucho más eficientes en el combate a la pobreza, desigualdad, hambre, amén de ser más eficientes en la búsqueda de la ciudadanía para todos.

Este documento tiene como objetivo contextualizar la importancia del proceso de integración regional de los países del MERCOSUR en lo que respecta al sector salud. El Estudio se justifica por el impacto que esa integración es capaz de ejercer sobre el bienestar de la población de la región, sobre la promoción de desarrollo local, el fortalecimiento económico-político del bloque y su consecuente impacto sobre el desarrollo sustentable de la región.

El objeto de este estudio es también caracterizar el macro contexto del tema de esta publicación: la integración de la atención a la salud de las poblaciones fronterizas de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Para la realización de esa contextualización, el documento fue orientado por dos grandes objetivos:

a) señalar los antecedentes del proceso de integración regional en el área de la salud en el MERCOSUR, la potencialidad económica del sector de salud en las áreas de servicios, industria y agricultura, además de relevar la importancia de la cooperación e integración en el área de salud para el bienestar de las poblaciones de los Estados Partes y de los Estados Asociados al MERCOSUR; b) proponer acciones específicas para dinamizar la integración del complejo de salud del MERCOSUR por medio de la identificación de demandas, lagunas, potencialidades, mecanismos institucionales de implementación de decisiones colectivas y monitoreo de indicadores de progreso.

2. Antecedentes y Diagnósticos

El desarrollo del sector salud, por el bien social que representa, es considerado como prioridad, puesto que trata del bienestar de la población. En este momento histórico específico, en el que se prioriza la inclusión social, el combate a la pobreza y a las desigualdades diversas, el desarrollo de voz política de los menos favorecidos e históricamente marginados de la sociedad y el rescate de la deuda social, la salud se presenta como uno de los sectores más evidentes para la realización de políticas públicas[1].

Hay que agregar el hecho de que la salud es considerada como una incuestionable inductora de desarrollo [2]: el reconocimiento de su importancia es prácticamente unánime en todos los campos de estudios. Estudios de la OMS[3], coordinados por el Dr. Sachs, por

1 Crow enfatiza el papel fundamental que la provisión de servicios de salud pública y el establecimiento de cierto nivel de seguridad social, además de políticas de empleo y distribución de comida, tuvieron en la reducción de la pobreza y del hambre durante la Revolución China.

2 Amartia Sen afirma que las libertades individuales, como por ejemplo el acceso a la salud y la educación, representan el principal medio para promover el desarrollo. (Sen, 1999)

3 Estudios coordinados por el Dr. Sachs, de Harvard, y sistematizados en el informe 'Macroeconomics and health: investing in health for economic development". (OMS, 2001)

ejemplo, demuestran la clara relación entre las condiciones de salud de la población y su capacidad de desarrollo económico[4] (Costa, 2003).

Además, peculiaridades del Complejo Productivo de la Salud (CPS) como, por ejemplo, su dinamismo y producción de elevado grado de innovación, lo transforman en gran generador y diseminador de conocimiento y tecnología, teniendo un impacto sensible sobre el desarrollo social observado en la sociedad en cuestión[5].

Vale enfatizar que es justamente por medio de innovación en la industria que la deficiencia tecnológica observada en un país tiene posibilidades de ser superada y, consecuentemente, el ciclo de intenso desarrollo tiende a ser alcanzado de forma estable[6].

Existe el entendimiento conclusivo, en contexto mundial, de que el sector de salud, y sus relaciones intersectoriales en las áreas de servicios, industria y agricultura, constituye actualmente uno de los pilares del crecimiento económico y del desarrollo científico y tecnológico mundial. Constituye también una de las políticas imprescindibles para el desarrollo social en las sociedades modernas, por sus contribuciones a la formación y preservación del capital humano (productividad del trabajo) y al bienestar social.

Dadas esas características, sería imposible pensar procesos de integración regional que no tuvieran en sus bases el desarrollo del sector salud. Fue con esta perspectiva que la Comisión para la integración de la Comunidad Económica Europea dedicó grandes esfuerzos al mapeo de las desigualdades, complementariedades y formas de integración relacionadas al sector de salud, como precondición para la conformación del proceso de unificación que se produjo en el final de la última década.

Los países latinoamericanos, dados los procesos históricos que llevaron a la constitución de sus sociedades, se caracterizan por economías poco integradas y de baja complementariedad entre ellos mismos, resultando en grandes debilidades en la negociación externa de sus relaciones económicas y comerciales. En los últimos treinta años viene madurando, entre los países del Cono Sur, la idea de que una mayor integración económica regional favorecería una mejor inserción económica y capacidad de negociación externa de esos países en el escenario económico mundial. Y de esa idea surgió, en el comienzo de la década de 1990, el MERCOSUR. Mediante la apertura de mercados y el estímulo a la complementariedad entre sus economías, Argentina, Paraguay, Uruguay y Brasil tienen el objetivo de lograr una inserción más competitiva en la economía internacional.

4 De acuerdo con Dréze y Sen (1995), la expansión de la atención a la salud fue una de las principales conquistas en el período pre-reforma en China. La expansión del acceso a la salud probó ser una herramienta de gran importancia para las reformas económicas. Su importancia puede ser observada no solamente en lo que respecta a la calidad de vida, sino también en términos de desempeño económico, dado que la morbilidad y la subnutrición pueden representar serias barreras para la productividad del trabajo y para el desempeño económico'. (p. 41 — traducción propia)

5 De acuerdo a Guimarães, 2000, "el excedente generado por la introducción de las innovaciones realmente impulsa la inversión." (Guimarães, 2000)

6 Gadelha en conferencia en el Congreso sobre Salud Colectiva en 2003, ABRASCO.

La propia evolución de los acuerdos relacionados al MERCOSUR indica el potencial para la profundización del proceso de integración y cooperación en el área de salud. Sólo para describir brevemente este cuadro más amplio, vale recordar que el Tratado de Asunción fue firmado en marzo de 1991, constituyendo un mercado común formado por Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay. Ese Tratado reflejaba los crecientes entendimientos políticos en el ámbito regional y la densidad creciente de los vínculos económicos y comerciales entre los cuatro países. En octubre de 1992, se aceptó el Cronograma de Las Leñas para el cumplimiento de los compromisos fijados en el Tratado. El Protocolo de Ouro Preto, aprobado en diciembre de 1994, estableció la estructura institucional del MERCOSUR y le confirió personalidad jurídica internacional. Luego, en enero de 1995, entró en vigor la Unión Aduanera, con la adopción de la tarifa externa común (TEC). El año siguiente, fueron firmados los Protocolos de Adhesión de Bolivia y de Chile, que pasan a ser miembros asociados del bloque. En 1998, fue firmado el Protocolo de Ushuaia sobre Compromiso Democrático en el MERCOSUR, traduciendo la plena vigencia de las instituciones democráticas como condición indispensable para la existencia y el desarrollo del bloque. En julio de 1999, entra en vigor el Acuerdo Cuadro Interregional de cooperación y se instituye el Consejo de Cooperación entre el MERCOSUR y la Unión Europea. Al año siguiente, es presentado el proyecto de Acuerdo Cuadro para la creación de un área de libre comercio entre el MERCOSUR y Sudáfrica. También en 2000, se firmó el Protocolo de Olivos, referente a la solución de controversias. Por fin, en diciembre de 2002, fue firmado el Acuerdo Cuadro para la integración entre el MERCOSUR y la Comunidad Andina (CAN).

Este proceso, sin embargo, ha sido lento y desequilibrado desde el punto de vista sectorial. En los sectores relacionados a productos finales, la integración se produjo más rápidamente, pero eso no ocurre en el área de servicios, especialmente en los sectores de salud y educación, donde los acuerdos hasta el momento existentes, aunque numerosos, se han restringido a temas poco centrales para las políticas del sector y, además, ha sido lenta su implementación.

En el caso del área de salud, se debe destacar que, a pesar de importantes avances en las áreas de regulación sanitaria, políticas de medicamentos y otras, hay un nítido espacio todavía no aprovechado para la profundización de las áreas de cooperación y de la integración de políticas para el complejo de salud como un todo[7].

Entre los primeros acuerdos firmados en el área de salud en el ámbito del MERCOSUR,

7 La importancia de este espacio está siendo reconocida por el BNDES al verificar el impacto potencial del desarrollo del Complejo Industrial de la Salud (CIS) y del Complejo Productivo (CPS) como un todo sobre el desarrollo sustentable de una nación. "Por medio del comercio exterior, de la capacitación de las tecnologías avanzadas y de la búsqueda de inversiones productivas, la relación externa de Brasil deberá contribuir para las mejorías de las condiciones de vida de la mujer y del hombre brasileños, elevando los niveles de ingresos y generando empleos dignos" (Mensagem ao Congresso Nacional, 2003). En ese contexto político, el referido banco de fomento de desarrollo brasileño viene debatiendo la posibilidad de promover acciones integradas para el desarrollo articulado de los CPS de los Estados Partes del MERCOSUR. Este reconocimiento por parte del BNDES se puede verificar por la agenda del Banco que, desde el año 2003, incluye seminarios, debates y publicaciones sobre el tema.

aún en 1999, figuran los acuerdos sobre Dengue, Cólera, Sarampión y Carencia de Micronutrientes. En junio de ese año los ministros de salud de la región acordaron apoyar y fortalecer los procesos de reforma y buscar consenso dentro de los mismos con relación a mecanismos que permitan la interrelación de los sistemas de salud en el contexto subregional. También instituyeron la creación de un Grupo Técnico para elaborar una propuesta de trabajo identificando las líneas a ser desarrolladas por un núcleo de articulación en el ámbito de la RMS. Los últimos dos acuerdos trataron de la consideración de informes epidemiológicos y de la creación de un grupo *ad hoc* para estudiar las directivas a ser implementadas a nivel de las zonas fronterizas, para realizar un diagnóstico de la situación de los desplazamientos por motivos de atención a la salud.

En el año 2000 se definió una política de medicamentos, y también se acordó la creación de un banco de datos de precios en el ámbito MERCOSUR, Bolivia y Chile, teniendo como base las compras gubernamentales, los servicios de salud y el consumidor. En el segundo semestre de 2002, se aprobó la política de medicamentos y fue recomendado al Consejo del Mercado Común (CMC) que instruyera al Subgrupo de Trabajo de Salud (SGT-11) a otorgar tratamiento prioritario a la Comisión de Productos para Salud. El último acuerdo firmado en 2000 fue con relación al control de dengue. En 2001, fue creada la comisión intergubernamental de vigilancia y control de dengue, habiendo sido establecida una política de medicamentos y acordada la participación del MERCOSUR, Bolivia y Chile en el proceso de revisión del Reglamento Sanitario Internacional.

Considerando los avances logrados hasta aquí, y la creciente importancia del complejo de salud para el crecimiento económico y el desarrollo social de la región, se sugiere la necesidad de una profundización de la integración en el área de la salud para el esfuerzo de retomada del MERCOSUR a partir de 2003.

El llamado complejo de la salud incluye desde la producción de medicamentos, equipamientos, insumos, inmunobiológicos y otros productos de uso no exclusivo de la salud, hasta las actividades de promoción, prevención y prestación de servicios de salud, involucrando en su producción, instituciones públicas, privadas y filantrópicas, incluyendo parte relevante del sector informal del mercado de trabajo.

Se puede dividir la estructura del complejo de salud en cinco segmentos[8]: a) industrial; b) comercial; c) servicios; d) formativo; e) investigación y desarrollo. Mientras el segmento de servicios constituye los principales '*loci'* de la atención y promoción de salud para las poblaciones, los segmentos industrial[9] y comercial presentan hoy importantes desafíos para la autonomía de los países, la generación de empleos, el desarrollo tecnológico, la competitividad económica y la sustentabilidad social del crecimiento del PIB.

8 Para más detalles sobre la composición e interrelación del CPS, ver Gadelha, C., 2002.

9 Fármacos, equipamientos para diagnóstico y terapéutica, cadenas productivas de insumos, etc.

En los dos primeros, figurarán las actividades relacionadas a la producción y distribución en las áreas de farmacéuticos, equipamientos de apoyo a diagnóstico terapéutico y materiales de consumo hospitalario. Este es un mercado que involucra tecnología avanzada y necesita no solamente regulación sino también incentivos, pues comprende la cadena productiva de insumos estratégicos para atención a la salud.

El tercer segmento se refiere a la asistencia y al apoyo diagnóstico. La integración sistémica de esos servicios es crucial para alcanzar los principios de universalidad e integralidad.

El cuarto segmento demanda la permanente incorporación de nuevas perspectivas del mercado de trabajo, que depende de la articulación estrecha con centros de educación profesional, unidades de producción y demandas epidemiológicas.

Finalmente, el quinto segmento debe ser entendido como vital para la introducción de innovaciones capaces de expandir la competitividad del complejo de salud de los países de la región a los mercados internacionales.

Este complejo multidimensional tiene como producto final acciones de salud no sólo para el conjunto de las poblaciones de cada país, sino también para todos aquellos que cruzan sus fronteras nacionales, sea en carácter temporario (turismo, negocios y relaciones comerciales), sea en carácter permanente (migración, atención médica en regiones fronterizas). Las relaciones económicas y sociales derivadas de ese proceso podrían ser optimizadas, si fueran identificadas demandas cruzadas, ventajas comparativas e ineficiencias en los actuales flujos de comercio y asistencia técnica relacionadas a productos y servicios de salud entre los países que componen el MERCOSUR.

3. Propuesta de Cooperación Técnica para Dinamizar el Complejo de Salud

El objetivo general de la referida cooperación técnica regional es desarrollar una estructura que permita facilitar el proceso de integración económica y social, asociada al complejo sectorial de la salud entre los países que componen el MERCOSUR. Esa estructura sería desarrollada a partir del cumplimiento de los siguientes objetivos específicos:

a) Conocer y sistematizar la configuración actual y los flujos espacio-temporales del complejo regional de salud del MERCOSUR;

b) Identificar las lagunas, necesidades y prioridades para acciones que promuevan la integración regional de las políticas, productos y servicios de salud en los países que componen el MERCOSUR (pudiendo incluir a Bolivia y Chile);

c) Proponer a las instancias decisorias del área de salud de los gobiernos nacionales, como también al SGT Nº 11 (Salud), el GMC, la Reunión de Ministros de Salud y el CMC, un conjunto de acciones dirigidas a mejorar la integración de los complejos nacionales de salud del MERCOSUR;

d) Destacar, en el conjunto de las acciones propuestas, tres proyectos piloto de integración en áreas y temas relevantes para que las instancias decisorias del MERCOSUR deliberen sobre su implementación en carácter prioritario como parte de este proyecto de cooperación técnica.

e) Organizar conjuntamente una agenda para intervenciones futuras en el área de salud del MERCOSUR, teniendo en cuenta la visión multisectorial del complejo de la salud y que contribuya, a mediano y largo plazos, al avance sustentable de la integración regional.

Las principales acciones previstas para concretar los objetivos específicos de la Cooperación Técnica Regional son las siguientes:

a) Realizar una investigación de línea de base, indicadores, bases de datos y sistemas de seguimiento y evaluación de los principales componentes del complejo de la salud en los seis países de la región, su nivel de integración e interdependencia actual, sus potencialidades y sus debilidades, identificando acciones comunes y prioridades.

b) Identificar, por medio de entrevistas y grupos de discusión, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales que puedan actuar como socias en iniciativas de integración regional de los complejos de salud en los distintos países.

c) Identificar las necesidades de fortalecimiento institucional y sus mecanismos futuros de financiación;

d) Implementar los proyectos piloto seleccionados por las instancias decisorias del MERCOSUR;

e) Creación de un Grupo de Apoyo a la Integración del Complejo de Salud del MERCOSUR, que incluya participantes de los seis países involucrados y establecimiento de un plan de trabajo correspondiente;

Cada una de esas acciones se desdobla en actividades específicas que deberán generar los siguientes productos:

- Un Atlas socioeconómico y político-institucional de la salud en el MERCOSUR, abarcando los cinco segmentos de los complejos nacionales de salud (industria; comercio; servicios; formación; investigación y desarrollo), los arreglos institucionales de gestión de la salud en cada país y los principales flujos intra e interregionales del sector.
- Un documento tipo Plan de Trabajo para la integración de los complejos de salud de los países del MERCOSUR.
- Un mecanismo institucional tipo Grupo de Apoyo a la Integración en el ámbito del SGT Nº 11 (Salud) del Grupo Mercado Común (GMC), con participación de gobiernos y sociedad civil.
- Una Metodología de Evaluación del Avance de la Integración en Salud en el MERCOSUR,

aprobada por el SGT-11 y por la Reunión de Ministros de Salud para ser elevado al GMC y adoptado por los Estados Partes y Asociados.

4. Mecanismos de Ejecución

Esta propuesta de Cooperación Técnica entre los países del MERCOSUR en el área de salud sería ejecutada por equipos designados/contratados por los ministerios de salud de los Estados Partes (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay) y de los Estados Asociados (Bolivia y Chile), bajo la coordinación del Ministerio de Salud de Brasil.

Naturalmente, tal propuesta necesitaría ser previamente aprobada por el Foro de Coordinadores Nacionales del SGT Nº 11 (Salud) del Grupo Mercado Común (GMC), órgano ejecutor del Bloque, y por la Reunión de Ministros de Salud (RMS) del Consejo del Mercado Común (CMC).

Una vez aprobada, el Ministerio de Salud de Brasil, por medio de la Dirección de Inversiones y Proyectos Estratégicos (DIPE) de la Secretaría Ejecutiva, se encargaría de coordinar los trabajos de producción del Atlas y de la Metodología de Seguimiento, de articular el Mecanismo Institucional de coordinación y monitoreo, apoyando también las Coordinaciones Nacionales del SGT-11, quienes deberán preparar el Plan de Trabajo.

Tabla I - Objetivos, Acciones, Productos y Tipos de Recursos

Relación de los objetivos, acciones, productos y tipos de recursos involucrados en la realización de este proyecto, de acuerdo a la descripción en la Propuesta de Cooperación Técnica para Dinamizar el Complejo de Salud constante en este documento.

Objetivos	Acciones	Productos	Tipos de Recursos
Conocer la configuración actual del complejo regional de salud	Realizar investigación de línea de base sobre la situación del complejo de salud de cada uno de los países del MERCOSUR, con indicadores, índices y flujos espacio-temporales	Atlas de Salud del MERCOSUR	Consultorías Bases de Datos Nacionales Bases Cartográficas Pasajes y Viáticos
Identificar lagunas, necesidades y prioridades para acciones que promuevan la integración regional de las políticas, productos y servicios de salud.	Realizar encuestas de opinión y seminarios con autoridades y representantes relevantes del complejo regional de salud para definir metodología e indicadores de progreso de la integración del sector	Metodología para Evaluación de los Progresos en integración	Consultoría Pasajes y Viáticos Equipamientos TI Programas TI (SW)
Mejorar la integración de los complejos nacionales de salud	Identificar las necesidades de fortalecimiento institucional y sus mecanismos futuros de financiación	Plan de Trabajo para Integración de la Salud	Consultoría Pasajes y Viáticos
Desarrollar acciones concretas en áreas problemáticas del sector	Implementar tres proyectos piloto	Tres Proyectos Piloto Implementados	Consultoría Pasajes y Viáticos
Acordar una agenda para intervenciones futuras en el área de salud de la región	Crear un grupo de apoyo a la integración en salud con representantes de los seis países	Observatorio de la Integración en Salud en el MERCOSUR	Consultoría Pasajes y Viáticos Equipamientos TI

Tabla II - Costos por Producto y Plazo para Finalización:

El costo total estimado para cada producto del proyecto, los plazos finales de conclusión y la instancia coordinadora de cada actividad, se describen en la tabla II.

Ítem	Costo Previsto	Plazo	Órgano Coordinador de la Ejecución
Atlas de Salud del MERCOSUR	US$ 135,000	Agosto 2004	MS Brasil
Plan de Trabajo para Integración de la Salud	US$ 55,000	Septiembre 2004	SGT-11/GMC Foro Coordinadores Nacionales
Grupo de Apoyo para Monitoreo de la Integración	US$ 45,000	Septiembre 2004	Reunión Ministros CMC
Metodología para Evaluación de los Avances en la integración	US$ 65,000	Diciembre 2004	MS Brasil
Implementación de tres Proyectos Piloto	US$ 205,000	Julio 2005	Reunión Ministros CMC
Total:		**US$ 505,000**	

5. Consideraciones Finales

En la agenda internacional, el fortalecimiento de bloques estratégicos y una acción diplomática humanista pretende ser un instrumento más del desarrollo nacional, según se constató en el Mensaje al Congreso Nacional de 2003. Hay que agregar el hecho de que las acciones exitosas en salud son traducidas en mejoría de la calidad de vida de la población en su aspecto más amplio y que, además de tener un impacto directo sobre el potencial de desarrollo de un país, justifican la serie de estudios que abarcan la integración regional teniendo al sector de salud como foco.

El presente trabajo esboza brevemente la reseña histórica de la evolución de la integración regional en lo que respecta al sector salud, con la intención de hacer un diagnóstico que sirva de aporte a la elaboración de las acciones a ser realizadas.

Se concluye que, en el esfuerzo de promover la integración de la atención a la salud, es de primordial importancia que las realidades sanitarias y de infraestructura y recursos

existentes sean conocidas. Además, se deberán identificar los nudos críticos para la integración de las políticas de salud, dirigir esfuerzos hacia la integración de los CPS de los cuatro países involucrados y también tratar de organizar una agenda común. Finalmente, el documento describe acciones para viabilizar el alcance de los objetivos antes mencionados, como también estimaciones de sus costos.

2. SALUD EN EL MERCOSUR: EL DESAFIO DE LO NUEVO

Dr. Rosinha (Florisvaldo Fier)
Médico, diputado federal del PT/PR y Presidente de la Comisión Parlamentaria Conjunta del MERCOSUR

El objetivo del presente texto es proponer una reflexión sobre el MERCOSUR y los grandes desafíos que representa, específicamente, para el sector salud. No pretendo presentar soluciones, sino tan sólo contribuir con la reflexión para su búsqueda.

La realidad política y económica de América Latina en los comienzos de este nuevo siglo, se debe analizar con mucha atención, para elaborar proyectos de construcción de un bloque, en este caso, el MERCOSUR. Según Emir Sader, en "La Venganza de la Historia", América Latina nunca ha estado tan poblada de regímenes políticos democráticos, según los conceptos liberales, como en el comienzo del siglo XXI.

Por más problemas que tengan esas democracias liberales - que fueron construidas, mayormente, en las dos últimas décadas del siglo pasado - ellas constituyen un punto positivo y favorable para la construcción de bloques, aunque con relativa o casi ausente participación popular. Concomitantemente, se construyó también la peor crisis económica y social desde la década del 30. Crisis esta, según Sader, agravada por el aumento de la dependencia económica de esos países con relación a los grandes centros financieros, y por la sumisión política de los países en desarrollo a las grandes potencias.

Dichas dependencia y sumisión dificultan o impiden la capacidad de decisión política de fortalecer el MERCOSUR, porque ninguno de los Estados que integran el bloque tiene gran capacidad para realizar las inversiones tan necesarias para corregir las 'asimetrías' o diferencias existentes entre los países. Las diferencias o 'asimetrías' (como las registradas en el área de la salud) deben ser identificadas, no sólo con el objeto de superarlas - no existe relación sólo entre países simétricos. (¿Quieren algo más asimétrico que el NAFTA o la Unión Europea?). En algunos sectores específicos, las 'asimetrías' son positivas y se deben utilizar. Por ejemplo: la oferta de servicios de una determinada especialidad médica puede estar presente en un país, en una determinada frontera, mientras que del otro lado, el país vecino carece de ella. En ese caso, lo más conveniente es que esos especialistas atiendan a toda la población de la franja de frontera, en vez de tornar la frontera simétrica con el otro país, desplazando hacia allá igual número de profesionales.

El MERCOSUR nació a comienzos de la década del 90, por lo tanto en otro escenario, con un objetivo, aunque no explícito: el mercado. Por eso, no hubo énfasis en los demás segmentos como los servicios, y no tomó en cuenta las cuestiones sociales y humanas. Aún siendo el mercado el objetivo, según Maria Claudia Drummond, este acuerdo anunciaba un período rico en la historia del Cono Sur, cuando se pensaba corregir y hasta superar los antiguos equívocos que habían marcado las relaciones entre Argentina, Paraguay, Uruguay y Brasil. Ese pronóstico ya se podía sentir a partir del título del primer acuerdo-cuadro firmado con Argentina en 1988: *Tratado de Integración, Cooperación* y *Desarrollo*. La idea de integración estaba, por lo tanto, aliada al objetivo del desarrollo que ocasionaría, en última instancia, de manera indirecta, la mejoría del nivel de vida de las poblaciones de la región.

La intención inicial de la integración fue totalmente abandonada por Collor y Menem. Abandono que no fue corregido por Fernando Henrique Cardoso cuando, a través del Tratado de Asunción, se dio prioridad a un área de libre comercio y a la unión aduanera, con el objetivo de abrir el mercado a cualquier precio. Tal política estimuló la competencia entre las empresas intrabloque y no la búsqueda de la integración y cooperación, generando a corto plazo una crisis en el MERCOSUR, que quedó reducido casi meramente a una marca, agravada, además, por la crisis económica que afectó a los cuatro países del bloque, con mayor intensidad a la Argentina.

Impulsados por la elección y asunción de gobernantes con una visión integracionista y comprometidos con la cuestión social y su pueblo, se retoma el proceso de negociación y construcción del MERCOSUR, ahora en el entendimiento de que no sólo el mercado es importante, sino también su población y sus derechos, entre ellos el derecho a la salud que, anteriormente, era parte integrante del debate, pero ahora adquiere mayor dinamismo.

Los cuatro países del MERCOSUR tienen experiencias históricas y modelos distintos en el sector de salud, lo que es positivo. En común, tuvieron iniciativas de incentivo a la investigación y al combate a las endemias (fines del siglo XIX y comienzos del XX), en aquel entonces "articulados a la transformación histórica del proceso de producción económica", según Juan César García. Si en aquel momento - fines del siglo XIX y comienzos del XX-, aún con parcos recursos, los Estados, unos con más otros con menos, iniciaron un proceso estatal para hacer frente a los problemas de la salud pública, mayormente en el área de investigación, ahora en la construcción del MERCOSUR se coloca nuevamente esta necesidad. Hay desafíos no sólo en el área de los recursos financieros, sino también de profesionales, y llamo la atención para algunos de ellos: (1) más inversión financiera en infraestructura y ofertas de servicios en cada Estado Parte, en la región de frontera, dentro de su propio territorio; (2) inversiones dentro del bloque, lo que puede significar un Estado Parte invirtiendo en otro; (3) capacitación de los profesionales de todas las áreas como acción conjunta del bloque; (4) libre tránsito para los profesionales del sector

de salud, inicialmente en la región de frontera; (5) profunda relación de intercambio de experiencias, servicios y, consecuentemente, de los mismos profesionales; (6) el programa debe ser distinto para la frontera de cada Estado Parte, porque los problemas son distintos; (7) identificación de las poblaciones más carenciadas, inicialmente en la región fronteriza; (8) construcción de una identidad política en la que salud es un derecho de todos, por lo tanto obligación de cada Estado Parte - y del bloque – para con todos los ciudadanos intrabloque; y (9) el conocimiento y reconocimiento de la diversidad cultural y el respeto a ella. Estos dos últimos puntos, aparentemente simples, son fundamentales para la integración del MERCOSUR y de América del Sur. Sin una identidad política, económica, social y cultural, y sin el respeto a la diversidad, por más recursos que tengamos a disposición, la integración no se concretará. Esta diversidad cultural puede ser aprovechada de inmediato, respetando los migrantes, o sea, cambiar de opinión con respecto a los mismos: en vez de ser competidores en el mercado de trabajo, pasan a ser agentes de la integración cultural y del conocimiento.

Nuevamente recurro a Juan César García que nos enseña que "la concepción y la proposición de acciones médicas no surgen de un simple juego del pensamiento, sino que se originan en la experiencia de los individuos con el mundo material objetivo, en las relaciones prácticas del hombre con las cosas y en las relaciones de las personas entre sí". Con la riqueza cultural del MERCOSUR es posible imaginar qué rica es la historia de las actividades de salud en la región.

Los retos son muchos y el más grande de ellos es sanar la escasez de recursos financieros, lo que refuerza la importancia de aunar esfuerzos, porque ningún país del bloque tiene capacidad de hacer un gran aporte. Se contrapone a este problema, positivamente, la voluntad política de construir el MERCOSUR como socios y no como competidores, y la cantidad y calidad de los profesionales de salud. La integración con calidad y la superación de esas dificultades dependen de la creatividad de las propuestas, por lo tanto, fundamentalmente, de esos profesionales. Si hoy el ejercicio de la medicina es caro (por el avance tecnológico y por la deficiencia de la formación, mayormente, del profesional médico), cabe una reflexión crítica sobre las prácticas médicas y sobre qué tipo de integración queremos. No sólo para los servicios públicos de atención a la salud, sino también para saber qué requisitos se exigirán al sector privado para que atienda a la demanda del público.

El modelo de desarrollo intenso ("*desarrollismo*") y dependiente construido en el siglo pasado mostró que pocos han ganado y que la gran mayoría de la población perdió. Entramos en el nuevo siglo, una vez más, deudores de una política económica y social dirigida a la mayoría. La construcción del MERCOSUR, y quizás del bloque sudamericano, debe dirigir su atención a esa mayoría y, en el caso de la salud, el sistema a ser construido debe trascender la lógica del mercado y basarse en la del derecho del ciudadano, buscando la universalidad y la equidad en la atención.

Referencias

DRUMMOND, Maria Claudia. *MERCOSUL: uma visão de esquerda*. Texto, 2003.

GARCIA, Juan César. *Pensamento social em saúde na América Latina*. Everardo Duarte Nunes (Org.) São Paulo. Cortez/Abrasco1989.

SADER, Emir. *A vingança da história*. São Paulo. Boitempo, 2003.

3. LA SALUD EN EL MERCOSUR: INTEGRACIÓN EN BENEFICIO DE LA SALUD

Enir Guerra Macêdo de Holanda

Asesora del Ministro de Estado de Salud y Coordinadora Nacional del SGT Nº 11 "Salud" y de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile (RMSM-BCh)

Desde 1997, el Ministerio de Salud viene articulando una serie de acciones con los países del Mercado Común del Sur (MERCOSUR). En ese período hubo un avance significativo en el proceso de armonización de normas y de negociación entre los países para solucionar eventuales conflictos en el área de salud. Ese trabajo cuenta con la participación de otros ministerios, especialmente el de Relaciones Exteriores.

Las acciones son desarrolladas en dos foros: la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile (RMSM-BCh) y un Subgrupo creado especialmente para actuar en esa área (SGT Nº 11 "Salud").

Realizada semestralmente, la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile (RMSM-BCh) es la instancia definidora de macro políticas y programas en el ámbito del MERCOSUR. Además de los cuatro Estados Partes, participan también Chile y Bolivia como Asociados. La RMSM-BCh está vinculada al Consejo del Mercado Común (CMC), organismo máximo del MERCOSUR. Desde 1997, fueron establecidos una serie de acuerdos entre los Ministros de Salud, tales como: Política de Medicamentos para el MERCOSUR, Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles (Dengue, Enfermedad de Chagas, Cólera, Fiebre Amarilla, Sarampión y SARS), creación de un sistema de informaciones y comunicación en salud con dos sitios oficiales (www.mercosulsaude.org y www.mercosulsalud.org); el Banco de Precios de Medicamentos del MERCOSUR, Cuentas Nacionales de Salud, Control del Tabaco, VIH/SIDA, Salud Sexual y Reproductiva, y otros.

Estructurado en octubre de 1998, el Subgrupo de Trabajo Nº 11 "Salud" es uno de los 14 Subgrupos que compone el Grupo Mercado Común (GMC) y se divide en Comisiones temáticas. El llamado SGT-11 tiene como tarea armonizar las legislaciones de los Estados Partes referentes a los bienes, servicios, materias primas y productos del área de la salud, además del establecimiento de criterios para Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario. El objetivo es proteger y promover la salud y la vida de la población, además de eliminar los obstáculos al comercio regional, contribuyendo de esa manera al proceso de integración.

Las Discusiones son realizadas en reuniones virtuales e semestrales. El SGT Nº 11 "Salud" trabaja con base en la Pauta Negociadora (Res. GMC Nº 21/01), documento que determina prioridades y estima plazos para su cumplimiento. El Subgrupo de Trabajo Nº 11 "Salud" actúa en las áreas de Productos para la Salud; Vigilancia Epidemiológica y Control Sanitario de Puertos, Aeropuertos, Terminales y Puntos de Frontera; además de la Prestación de Servicios de Salud. En ese momento se dará la revisión de la Pauta Negociadora del SGT nº11 "Salud" - Res. GMC 21/01.

El Proceso de armonización de los Proyectos de Resolución del SGT Nº 11 "Salud" cumple las siguientes etapas: elaboración del Proyecto de Resolución, armonización por consenso, Consulta Interna en cada Estado Parte, nueva armonización, aprobación y elevación de los Coordinadores Nacionales del SGT Nº 11 al GMC para aprobación como Resolución, con plazo para la internalización, o sea, la incorporación al Ordenamiento Jurídico Nacional (OJN).

La Consulta Interna en Brasil es muy importante, porque incorpora la participación de la sociedad civil en la elaboración y perfeccionamiento de las propuestas. Vea el cuadro de síntesis de las Resoluciones:

Tabla de Síntesis GMC y del SGT nº11 - Internalizadas en Brasil	
Resoluciones	**Total**
Internalizadas	92
Internalizadas sin necesidad de adopción de medidas legales	7
En proceso de internalización	18
Derogadas / Sustituidas	22
En proceso de revisión	3
Total	142

Fueron 74 Resoluciones del GMC Internalizadas en el MERCOSUR, o sea, Aprobadas y Homologadas por los cuatro Estados Partes	
Con Instrumento Jurídico Nacional	67
Sin Adopción de Medidas Legales Necesarias	7
Total	74

Finalizando, consideramos lo siguiente:

La Integración es:

- La Integración es un Proceso;
- El MERCOSUR es una Política de Estado y no de Gobierno;
- Muchas veces la integración implica en pérdida de soberanía.

- Se necesita seguimiento e intensa articulación entre los Foros de la Salud, CMC y GMC, para que éste pase a ser parte integrante del proceso.

Los principios para auto sustentación de la Integración son:

- Voluntad y prioridad política;
- Democracia plena;
- Asociación voluntaria de los países;
- Concordancia con el modelo de desarrollo económico y social;
- Existencia de un Estado de Derecho;
- Respeto a los Derechos Humanos

Agentes Individuales del Proceso de Integración:

- El Estado como lo más importante;
- La sociedad civil organizada;
- Los empresarios;
- Las Regiones Fronterizas, bien conocidas y bien identificadas;
- Los medios de comunicación;
- El sistema educacional;
- El Sistema Integrado de las Acciones de Salud;
- Desarrollo de un sistema de Investigación y Tecnología.

Calendario Provisional de las Reuniones Preparatorias del SGT Nº 11 "Salud"/ MERCOSUR	
24 a 26/ marzo	Taller Interno de trabajo de los Profesionales de Salud, coordinado por el Gabinete del Ministro de Salud § Coordinación Nacional del SGT Nº 11 "Salud"/MERCOSUR
	Tema: Elaborar Documento Base de Aportes para el "Seminario para Construcción de los Servicios Integrados de Salud en el MERCOSUR".
	Lugar: OPAS/OMS, Representación en Brasil
29/marzo	Reunión para Consolidación del Documento Base del Taller Interno de Trabajo para el "Seminario para Construcción de los Servicios Integrados de Salud en el MERCOSUR".
	Lugar: OPAS/OMS, Representación en Brasil
31/marzo	Reunión del GT Interministerial, para realizar el "Seminario para Construcción de los Servicios Integrados de Salud en el MERCOSUR". Tema: Preparación del referido Seminario Lugar: Edificio Sede, 4º piso, sala 405
5 y 6 / abril	1er. Seminario Nacional para Estructuración de los "Servicios Integrados de Salud del MERCOSUR - el SIS-MERCOSUR"
	Tema: Realización del Seminario
	Lugar: Rio de Janeiro - Hotel Guanabara Palace
29/abril	Reunión del GT para consolidación de los documentos del Taller "Integración de las Acciones de Salud en las Fronteras Físicas del MERCOSUR", el SIS MERCOSUR y el 1er. Seminario "Estructuración de los Servicios Integrados de Salud del MERCOSUR", el SIS MERCOSUR
	Lugar: Edificio Sede, 4º piso, sala 405.
De 10 a 14 de mayo	XXII Reunión Ordinaria del SGT Nº 11 "Salud", a ser realizada en Buenos Aires, bajo la Presidencia Pro Tempore de Argentina (PPTA) con: la Coordinación Nacional del SGT Nº 11 "Salud", Comisiones, Subcomisiones y Grupos Ad Hoc a ser definidos.
	Lugar: Buenos Aires, dirección a ser definida.
20 de mayo	Reunión del GT para consolidación de la Propuesta del Seminario Internacional "Estructuración de los Servicios Integrados de Salud del MERCOSUR", el SIS MERCOSUR
	Lugar: Edificio Sede, 4º piso, sala 405.
27/mayo	Reunión de evaluación y desencadenamiento del Plan de Trabajo para el 2º Semestre de 2004 – Presidencia Pro Tempore de Brasil (PPTB).
	Tema: Evaluación de la XXII Reunión Ordinaria del SGT Nº 11 "Salud" y Programación de las Actividades para el 2º Semestre, bajo la PPTB.
	Lugar: Sala a ser definida
24 de junio	Reunión del GT para consolidación de la propuesta del Seminario Internacional "Estructuración de los Servicios Integrados de Salud del MERCOSUR", el SIS MERCOSUR
	Lugar: Edificio Sede, 4º piso, sala 405.
08 de julio	Reunión del GT para consolidación de la propuesta del Seminario Internacional "Estructuración de los Servicios Integrados de Salud del MERCOSUR", el SIS MERCOSUR
	Lugar: Edificio Sede, 4º piso, sala 405.
23 a 25 de agosto	Seminario Internacional para Construcción de los Servicios Integrados de Salud en el MERCOSUR

Nota: Agenda creada por la Coordinación Nacional del SGT Nº 11 "Salud" / MERCOSUR – Brasil (GM/MS)

4. LA INTEGRACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD QUE ATIENDEN A LA POBLACIÓN FRONTERIZA DE LOS PAÍSES DEL MERCOSUR – SIS-MERCOSUR

Edmundo Gallo

Director de Inversiones y Proyectos Estratégicos de la Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud de Brasil (DIPE/SE/MS) y Doctorando en Salud Pública – FIOCRUZ-RJ.

Laís Costa

Asesora de la Dirección de Inversiones y Proyectos Estratégicos (DIPE/SE/MS), Gerente del proyecto SIS-MERCOSUR con Maestría en 'Development Studies' – London School of Economics and Political Sciences (LSE).

Adnei Moraes

Asesor de la Dirección de Inversiones y Proyectos Estratégicos (DIPE/SE/MS) con Especialización en Medicina Ocupacional - UNICAMP y Psiquiatría - UnB.

1. Introducción

Los municipios de frontera de Brasil han tenido gran dificultad en suministrar a sus munícipes atención integral a la salud según lo preconizado en la Constitución Federal. La falta de recursos humanos especializados, la insuficiencia de equipamientos para la realización de procedimientos de mediana y alta complejidad, y la distancia entre los municipios y los centros de referencia son las principales justificativas presentadas.

Las mismas dificultades han sido observadas en los países que hacen frontera con Brasil, generando un desplazamiento de las poblaciones allí residentes en flujos, ya sea en un sentido o en otro, en búsqueda de mejor oferta de acciones y servicios de salud. Esta movilidad ha generado grandes dificultades para los intendentes y gestores de salud de los municipios brasileños, así como para las autoridades de los países vecinos, además de previsibles problemas diplomáticos y de salud pública. Desde hace mucho se está tratando de solucionar estos problemas sin mucho éxito, principalmente en función de obstáculos jurídicos y operacionales.

Entendiendo el carácter político estratégico de integración de las fronteras y que el desarrollo del sector salud debe también ser planificado teniendo en cuenta su calidad propulsora de desarrollo sustentable, los países decidieron priorizar la búsqueda de una solución para el problema. Se propuso la creación de una herramienta eficaz de integración

de la salud en las fronteras -el SIS-MERCOSUR-, que posibilite la integración de la oferta de servicios prestados, racionalizando la organización y utilización de los recursos referentes a la atención a la salud en la frontera. Este instrumento proporcionará mejoría de la calidad de vida al racionalizar la oferta, optimizando la infraestructura instalada en su espacio de cobertura. En este sentido, el SIS contribuirá con el proceso de sedimentación de la integración regional, visto hoy como un incentivo de la eficacia de las políticas *desarrollistas*.

El presente artículo trae una breve reflexión sobre las posibilidades y barreras para la ejecución de una acción integradora de salud en las fronteras. Para ello, presenta una reseña histórica de la motivación de la creación del SIS y su importancia político-económica y social; a continuación, trata de señalar los principales avances esperados en función de esta herramienta de integración del SIS, con una exposición acerca de las dificultades intrínsecas a ese proceso de integración y, por fin, se sugieren algunas líneas de acción que se puedan, a corto plazo, implementar. Este trabajo pretende figurar como una invitación a un debate más profundo sobre las posibilidades de acciones que lleven a la integración de los sistemas.

2. Reseña Histórica / Motivación

La inserción soberana, la consolidación del MERCOSUR y la integración de América del Sur están entre las prioridades del gobierno brasileño. Esto se debe al entendimiento de que una política exterior más articulada tiende a fortalecer las naciones involucradas. Políticas integradas pueden beneficiar la especialización, la mejoría de la competitividad, las ganancias de escala de las naciones y fortalecer las mismas frente al escenario político-económico mundial. En el caso específico de los países de América del Sur, marcados por pobreza y desigualdad, acciones integradas pueden ser diseñadas para revertir esas desigualdades, una vez que catalizan el desarrollo local, tornando sustentable el crecimiento a lo largo del tiempo.

Políticas integradas son particularmente importantes cuando se verifica que en un mundo globalizado países menos competitivos son mucho más susceptibles (cualitativa y cuantitativamente) a los efectos causados por choques económicos, ocasionando intensos perjuicios a la inversión en la red social. Una motivación importante para la integración, que debe basarse en la solidaridad, en la cooperación, en el crecimiento conjunto, es justamente el fortalecimiento de los países para que puedan estar menos vulnerables a las crisis externas. Políticas *desarrollistas* que no se justifican por falta de escala, por ejemplo, podrán ser emprendidas en contexto regionalizado.

Vale enfatizar que el proceso de integración es lento, una vez que demanda diversos acuerdos y armonizaciones que necesitan ser construidos a lo largo del tiempo. Ello, no

obstante, no influencia el hecho de que gestores de las fronteras ya comparten acciones y que poblaciones que se desplazan diariamente utilizan servicios en países vecinos. En ese caso, la realidad cotidiana se impone a las restricciones legales vivenciadas por personas que viven en regiones de frontera.

Dicha imposición de una solución conjunta es particularmente visible en el sector salud:

- Enfermedades comunicables y desastres naturales no 'respetan' fronteras (PAHO, 2002);
- Estructuras de mediana y alta complejidad demandan organización de entrada y escala de uso;
- Diferenciaciones en el estándar de calidad y en el objetivo de la atención ofertada estimulan migraciones para uso de servicios en los países vecinos;
- La utilización de los servicios por parte de poblaciones extranjeras a la nación oferente, representada por el flujo informal de la demanda, genera subregistros y dificultad de planificación de las acciones;
- Peculiaridades de las fronteras como, por ejemplo, la magnitud de la población móvil marcada por el tráfico, prostitución, contrabandos, desplazamiento de camioneros, impactan sustancialmente la salud de la población;
- El carácter de intersectorialidad de la salud afecta el desarrollo y calidad de la infraestructura de los demás sectores (saneamiento, educación, condiciones de trabajo, voz política, etc).

Aunque salud no fuera sinónimo de calidad de vida, aún así la búsqueda de la eficiencia de este sector tendría que ser prioritaria. Ello porque actualmente el sector salud es considerado como incuestionable inductor *de desarrollo*. De acuerdo con Costa, (2004) *el desarrollo de ese sector es herramienta también importante para el aumento de la inclusión social en el país; es estratégico para la soberanía de Brasil; para su autonomía tecnológica, o al menos para la disminución de la laguna tecnológica hoy existente; es capaz de impulsar desarrollo sustentable e integrado; y está directamente relacionado con el combate a la pobreza.*

Dada la histórica vulnerabilidad de la población de frontera y las características del sector salud, se hace evidente que hay, en particular para esas poblaciones fronterizas, urgencia de una política externa más articulada, una planificación integrada, una vez que cuando el municipio vecino es también de país vecino, barreras diplomáticas, legales, económicas y sociales se interponen a la planificación conjunta. Se entiende que el éxito en el proceso de armonización es paralelo a la necesidad de organizar la salud en las fronteras, una vez que *la armonización de protocolos y acciones de vigilancia no serán, necesariamente, convergentes con la organización de los servicios*. (Dain, 2004).

Distintas acciones para resolver la situación vulnerable de esa población han sido emprendidas. No obstante ellas, las poblaciones han tenido dificultad de acceso al sistema y a la atención integral. Para peor, las iniquidades observadas en la distribución de los recursos

de salud afectan desproporcionadamente a las poblaciones de frontera, una vez que la organización de sistemas de referencia y contrarreferencia queda imposibilitada por barreras físico-políticas a ser transpuestas, programas de inmunización quedan perjudicados por la falta de articulación con la acción vecina, y la precariedad de la calidad de vida de la mayor parte de la población fronteriza impacta sustancialmente la salud de estas personas.

Vale también poner énfasis en el fuerte apelo social del SIS, una vez que, en actualidad, en función de la organización mundial del sector salud, la oferta de servicios en el área, así como accesibilidad a los medicamentos, no necesariamente atienden la demanda observada en la región[1]. Con la integración propuesta por el SIS, el sistema de salud de los países se fortalece conjuntamente a través, inclusive, de la adecuación de escala, pudiendo aproximar la oferta de la real demanda de la población.

Además, independiente de que un ciudadano viva en un país, su acceso más racional se da en país vecino. Moraes y Costa (2003) ilustran con exactitud esta situación: "*Un triste ejemplo de esta realidad se refiere a la existencia de diez pacientes residentes en el municipio de Quaraí-RS y dependientes de hemodiálisis que tienen que viajar 120 Km hasta Santana do Livramento, tres veces por semana, para recibir tratamiento. Además de la incomodidad física que este procedimiento le genera al paciente, es fácil observar que en esta rutina de tratamiento, este ciudadano es imposibilitado de trabajar y acaba marginado de la vida socio-cultural de la comunidad. Una solución racional sería que estos mismos diez pacientes atravesaran el puente que une a Artigas, en Uruguay, donde el mismo tratamiento está disponible. En este caso, el desplazamiento tomaría diez minutos de la vida de cada uno de estos pacientes*".

La mayoría de las veces, y por cuestiones diversas, le es absolutamente imposible al gestor municipal adquirir equipamientos o contratar recursos humanos para atender a su demanda, tanto por la falta de recursos, como por la dificultad en contratar especialistas. Esta situación se agrava cuando el municipio es de difícil acceso, posee frágil actividad económica, poco atractivo social o cuando su porte es pequeño. En la práctica, la integración de los países fortalecerá el poder de inducción del Estado para el desarrollo, en especial en la región fronteriza, en función de su poder de compra, pudiendo llevar a la reversión parcial de la situación sobredicha.

Reconociendo, por lo tanto, la importancia y urgencia de resolver la situación vivida en las fronteras del MERCOSUR, fue solicitado, en reunión del SGT-11, en seminario de planificación en 2003, que Brasil hiciese una reflexión inicial sobre el tema, para que, posteriormente, los países elaborasen conjuntamente un acuerdo que permita la necesaria integración organizativa del sistema.

1 Las investigaciones en salud son mayoritariamente dedicadas a tópicos de intereses de países más ricos que dominan la P&D (Investigación y Dessarrolo) de la salud mundial, por ejemplo.

3. SIS-MERCOSUR

La urgencia de mejoría de la calidad de vida de las poblaciones fronterizas aliada a la de consolidación de la integración regional llevaron a que se pensara en la creación de una herramienta para auxiliar el proceso de gestión supranacional, cuyo objetivo es garantizar mayor agilidad a las respuestas del sistema de salud a la población, a la par de los avances en el plano diplomático para la armonización. La idea es resolver cuestiones políticas y administrativas de la atención entre países vecinos, planificar la atención racionalizándola dentro del espacio geográfico e invertir donde haya ausencia de recursos, permitiendo integralidad y resolutividad de la atención.

En realidad, ya existe un conjunto de acciones y prácticas informales en curso, y tan sólo la planificación conjunta de las acciones hoy practicadas mejoraría sobremanera la calidad de la atención prestada y la integración de las acciones y procesos regulatorios.

Esta herramienta busca, por lo tanto, atender la necesidad de atención integral, mejorar la eficiencia de la organización y el costo-efectividad de la aplicación de los recursos, y, mayormente, atender a la población con histórica dificultad de acceso.

Los principales méritos del SIS se pueden resumir así: racionalización de la oferta, que podrá ser diseñada y reorganizada de acuerdo a la territorialidad; especialización del sistema de acuerdo a la experiencia característica de cada región involucrada; regulación de las relaciones y acciones hoy existentes; definición de la forma y los criterios de resarcimiento por el uso compartido del sistema; apertura de nuevas posibilidades de financiación (públicas y privadas); aumento del impacto de las políticas en la búsqueda de objetivos comunes (políticas integradas presentan efectos proporcionalmente mayores)[2]; impresión de transparencia en la definición de rumbos y en su gestión, incrementando la participación social y la cooperación entre los Estados Partes del MERCOSUR.

El SIS representa la necesaria posibilidad de tornar sustentables las acciones de salud en las regiones fronterizas, una vez que permitirá su planificación, posibilitado por los conocimientos acerca de los usuarios y recursos de los sistemas, y por la definición del origen y composición de su financiación. Además, es fundamental para la sustentabilidad del SIS darles una base jurídica a las acciones hoy practicadas, resolviendo las cuestiones diplomáticas y las necesidades de salud, así como la capacidad de costeo y la estabilidad en el flujo de financiación.

El SIS-MERCOSUR concibe también una respuesta para la agenda política de las naciones involucradas, puesto que representa un avance en el combate a la pobreza, fortalece

2 A través de la reunión de fuerzas, los países pasarán a tener mayor poder para inducir el desarrollo del sistema, llevando a la mejoría de la capacidad reguladora.

el proceso de integración regional, enfatiza el desarrollo local[3], la inclusión social (proveerá acceso, fortalecimiento económico y político), promueve la mejoría de los indicadores de desarrollo humano, representa un nuevo potencial de captación de recursos, la racionalización necesaria para los países del MERCOSUR en la utilización de los recursos humanos, financieros y de equipamientos.

Vale señalar que la expectativa es que el SIS-MERCOSUR sea concebido como un proceso, combinando acciones de corto, medio y largo plazo, sean ellas dirigidas a las acciones de transfronterización o de armonización[4], sean ellas unilaterales o multilaterales. La perspectiva es dar una respuesta objetiva y práctica a los gestores y a la población local, sin que para ello se necesite esperar por procesos que exijan una maduración político-institucional más demorada, creando así condiciones de viabilidad y factibilidad para estos últimos.

4. Desafíos

No obstante ello, muchos son los desafíos para la elaboración de la herramienta en cuestión. La manutención, garantía y estandarización de la calidad de la atención son dificultadas por la incompatibilidad de los sistemas de informaciones, perjudicando el monitoreo de las acciones, y por la morosidad característica de los procesos de harmonización y por distinciones en la capacidad de financiación de los cuatro países en cuestión. Diseñar acciones conjuntas requiere una amplia y nada fácil definición acerca de cómo será compuesta la financiación de estas actividades. La naturaleza misma de la acción a ser planificada puede ser esencialmente contradictoria de un país a otro. Existen países que comparten la opinión de que sin una fuerte y organizada participación de la sociedad civil se pierde calidad en el resultado de las políticas públicas. La experiencia brasileña en el consorcio de municipios para el logro de un objetivo común, por ejemplo, se muestra más eficaz y sustentable a lo largo del tiempo cuanto más participativa y ascendiente haya sido su administración y planificación.

La frágil calidad y falta de sistematización de las informaciones recogidas también dificultan el conocimiento de la realidad, lo que ejerce un impacto negativo sobre la capacidad de enfoque de las políticas públicas. Esta es, incluso, una ocasión estratégica para pensar en la comunicabilidad y eficiencia de los sistemas de informaciones de los países, una vez que por el momento los países están planeando reformas en sus sistemas de información. Retardar dicho debate implicará en dificultades y costos diversos en el futuro.

3 Ello se debe al fuerte impacto que acciones en salud ejercen sobre el desarrollo de la economía local. En el caso de que el SIS sea planificado con esta vertiente de desarrollo, este impacto será todavía más visible.

4 La armonización se refiere a la compatibilización de los protocolos y de las acciones de vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental, y transfronterización, a la reorganización de la atención a la salud en bases regionales, a partir de las necesidades de la población de la región (Dain, 2004).

La integración y compatibilización de los sistemas de información se presenta, vale recalcar, como un serio obstáculo crítico en la evolución del SIS-MERCOSUR, mayormente porque, de acuerdo a Reis (2004), para planificar actividades de integración hay necesidad previa de identificación de: a) equipamientos, servicios y flujos de usuarios existentes; b) recursos ociosos y sobrecargados; y c) necesidad y prioridad de la implementación de nuevos servicios.

La diferencia entre los sistemas de salud de los cuatro países es otra cuestión que actúa como un dificultador de la integración: Brasil, por ejemplo, es el único país que tiene un sistema público universal. Además, de acuerdo a la experiencia internacional (Dain, 2004), la integración del sistema de salud de una nación con los demás cuya calidad es distinta, tiende a impactar negativamente la calidad de la atención de aquel país. Otra cuestión abordada por la autora se refiere al impacto sobre la gestión local de la integración de los sistemas: la sustitución conjunta de una tecnología por otra más moderna presenta, para algunos gestores, costo-beneficio negativo.

La definición de las localidades involucradas también es crítica para la constitución del SIS, una vez que la base territorial definirá la planificación regionalizada. El respeto a la soberanía de los países y a la autonomía municipal (art. 18 de la CF88) es otra cuestión delicada. Esta integración solamente será eficiente a través de la construcción de metas conjuntas basadas en la solidaridad entre los países del MERCOSUR, en la disminución de las diferencias y en la búsqueda de la equidad.

Posibles tensiones causadas por la incompatibilidad temporaria de las prioridades de procesos estructurales de armonización y estructuradores de servicios en las fronteras pueden perjudicar la gobernabilidad del SIS. Es importante que dicha herramienta sea poco susceptible a los cambios políticos observados en el país, y a ejemplo del consorcio intermunicipal, las acciones del SIS tendrán que representar la voluntad de todos los países que lo componen, aunque esto restrinja, inicialmente, el propósito de esa herramienta de apoyo a la gestión.

Por fin, diferencias y desarmonía entre la estructura jurídica de esas cuatro naciones se presentan como un problema central a ser resuelto. En este sentido, la experiencia sugiere que acuerdos bilaterales, a ejemplo del acuerdo fronterizo firmado entre Brasil y Uruguay recientemente (14 de abril de 2004), permitiendo que más de 700 mil personas que viven próximas a las fronteras de esos países puedan "*vivir, estudiar, trabajar y tener acceso a los servicios de ambos lados*" (Reuters), pueden ayudar a estrechar la relación entre los países, contribuyendo para la consolidación del proceso de integración del MERCOSUR[5].

5 En que pese a algunos efectos colaterales preocupantes, es incuestionable el paso significativo hacia la consolidación del bloque regional.

5. SIS-MERCOSUL – Soluciones Posibles

Analizando el contexto en que se insiere esa integración, en la que son enormes las diferencias de los sistemas de salud, em que hay poca transparencia de las acciones necesarias y falla en la calidad de las informaciones y, en común, hay exceso de demanda presionando al sistema, incompatibilidad entre la necesidad de organizarlo y morosidad característica de los procesos de integración, se entendió que la organización de la atención a la población fronteriza debe darse en horizontes distintos. En este caso, la organización de la atención en la frontera no será reflejo de un sistema armonizado y sí representará un proceso paralelo y a la vez organizador y propulsor de esta armonización.

Una iniciativa importante del SIS sería la reglamentación de lo que existe hoy. Se deberán identificar las acciones que actualmente son intercambiadas y darles legitimidad jurídica. Dicha iniciativa por sí sola presenta carácter inductor de organización del sistema: al mapear la situación existente y los usuarios del sistema, se comienza a tener informaciones necesarias para planificaciones de horizontes más amplios.

Los ministerios de salud pueden condicionar, por ejemplo, aumentos de recursos, su desembolso o cooperación técnica a la mejoría de la información colectada sobre los usuarios de las fronteras. Simples ajustes en la calidad de la información, que permitan considerar el fenómeno de la transitoriedad y migración existente en los criterios de financiación y transferencias, podrán mejorar la capacidad de oferta. En realidad, la cuestión de la financiación es una cuestión clave del SIS. Aunque su solución definitiva exija un largo proceso reflexivo, se puede entender que a corto plazo la simple superación del estrangulamiento en la financiación de determinados municipios que atienden a poblaciones fronterizas ya imprime mejorías en la planificación de la atención en estas localidades.

Una alternativa sería, por ejemplo, aumentar el techo financiero de los municipios de frontera en función de la población de referencia y no solamente de aquella residente, vinculando porcentuales de este techo a algunas metas pactadas en las áreas de atención y vigilancia, a las estrategias de registro de usuarios y captura de informaciones e integración de sistemas y, por fin, a la capacitación en estas áreas[6].

De todos modos, en caso de que no haya condiciones de aumentar el aporte financiero a estos municipios, el simple reconocimiento de la realidad ya abre nuevas posibilidades de planificación regional del sistema y de instalación de tecnologías más avanzadas en función de la escala real de uso.

6 La materialización de estas acciones se daría por medio de la adhesión de los municipios al SIS-MERCOSUR, a través del compromiso con un conjunto de acciones y metas pactadas, que implicarían en recibimiento de reasignaciones financieras fondo a fondo, en los moldes del PAB-Variable y del sello "Municipio SIS-MERCOSUR", identificando servicios y unidades. Una primera simulación se presentará a continuación.

Otro punto que es consensual y central para la implementación del SIS, y que también no depende de avances en los procesos de armonización, es el conocimiento de las condiciones de salud de la región, así como de la disponibilidad de recursos físicos y humanos sin los cuales queda dificultada la verificación de la compatibilidad y cantidad de los objetivos comunes. Amén de estos, los objetivos de cada nación respecto al desarrollo del sector salud también están vinculados a sus capacidades de financiación y a lo que es prioritario como inversión pública. Todas estas cuestiones tienen que ser claramente presentadas, so pena de imposibilitar el acuerdo y visualización del rumbo del proceso de integración. Solamente así se podrá elaborar una propuesta cuya operacionalización sea más eficiente en el uso de los recursos disponibles.

La realización de este conocimiento tiene potencial impulsador de la mejoría de la calidad gestora local, lo que generará mejor calidad en la atención prestada y de la capacidad de planificación de las acciones necesarias. Vale mencionar la importancia de la diseminación de las distintas iniciativas relacionadas a las fronteras[7], instrumento importante de aprendizaje para la gestión local.[8]

Por fin, la importancia del fortalecimiento inmediato de la integración de las fronteras se refiere a su capacidad en el desarrollo de la facultad reguladora del sistema, del control sobre sus costos y de la inducción de olas de desarrollo económico y social locoregional.

Esas soluciones sugeridas para corto plazo no priman por su carácter innovador, sino por su facultad de inducir la ordenación del sistema. Además, conllevan gran fuerza política[9] debiendo, por lo tanto, figurar como prioridad en la ejecución de las acciones integradoras en las fronteras.

Vale considerar también que es de suma relevancia para el desarrollo de cualquier acción, en el sentido de integrar los sistemas de salud, el conocimiento de la estructura legal de salud que comprende los cuatro países, así como la definición de qué localidades serán beneficiadas directamente -y las que ya lo son-. Además del conocimiento de detalles sobre la manera en que se desarrollaron estas reglas legales y de la legislación internacional que trata del tema, es importante la potencial efectividad y eficacia del acuerdo a ser elaborado. Guardadas las diferencias entre los bloques, se puede aprender tanto con el desarrollo del MERCOSUR, como con las experiencias de integración de los demás

7 La iniciativa del grupo técnico de Itaipú Binacional (GT Itaipú Salud en la frontera), por ejemplo, puede ser una fuente de aprendizaje en el proceso de integración de las fronteras. En el anexo de este libro hay un resumen sobre esa experiencia.

8 En este sentido se sugiere la utilización del sitio www.mercosulsalud.org / www.mercosulsaude.org, como un canal para la diseminación y actualización de las acciones de integración de la salud entre los cuatro países.

9 La voluntad política de los cuatro países, y aquella específica de los gobiernos subnacionales involucrados, pasa a ser un impulsador para la realización de las investigaciones en cuestión.

países[10] y en particular de la Unión Europea, la experiencia en etapa más avanzada. Por supuesto que la aplicabilidad no es directa, pero sirve como ejercicio de reflexión.

A través de estas informaciones y de estos primeros pasos, que no implican en ninguna interferencia en el proceso de armonización[11] - pudiendo tener, por lo tanto, su velocidad propia-, ya se estará dando un paso realista hacia la integración de las acciones de salud.

Vale poner énfasis en que, de acuerdo a la experiencia brasileña, en este caso la experiencia de consorcios intermunicipales, la sustentabilidad de esa herramienta está siendo directamente relacionada a la forma en que se dio la unión de los municipios. De esa manera, normalmente los consorcios establecidos a partir de la cooperación que ya existía, o por demandas exclusivas de los municipios, se mostraron sustentables a lo largo del tiempo y poco susceptibles a fragilizarse en función de cambios de gobierno.

La traducción de esa experiencia para la propuesta sobredicha será la impresión de racionalidad a la práctica de salud a través de una herramienta sustentable a lo largo del tiempo. Servirá no solamente para la mejoría de la eficiencia y reglamentación de lo que ya existe en la práctica, sino también para desarrollar la relación institucional entre municipios de países diversos, lo que facilitará sobremodo la implantación de la integración de las demás acciones que compondrán este sistema.

Además de la normalización y organización de las acciones existentes en la actualidad, se sugiere, del mismo modo, la creación de líneas de financiación para la mejoría de la capacidad de gestión de las secretarías municipales de salud, a ejemplo del PMAT, programa del BNDES lanzado para la mejoría de la eficiencia de la administración tributaria municipal[12]. La mejoría de la eficiencia gestora fue rápidamente observada, en este caso, a través de mejorias casi inmediatas en la recaudación tributaria, permitiendo, incluso, la devolución del préstamo en corto espacio de tiempo. La propuesta del PMAT, en suma, era la presentación de una canasta de acciones entendidas como necesarias para la mejoría de la administración municipal en lo que se refiere a la recaudación, que eran comunes a todas las Secretarías de Hacienda Municipales, a pesar de la heterogeneidad de los municipios brasileños. Estas diferencias intermunicipales eran respetadas a través de una faja de composición de inversión por acción, variable de acuerdo con las necesidades y especificidades de cada municipio. En el caso específico de las SMS, se puede en un primer momento sugerir la creación de una línea de préstamos dirigidos a la siguiente 'canasta' de acciones:

- Mejoría de los Sistemas de información;
- Creación de una sala situacional inserida en su contexto regional;

10 Para más detalles se recomienda recurrir a las publicaciones de la OPS, que viene desarrollando una serie de estudios sobre el tema.

11 De inicio mejorarán la eficiencia y reglamentarán relaciones ya legitimadas.

12 La idea es aprovechar las experiencias exitosas de la administración pública. El BID también lanzó un programa con la misma intención que el PMAT, dedicado a los estados, el PNAFE, y otro a los municipios, el PNAFM.

- Definición y monitoreo de metas de atención y vigilancia a la salud;
- Control y evaluación de los prestadores de servicios propios y contratados;
- Capacitación de personal y mejoría de la capacidad gestora.

Estas cinco iniciativas son ellas mismas capaces de ejercer impacto relevante para la realización de la mejoría de calidad y del costo-efectividad de las acciones en salud. Se puede también aprovechar para condicionar los desembolsos a la prestación de informaciones y a informes situacionales, por ejemplo. Las externalidades positivas de estas mejorías de gestión señalan a la calificación del gasto y de la atención a la salud, y a una mayor visibilidad de las realidades, permitiendo la construcción de un sistema regionalizado a partir de una base de informaciones más amplia y unidades gestoras más eficientes.

Se puede pensar en iniciativas diversas en este sentido, o sea, el estímulo y desarrollo de proyectos que no dependan del avance de la armonización, sino que, al contrario, contribuyan con el mismo!

6. Consideraciones Finales

La importancia de la integración regional y del desarrollo del sector salud, dadas sus características de inducción del desarrollo social y económico, está llamando la atención hacia el proceso de armonización de las acciones de salud entre los países del MERCOSUR. Paralelamente, y considerando las peculiaridades de la salud, la inobservancia de la existencia de fronteras cuando el tópico se refiere a enfermedades transmissibles, desastres ambientales y necesidad de organizar y racionalizar la atención, los países reconocieron la importancia de estructurar los servicios de salud que atiendan a la frontera, como algo integrante del proceso mayor de armonización de los sistemas.

En la práctica, muchos de esos municipios de frontera, marcados por la pobreza y la escasez de servicios, tienen como solución única para proveer bienes y servicios sociales, la unión con municipios y equivalentes vecinos, siendo ellos del mismo país o no. La cuestión es que, de no haber base legal para esta alianza, acciones informales resultan la solución disponible para la atención local, lo que genera distorsiones distintas en los sistemas, entre ellas, fragilidad de financiación, sobrecarga sobre los recursos humanos, tecnológicos y financieros de los municipios 'exportadores netos' de acciones de salud, baja calidad de los sistemas de información y dificultad de monitorear la calidad y eficiencia de las acciones de esos acuerdos informales, por mencionar algunos problemas.

Este artículo defiende que se planifique la organización de los servicios en las fronteras y que se implementen acciones que independan del proceso de armonización, en particular aquellas ya en ejecución.

No hay intención, bajo ninguna hipótesis, de subestimar la importancia del proceso de armonización, ni se pretende defender que el SIS deba restringirse a la normalización de las acciones ya existentes. Lo que se intentó demostrar aquí es que la integración de los servicios en la frontera puede y debe ser planificada paralelamente, aunque contextualizada, al proceso de armonización.

Las consideraciones hechas y sugerencias antedichas reflejan la necesidad de operacionalizar la integración de acciones en las fronteras en un corto plazo. Especialmente si considerada la situación precaria vivida hoy por las poblaciones fronterizas y la capacidad de reversión de este cuadro, cosa que el desarrollo del sector salud representa. Se trata de encaminamiento necesario y que consigue coexistir con la falla y la falta de calidad de la información disponible para y por los países involucrados.

Vale, sin embargo, enfatizar que se entiende la importancia, a lo largo del tiempo, de:

- Diseñar un sistema de referencia y contrarreferencia que permita integralidad y eficiencia en el acceso a todos los usuarios potenciales, independiente del país de residencia;
- Estructurar y tornar eficientes los servicios de urgencia y emergencia;
- Utilizar la promoción a la salud en la búsqueda de la equidad;
- Estimular la creación de una Escuela de Salud supranacional que trate de la salud de esta región de manera diferenciada, enfocando los sistemas de los cuatro países y los problemas locales (formación especializada en el bloque y no identificada con un país u otro específicamente);
- Estimular proyectos de entrenamiento conjunto y cambio de modelo de las escuelas de salud hoy existentes, considerando la realidad y la cultura de los países;
- Pensar en la construcción de una tarjeta de identificación del usuario y de ordenamiento conjunto de las informaciones colectadas de los servicios de salud, permitiendo el seguimiento del cuadro clínico del paciente y la atención basada en evidencia, entre tantas otras acciones necesarias;
- Planificar la creación de fondos específicos para el desarrollo del SIS-MERCOSUR, a luz de la experiencia del PMAT, de experiencias exitosas de la capacitación gestora del sistema, fondos dedicados al desarrollo local, etc[13].

Las acciones a medio y largo plazos se deberán siempre pactar y divulgar de modo que se puedan orientar las iniciativas y desarrollar la estructura necesaria para la realización

13 Se puede además, a medio plazo, planificar un fondo que funcione como un sistema de compensación financiera de las acciones previstas. La experiencia aportada por esa iniciativa podrá construir bases para la elaboración de un fondo con la intención de promover la atención a la salud en las fronteras, capaz de captar y administrar recursos públicos y privados, apoyar la equiparación de la calidad de los sistemas, someter la cuota de represtamo de recursos al pacto de indicadores de desempeño, coordinar una cámara técnica para someter el desarrollo del sistema al desarrollo local, promover acciones para el intercambio de informaciones y proveer asistencia técnica para la preparación, financiación y ejecución de los proyectos a ser implementados en las fronteras.

de las metas a lo largo del tiempo. Sin la debida planificación, no se alcanza la eficiencia y racionalidad, o la calidad y el bienestar, demanda motivadora de esta herramienta de apoyo a la gestión.

Como un evento subjetivo, pero basado en lo real, una cultura supranacional se construye a través de las prácticas cotidianas generadoras de símbolos universalmente reconocidos y adoptados. Políticas públicas que partan de esta base tienen posibilidad de ser más efectivas tanto para la solución de los problemas cotidianos, como para la construcción de este nuevo ideal, difícil de desarrollar, pero imprescindible para nuestro futuro.

7. Referencias

COSTA, L. **Agenda Estratégica Nacional e o Ministério da Saúde**: A importância da Construção de um Plano Nacional de Saúde Democrático. Brasília: Ministério da Saúde, Mimeo., 2004

DAIN, S. **Subsídios para a Formulação de um sistema de integração dos modelos de prestação de serviços de saúde no Mercosul e suas regiões de fronteira:** Harmonização e Transfronteirização dos sistemas de saúde. Brasília: Mimeo., março de 2004.

MORAES, A. P. e COSTA, L.**Consórcio Internacional de Saúde do Mercosul**: documento inicial para discussão. Brasília: Mimeo., novembro de 2003.

PAHO. **Partnerships for better Health in the Americas**. Washington, D.C.: Pan Americam Health Organization – PAHO, 2002.

REIS, G. A**. Experiências brasileiras de parcerias entre municípios na busca de organizar, racionalizar e qualificar a assistência à saúde.** Brasília: Mimeo., março de 2004.

5. INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD EN LAS FRONTERAS FÍSICAS DEL MERCOSUR

Coordinación Nacional del SGT N.º 11 "Salud" / MERCOSUR — Brasil

PROGRAMACIÓN PARA EL "SEMINARIO INTERNACIONAL DE INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD EN LAS FRONTERAS FÍSICAS DEL MERCOSUR"

Propuestas del Grupo 1

LUGAR: Brasilia / Foz de Iguazú / Porto Alegre (observándose que en los Municipios Fronterizos los costos de traslado serán menores)

PERÍODO: agosto/2004

OBJETIVOS:

GENERAL:

- Brindar aportes para la integración de las acciones de salud en las fronteras físicas del MERCOSUR, estableciendo el grado de prioridad de cada una y las estrategias operacionales necesarias.

ESPECÍFICOS:

- Incluir, en las agendas políticas de los dirigentes de los Estados Parte, el pacto de la Integración de las Acciones de Salud en las Fronteras Físicas del MERCOSUR.
- Definir prioridades de atención en las diversas áreas del sector salud
- Proponer instrumentos y mecanismos que hagan viable la integración operacional y de gestión.

PÚBLICO ENFOCADO: ¿establecido el límite de 100 personas por país o total? Pues se consideró el tema de los costos. Brasil había propuesto financiar dos participantes de cada país. Se consideró la posibilidad de que cada Institución brasileña financiara representantes de sus contrapartes de los demás países. También se puede solicitar apoyo del Municipio y del Estado que sea sede del evento.

Representantes de las Instituciones de los Estados Partes del MERCOSUR - Argentina / Brasil / Paraguay / Uruguay - y Estados Asociados del MERCOSUR - Chile y Bolivia:

1 Resultados del taller promovido por la Coordinación Nacional del SGT N.º 11 "Salud" / MERCOSUR — Brasil (Gabinete del Ministro — Ministerio de Salud).

- Ministerios involucrados;
- Organización Panamericana de la Salud (OPS);
- Municipios de Frontera;
- Estados Participantes y sus instancias regionales;
- Prestadoras de Servicios y Operadoras de Planes de Salud;
- Agencias de Financiación y socios diversos (Comisión de la Cámara de Diputados para Temas del MERCOSUR, ABC, BID, etc);
- Empresas Productoras de Alimentos;
- Consejos de Salud;
- Consejos de Profesionales de salud.

TEMAS PROPUESTOS

- Vigilancia en Salud (Vigilancia Sanitaria – relieve para Alimentos / Productos y Servicios / Vigilancia Epidemiológica / Ambiente y Salud y/o Vigilancia Ambiental);
- Prestación de Servicios (públicos y salud suplementaria);
- Tecnología en Salud;
- Recursos Humanos con énfasis en el ejercicio profesional;
- Aspectos jurídico-institucionales;
- Instrumentos de Integración;
- Inversiones;
- Interfaces de la Atención a la Salud;
- Situación de las Aduanas.

CONSIDERACIONES GENERALES

1. Desarrollo del Seminario: cada país elaborará, preliminarmente, un documento conteniendo: análisis de la situación de la salud en las fronteras, acciones necesarias escalonadas por prioridades y la propuesta de pacto con definición de competencias y atribuciones de cada instancia, con énfasis en la necesidad de autonomía a nivel local.

Durante el seminario, estos tres puntos serán objeto de discusión en momentos diferentes:

- el análisis de la situación se discutirá en reunión plenaria;
- las acciones se discutirán en grupos temáticos;
- el pacto se discutirá en grupo específico, formado por personas con poder de decisión y con la asesoría jurídica y de relaciones exteriores.

Luego del seminario, se realizarán talleres locales y/o regionales para concretar las acciones en la forma pactada.
Existe previsión de una reunión en octubre para la firma del(los) pacto(s) entre los países.

2. Respecto al documento de análisis de la situación de salud, se planteó la necesidad de uniformar la forma de estandarización de los datos, a fin de facilitar la presentación y la discusión. También es importante que cada país aclare su concepto de frontera. Se ha propuesto que la estructura de dicho documento se organice en tres bloques:

- fase actual (estructura, quejas e indicadores);
- avances; y
- desafíos.

Hubo polémica respecto a si el grado de detalle de las informaciones debería ser por municipios o por región/país, en razón de la dificultad de respuesta encontrada en otras encuestas ya realizadas. Por otro lado, se puso en relieve la importancia de retratar la situación individualizada por municipio/región, con miras a la formalización de pactos locales. Hay un trabajo de relevamiento realizado por Brasil (2002) que podrá servir de base para el análisis actual. Además, existen investigaciones sectoriales disponibles en los distintos órganos del gobierno federal.

3. Se destacó la propuesta de metodología para el análisis de redes, que no se inviabiliza con el estudio aquí propuesto.

Grupo 2 – Propuestas para la discusión de la atención a la salud en el Seminario en cuestión

1. VIGILANCIA EN SALUD

1.1 Vigilancia Epidemiológica

Respecto al documento análisis de la situación actual:

Según ya recomendado en el Estudio de la Triple Frontera, la calidad de la información y el examen del perfil epidemiológico para la definición de prioridades sanitarias son cuestiones fundamentales. De esa forma, en el documento ya acordado, a ser elaborado por los cuatro países, estos temas deberán constar en el análisis de la situación de salud de las fronteras, contemplando los siguientes puntos:

- Datos poblacionales agregados por municipios, departamentos y similares, como también los flujos migratorios entre las fronteras;
- Sistema de informaciones en salud: forma de colecta y procesamiento de datos, enfermedades y daños objeto de vigilancia; medidas de control (soporte de laboratorio, tratamiento medicamentoso, sistema de notificación, etc); existencia de subregistros;
- Equipo responsable: composición, habilitación de los profesionales, configuración del sistema operacional de los niveles de actuación;

- Cobertura y calendario de vacunas, con explicación de las estrategias de vacunación;

Propuestas de integración:

- Buscar la compatibilidad entre los sistemas de información preexistentes, como también la implantación donde aún no exista, con definición conjunta de los procesos de recolección y análisis de datos;
- Armonizar los calendarios de vacunación y establecer acciones conjuntas de vacunación;
- Elaborar propuesta conjunta de calificación de los equipos en la operacionalización de todo el sistema de VE (cadena de frío; aplicación de vacunas; investigación de casos; acciones de bloqueo, etc);
- Garantizar que los laboratorios de frontera sean la retaguardia de las acciones de Vigilancia en Salud (epidemiológica, sanitaria y ambiental).

1.2 Vigilancia Sanitaria

Respecto al documento análisis de la situación actual:

- Presentar los datos sobre monitoreo de riesgos en servicios de salud (control de infecciones y de residuos en servicios de salud); saneamiento ambiental (cobertura de los servicios colectivos) y evaluación de las condiciones higiénico-sanitarias de los locales públicos;
- Realizar examen de datos estadísticos sobre la circulación de viajeros y medios de transporte en la región, con ocurrencia de enfermedades de interés de la vigilancia sanitaria;
- Identificar y evaluar la infraestructura de los medios de transporte que puedan representar riesgos sanitarios a la población;
- Realizar el examen del perfil de salud de los viajeros y de los trabajadores de los medios de transporte, apuntando: Control Sanitario del Viajero (medidas de control del viajero frente a los alertas sanitarios);
- Presentar respuestas a las siguientes cuestiones: ¿Existe control sanitario en las actividades de comercio de alimentos ambulantes en el área de frontera? ¿Existe vigilancia sanitaria en las terminales de ómnibus y de trenes? ¿En que situación se encuentra la internalización de las Resoluciones GMC Nº 34/01 (desechos líquidos) y Nº 30/03 (residuos sólidos) en las áreas de frontera? ¿Cuáles son las acciones desarrolladas en términos de Vigilancia Sanitaria en los municipios fronterizos?

Propuestas de integración:

- Armonización de normas y procedimientos objetivando la adopción de política común de vigilancia sanitaria en región de fronteras;

- Elaboración de programa conjunto de capacitación profesional, objetivando no sólo la calificación del equipo, sino, principalmente, el intercambio de informaciones y la adopción de medidas concomitantes;
- Adopción de actividades conjuntas de educación para la participación en salud dirigidas a la población;
- Reglamentación Sanitaria del Comercio Transfronterizo de Subsistencia (Comercio Hormiga).

1.3 Vigilancia Ambiental (VA)

Respecto al documento análisis de la situación actual:

- Situación actual de la internalización de las Resoluciones que disponen sobre el tratamiento y control de aguas servidas y del manejo de residuos en puertos, aeropuertos, terminales y fronteras;
- Existencia y conformación del sistema de Vigilancia Sanitaria en cada país, con énfasis en el control de agroquímicos;
- Presentación de la forma de control de vectores biológicos y plagas;
- Presentación de las acciones desarrolladas en Vigilancia Sanitaria en los municipios fronterizos.

***Propuestas de integración*:**

- Adopción de política común para Vigilancia Sanitaria basada en los presupuestos ya presentados en el documento "Política Común de América Central";
- Promoción de estudios respecto a los proyectos de emergencia elaborados por Uruguay y Brasil, de forma a integrar sus propuestas y aplicarlas en las fronteras físicas del MERCOSUR;
- Armonización de la legislación y de las acciones de control de residuos y de la calidad del agua para el consumo humano.

2. ATENCIÓN Y TECNOLOGÍA EN SALUD

2.1 Prestación de Servicios

2.1.1 Públicos

Respecto al documento análisis de la situación actual:

- Organización de los servicios de salud, por nivel de atención (primaria, secundaria y terciaria) y formas de gestión, con relieve en la oferta y las condiciones de acceso a los servicios de urgencia y emergencia, atención hospitalaria y unidades de referencia (en especial hemodiálisis, terapia intensiva y transplantes)

Propuestas de integración:

- Promover la compatibilidad entre los sistemas de información referentes a la prestación de servicios de salud;
- Asegurar los mecanismos de compensación financiera, según propuestas elaboradas por el grupo 3;
- Adoptar política común de asistencia a la salud mediante articulación entre las redes de servicios con procesos acordados de referencia y contrarreferencia.

2.1.2 Privados

Respecto al documento análisis de la situación actual:

- Situación actual de las operadoras de planes de salud (organización de servicios en las áreas de fronteras e interrelaciones con el gestor público);
- Participación de los prestadores del sector privado en la red pública y ante las operadoras de planes de salud;
- Ambos documentos deberán dar énfasis a los servicios de urgencia/emergencia, terapia intensiva, atención hospitalaria y referencias (apoyo diagnóstico).

Propuestas de integración:

- Establecer mecanismos de resarcimiento entre operadoras y entre éstas y el servicio público;
- Promover el intercambio de informaciones entre los países hasta que sean implantados sistemas automatizados compatibles.

3. RECURSOS HUMANOS

- Formación y capacitación;
- Ejercicio Profesional.

OBS.: Faltan detalles debido a la ausencia de profesional del sector en el grupo 2.

Grupo 3 – Instrumentos de Gestión para Integración de las Acciones de Salud en Fronteras

Visión General:

Es consenso que los Estados Partes y Asociados del MERCOSUR necesitan perfeccionar los temas referentes a la atención a la salud.

Teniendo en cuenta que el MERCOSUR tiene como una de sus finalidades promover la

integración regional de los pueblos y que la actual realidad señala la necesidad de realización de un estudio con el objeto de estructurar un sistema viable de intercambio / prestación de servicios de salud en las regiones de frontera, recomendamos que se dispongan las siguientes medidas:

1. Aspectos Jurídico Institucionales

La cuestión jurídico-institucional es la sustentación formal y legal del ejercicio de integración de las acciones de salud en las fronteras físicas del MERCOSUR.

Algunas acciones deberán ser iniciadas a partir de esta organización legal. Otras serán legitimadas por ya formar parte de los procedimientos de relación entre los estados fronterizos.

Según la Constitución Federal de Brasil, en su artículo 20, párrafo 2º: "La franja de hasta ciento cincuenta kilómetros de ancho, a lo largo de las fronteras terrestres, designada como franja de frontera, es considerada fundamental para la defensa del territorio nacional, y su ocupación y utilización serán reguladas por ley."

Este artículo deberá ser reglamentado por medio de ley complementaria que actualmente se tramita, como proyecto de ley, en el Congreso Nacional y, necesariamente, considerar los antecedentes de la legislación brasileña sobre franja de frontera, como también las Resoluciones incorporadas al Ordenamiento Jurídico en los cuatro Estados Partes del MERCOSUR.

Hace falta armonización jurídica con los demás Estados Partes.

2. Situación de las Aduanas

Las cuestiones de las Aduanas del MERCOSUR han generado áreas de control integrado que vienen trabajando conjuntamente, incluso compartiendo espacios físicos y logísticos, lo que no significa la implantación completa y eficaz del modelo propuesto.

Además de otras medidas a ser definidas y propuestas por los sectores directamente vinculados a la actividad de fiscalización, se debe resaltar la necesidad de la realización de obras aduaneras en los demás Estados Partes.

Proponer la ampliación de las acciones de la red de laboratorios de frontera, buscando no sólo la Vigilancia Epidemiológica, sino también el control de calidad y la identificación de productos relacionados a la Vigilancia Sanitaria y al análisis de la Vigilancia Ambiental.

3. Fondo de Financiación de las Acciones del Sistema Integrado de Salud en las Fronteras Físicas del MERCOSUR

Además de un mecanismo importante de financiamiento de las acciones integradas de salud en las regiones de frontera del MERCOSUR, este fondo deberá ser fruto de un

compromiso entre los Estados Partes e, inicialmente, deberá originarse en un diagnóstico de las demandas existentes y de la capacidad instalada.

Las fuentes de recursos podrán ser públicas u oriundas de la contribución de empresas localizadas o con influencia en las regiones de frontera, como también originarias de financiamiento de otros organismos internacionales.

En el caso brasileño, las contribuciones del sector público serían originarias de las tres esferas de gobierno (Federal, Estadual y Municipal).

El fondo será administrado por un colegiado con representantes de cada Estado Parte, con sede fija en el Estado Parte que tenga mejor acceso.

Un abordaje complementario deberá ser presentado posteriormente por vía electrónica a los participantes del taller.

4. Mecanismos de Concertación que tornen viable la integración

Es relevante que los acuerdos realizados entre los Estados Partes se efectúen teniendo en cuenta las características de cada País, respetando las peculiaridades de sus entes federados.

El Fondo de Financiamiento permitirá, a través de una cámara de compensación, tornar efectivos procesos de concertación de acuerdo a la realidad de cada municipio o micro-región en lo que se refiere al resarcimiento o pago de servicios.

6. POSIBILIDADES Y LÍMITES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SIS-MERCOSUR BAJO TRES ENFOQUES – UNA INTRODUCCIÓN

Gilberto Antônio Reis

Médico de la Secretaría Municipal de Salud de Betim/MG y Profesor del Curso de Especialización en Salud Pública de la Universidad del Estado de Minas Gerais

La integración de los servicios de salud de los países del MERCOSUR impone la necesidad de crear herramientas de gestión eficaces que posibiliten la integración de la oferta de servicios prestados, racionalizando la organización y la utilización de los recursos referentes a la atención de la salud en la frontera. Frente al carácter pionero de esa propuesta, se buscó la experiencia de profesionales que han desarrollado reflexiones sobre las experiencias internacionales de organización de la atención a la salud en regiones fronterizas, sobre la situación actual de los sistemas de salud de los países que integran el MERCOSUR según la economía de la salud, y sobre las experiencias de alianzas entre municipios brasileños en la implementación del Sistema Único de Salud. Dichas reflexiones fueron sumadas a aquellas desarrolladas en el taller "Integración de las Acciones de Salud en las Fronteras Físicas del MERCOSUR", culminando en el seminario que reunió profesionales que desarrollaron tales actividades con gestores municipales y provinciales/departamentales de las regiones de frontera, además de representantes de experiencias en desarrollo en esas regiones.

En el primer texto presentado a continuación, desarrollado por la recopilación de informaciones sobre esas experiencias internacionales de políticas de salud en frontera, a través del análisis de documentos oficiales y textos académicos, que enfocaban las cuestiones político-institucionales relevantes en el ámbito del universo a ser cubierto por el Sistema Integrado de Salud – SIS-MERCOSUR, la profesora Sulamis Dain analiza las experiencias internacionales de redes de salud en regiones de frontera y de procesos de armonización de sistemas nacionales de salud para su integración, con énfasis en la prestación de servicios de salud entre países de la Unión Europea. Analiza además la situación actual de prestación de servicios de salud en las zonas de frontera entre Canadá y Estados Unidos, y entre Estados Unidos y México, y las cuestiones colocadas por el proceso de integración entre los países de la Unión Europea y el Este Europeo. Finalmente, expone los beneficios probables y las dificultades esperadas en la conformación del SIS-MERCOSUR a luz de la experiencia internacional analizada.

Frente a la realidad de los procesos de integración verificados en las regiones previamente elegidas, el trabajo se centró en la experiencia europea donde son mayores las condiciones de homogeneidad y las semejanzas entre los sistemas de salud previos a la integración, lo que permitió avanzar significativamente hacia la armonización, suministrando muchos ejemplos e iniciativas relevantes para la construcción de un modelo político institucional de integración de los sistemas de salud en el MERCOSUR. Como contrapartida, la desigualdad entre el sistema público de salud canadiense, la naturaleza residual asistencialista del sistema norteamericano y la fragmentación del sistema de salud mexicano, aún hoy dividido entre salud y previsión social, debilita los elementos de articulación necesarios para la integración de los sistemas de salud en el área del NAFTA, minimizando los ejemplos de efectiva integración. De otra parte, la experiencia de integración del Este Europeo, cuyos países exhiben enormes asimetrías con relación a los actuales miembros de la Comunidad Europea, ofrece ejemplos de retos semejantes a los que se enfrentarán en el MERCOSUR. Evidente que las barreras políticas son más relevantes que las asimetrías para un proceso de organización de la atención transfronteriza y para una integración entre sistemas nacionales de salud.

Los profesores Alcindo Ferla, Janice Dornelles y Maria Lectícia desarrollan en el texto siguiente reflexiones sobre contribuciones consideradas relevantes para una racionalización de recursos e integración/optimización de flujos entre municipios de frontera, en particular de aquellos en donde es sabido que hay mayor circulación de ciudadanos buscando atención transfronteriza, con el objeto de subsidiar la configuración de ese proceso de integración. Buscan explicitar aspectos que se deben considerar para la construcción de una estrategia de integración, a luz de las formulaciones y de los aspectos más relevantes apuntados por la economía de la salud. Dichas contribuciones se hacen desde un marco más general de integración sistémica entre los países, en un escenario en el cual se toma como estrategia de integración entre los sistemas de salud de los cuatro países la racionalización/optimización de los recursos existentes.

Con el objetivo de contribuir para la construcción del modelo de financiación del proceso más general de integración entre los sistemas de salud de los países del MERCOSUL, los autores optaron, en este trabajo, por caracterizar las cuestiones sobre la definición de criterios, la búsqueda de equidad, las variables sobre el comportamiento de la demanda y del consumidor, y del comportamiento de la oferta y del productor, los impactos de cada uno de los tipos de fuentes y de la estabilidad de las fuentes de financiación y los aspectos que vienen siendo utilizados para identificar las consecuencias del desarrollo del sector de salud para la economía, como forma de constituir, aunque sin un conjunto de definiciones previas, un marco de referencia en el área para subsidiar el proceso decisorio.

Para enriquecer todavía más el escenario de subsidios al proceso decisorio, también se han buscado algunos datos e informaciones sobre el contexto de la salud (de los siste-

mas de salud y de la situación de la salud) en los cuatro países. Dicha caracterización trató de identificar las diferencias que, para efectos del proceso de integración necesitan ser aproximadas, los problemas comunes, para los cuales los esfuerzos integrados pueden generar mejores resultados, y también las potencialidades que puedan ser estimuladas, en búsqueda del desarrollo de una red de acciones y servicios supranacionales capaz de generar un beneficio solidario para la población de la región.

Finalmente, el profesor Gilberto Reis presenta un texto que versa sobre las experiencias de unión de municipios para la ampliación y mejoría de la calidad de la prestación de los servicios en el proceso de implantación del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil. El trabajo se desarrolló a través de revisión bibliográfica sobre la experiencia brasileña de consorcios intermunicipales de salud en los aspectos organizacionales y operacionales, y de la revisión de la legislación brasileña aplicable a la constitución de consorcios intermunicipales, señalando las cuestiones jurídicas y administrativas de la esfera del derecho público involucradas. A partir de ese análisis, el autor señala posibilidades y límites de esa experiencia, evaluando su aplicabilidad al SIS-MERCOSUL en el sentido de la elaboración de instrumentos de gestión locales de sistemas de salud transfronteriza.

Tenemos aquí la articulación de tres enfoques distintos y complementarios que ayudan en el proceso de construcción del SIS-MERCOSUR, contemplando los distintos niveles de gestión y las experiencias concretas ya implementadas en situaciones similares.

7. SUBSIDIOS PARA LA FORMULACIÓN DE UN SISTEMA DE INTEGRACIÓN DE LOS MODELOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN EL MERCOSUR Y EN LAS REGIONES DE FRONTERA: ARMONIZACIÓN Y TRANSFRONTERIZACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Sulamis Dain
Profesora Titular del Instituto de Medicina Social de la UERJ

1. Introducción

El presente trabajo tiene el objetivo de brindar aportes a una propuesta de modelo político institucional para la constitución de un sistema de integración de los modelos de prestación de servicios de salud en regiones de frontera de los países del MERCOSUR. (M.S., 2003).

Por lo tanto, examina la experiencia de armonización de los sistemas de salud en la Unión Europea, así como los casos observados de integración en fronteras, además de estudiar, aunque con menor énfasis, las experiencias entre Canadá y Estados Unidos, y México y Estados Unidos. La mayor homogeneidad y semejanza entre los sistemas de salud europeos antes de la integración viene facilitando la armonización y suministrando más ejemplos e iniciativas relevantes para la construcción de un modelo político institucional de integración de los sistemas de salud en el MERCOSUR.

Con base en la exposición de los beneficios probables y de las dificultades esperadas en la conformación del Sistema de Integración de la Salud del MERCOSUR, SIS-MERCOSUR a luz de la experiencia internacional analizada, se llega a la elaboración de propuestas sobre el tema con el objeto de establecer e implementar la agenda de transformaciones en los servicios de salud para las regiones de frontera del MERCOSUR, a ser articuladas a través de este sistema.

Marco Conceptual

El trabajo destaca la diferencia conceptual entre la armonización de los sistemas de salud en países cuya integración está ya avanzada en términos de acuerdos comerciales y libre circulación de bienes y servicios, de ciudadanos, unificación de las políticas monetaria y financiera, y de los principios de la protección y la coordinación de las acciones de salud en la frontera, a través de la articulación de estrategias integradas de acciones de

salud para poblaciones fronterizas. Se trata en este caso de una acción entre dos o más países para resolver problemas más inmediatos y tópicos.

El éxito en el proceso de armonización no elimina la necesidad de organizar la Salud en las fronteras. Este es un tema que implica trabajar con dos niveles de cuestiones bastante distintos, no necesariamente convergentes: el de la armonización de los protocolos y de las acciones de vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambiental, y el de la organización de servicios, que imponen a los países la necesidad de soluciones pragmáticas, que preceden o sustituyen a corto plazo las directrices de la integración.

Elementos Básicos de la Armonización en Salud

Un proceso de armonización efectivo debe tomar como punto de partida el sistema de valores, o sea, una idea de solidaridad que tenga en cuenta las diferencias de capacidad contributiva y la corrección de las desigualdades de acceso; la existencia y la calidad de la información y del control social; las directrices éticas respecto a los cuidados de salud y la prestación de servicios, y, por fin, la armonización de la responsabilidad financiera de los diversos estados nacionales en su compromiso con la Salud.

Los acuerdos transfronterizos

La promoción del desarrollo económico de las regiones de frontera incluye, en el caso europeo, el apoyo financiero a iniciativas de cooperación en Salud en la división de recursos humanos, hospitales, servicios y equipamientos de salud transfronteriza. Muchos proyectos han sido implementados en las regiones de frontera en Europa, con el objetivo principal de compartir la capacidad disponible de servicios de Salud[1]. Fueron minimizados procedimientos burocráticos y trabas para la movilidad, y, en muchas regiones, todos pasaron a calificarse para la atención básica en el servicio de su elección.

Hasta el momento, el impacto económico de estos acuerdos ha sido pequeño, como el flujo de pacientes que demandan cuidados médicos transfronterizos, excepto cuando los servicios no existen o dependen de largas esperas. Los factores que incitan a los pacientes transfronterizos a pasar tales barreras involucran tecnologías avanzadas como cardiología, traumatología, emergencia, neonatología, diálisis y radioterapia. Los proyectos que requieren la implementación de acuerdos bilaterales llaman la atención sobre la importancia de organización de los proveedores y financiadores, crecientemente involucran ciudadanos a través de *foros* y observatorios de salud, del acceso a la información y de su divulgación, requiriendo también el entrenamiento de los proveedores y el desarrollo de sistemas *on line* entre países.

1 Por ejemplo, los pacientes de VIH belgas fueron tratados en una clínica francesa especializada, mientras que pacientes franceses recibían tratamiento de hemodiálisis en Bélgica. La etapa final de este proyecto fue la creación de un observatorio transfronterizo con el objetivo de reorganizar la atención a la salud en bases regionales, a partir de las necesidades de la población de la región.

Es necesario destacar que el éxito en el proceso de armonización no elimina la necesidad de organizar la Salud en las fronteras. Este es un tema propio, lo que implica en trabajar con dos niveles de problemas bastante diversos y no necesariamente convergentes: el de la armonización de los protocolos y de las acciones de vigilancia epidemiológica, sanitaria y ambienta,l y el de la organización de servicios. Idealmente, el libre movimiento de ciudadanos entre países y el acceso indiscriminado a servicios puede resultar de un proceso de armonización exitoso, tras un largo período de maduración político-institucional. Pero las cuestiones de organización de los servicios en las fronteras, usualmente imponen a los países la necesidad de soluciones pragmáticas, que preceden o substituyen a corto plazo las directrices de la integración.

2. La Experiencia de la Unión Europea: de la Armonización a la Transfronterización en Salud

La armonización de los sistemas de salud es un objetivo siempre en proceso de mejoramiento para los países de la UE (E.C, 2001). Los países miembros tradicionales tienen sistemas de salud relativamente parecidos, y presentan semejanzas en los niveles socioeconómicos, estándares tecnológicos, perfiles de morbilidad, estructura de edad, infraestructura hospitalaria y, por fin, en la calificación de la mano de obra. Sus proyectos conjuntos, en el campo de la Salud, como en varios otros, derivan de un largo proceso histórico de convergencia.

Aunque la experiencia concreta ofrezca innumerables ejemplos a ser reproducidos, se debe tener claro que el MERCOSUR difícilmente podrá reproducir, a corto plazo, las circunstancias de homogeneidad y madurez institucional alcanzadas en el espacio de la Unión Europea.

2.1 La Armonización de los Sistemas de Salud: de la Comunidad a la Unión Europea

El Reglamento (CEE) n.º 1408/71, referente a la aplicación de los regímenes de seguridad social, rige el acceso a los cuidados de salud de las personas que se desplazan en la Unión, habiendo sido actualizada de modo que acompañe la evolución de las circunstancias. El Comité de Protección Social, previsto en el artículo 144 del Tratado CE, promueve la cooperación en los dominios de las políticas de protección social, incluyendo los cuidados de la salud.

Los programas europeos de investigación y desarrollo tecnológico contribuyen para profundizar los conocimientos en materia de salud y de cuidados de la salud. De acuerdo al artículo 152 del Tratado CE, la definición y la ejecución de todas las políticas y acciones comunitarias asegurarán un elevado nivel de protección de la salud humana. La Constitución Europea incluye, entre los objetivos de la Unión, la promoción del bienestar de sus pueblos, así como de la justicia y protección sociales.

La mayor cooperación en el campo de la salud y de los cuidados médicos deberá proporcionar a los enfermos un mejor acceso a los cuidados y una elección ampliada en lo que se refiere a los prestadores de cuidados de salud, facilitando también la libre circulación de los ciudadanos (OBSERVATOIRE SOCIAL EUROPÉEN, 2001). Hace falta también que los avances respeten los principios fundamentales que caracterizan todos los sistemas de salud de los países de la UE: universalidad, equidad, solidariedad y sustentabilidad financiera. Para asegurar un nivel elevado de calidad de los cuidados y de la seguridad de los enfermos es igualmente necesario disponer de profesionales de la salud que posean formación y competencias adecuadas, repartidos por la Unión, y facilitar su movilidad.

La síntesis de estas transformaciones puede ser analizada a partir del proceso de reflexión de alto nivel (UNIVERSIDAD DE PATRAS Y COMISIÓN EUROPEA, 2003) sobre la movilidad de los enfermos y la evolución de los cuidados de la salud en la Unión Europea en la secuencia de las conclusiones del Consejo "Salud", de 26 de Junio de 2002. A medida que los sistemas y las políticas de salud de la UE creen lazos cada vez más estrechos entre ellos, se pretende establecer un Centro de Reflexión en el ámbito del cual sea posible desarrollar una visión europea compartida, que respete a la vez la responsabilidad nacional por los sistemas de salud.

La agenda de dicho Centro contempla cuestiones como la financiación del sistema de salud; la asignación interna de recursos, la definición de prioridades globales para los gastos de la salud, el derecho a la determinación del ámbito de los cuidados con financiación pública; la atribución de las prioridades del acceso de los individuos al sistema respecto a la necesidad clínica; cuestiones relativas a la calidad, eficacia y eficiencia de los cuidados de la salud y a las orientaciones clínicas.

Los servicios de la Comisión elaboraron un informe síntesis, en julio de 2003, sobre la aplicación, a nivel nacional, de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia respecto a la cuestión del reembolso de gastos relativos a servicios médicos prestados en otro Estado Miembro (leer la argumentación original en PALM, WILLY, et allii, 2000). Parece necesario reforzar la cooperación con miras a promover las mejores oportunidades posibles de acceso a cuidados a la salud de alta calidad, manteniendo a la vez la sustentabilidad financiera de los sistemas de cuidados de la salud en la Unión Europea.

La ampliación inminente de la Unión Europea pone todavía más importancia en este aspecto, vista la diversidad de los sistemas de cuidados de la salud en la Europa ampliada, pues propiciará una mayor movilidad tanto de los profesionales de salud como del enfermo. Tal evolución podría proponer nuevos desafíos a los países entrantes, para garantizar la accesibilidad, la calidad y la viabilidad de los respectivos sistemas de cuidados de la salud.

Con esta preocupación, los ministros de salud de los nuevos estados miembros participaron de un proceso conjunto de reflexión, estructurado en torno de cinco temas:

- Cooperación europea con vistas a una mejor utilización de los recursos;
- Requisitos en materia de información para enfermos, profesionales y responsables por la elaboración de las políticas;
- Acceso y calidad de los cuidados;
- Conciliación de la política de salud nacional con las obligaciones europeas; y
- Cuestiones que relacionan la Salud con el Fondo de Cohesión Social y con los fondos estructurales de la Unión Europea.

De dicho análisis surgió la decisión de alcanzar metas de entendimiento común, a nivel europeo, acerca de los derechos y deberes de los enfermos, tanto en el plano personal como social, a partir de la investigación y armonización de la información existente sobre estas cuestiones y sobre el modo como se abordan en los Estados Miembros y en los países adherentes. Se dio énfasis a la posibilidad de cooperación entre sistemas de salud, con claras ventajas en regiones fronterizas o en los casos en que hubiera limitaciones debido a restricciones de capacidad en algunos países.

En la Unión Europea, la expresión "cuidados transfronterizos" (E.U. 2003) corresponde a un término genérico que abarca tanto la cooperación en regiones fronterizas, como, de modo más general, los cuidados de salud recibidos en otro Estado Miembros, sin ninguna implicación de proximidad.

A ese respecto, la cooperación entre los sistemas de salud enfrenta dificultades asociadas a diferentes encuadramientos jurídicos, cuestiones de responsabilidad civil, restricciones en materia de planificación de sistemas diferentes y mecanismos de reembolso, dado que la adquisición de cuidados de salud en los otros Estados Miembros puede tener efectos en el país prestador y en el país del beneficiario.

Teniendo en vista tales dificultades, la Comisión decidió facilitar la socialización de informaciones, a nivel europeo, sobre las oportunidades de cuidados disponibles, la oferta existente en materia de cuidados, el derecho a prestaciones y procedimientos, los costos y precios, los incidentes adversos, los registros de enfermos, la nomenclatura de las condiciones, tratamiento y medicamentos, así como indicar las condiciones para la continuidad y la calidad de los cuidados en toda la Unión, en el contexto del encuadramiento de las informaciones que deberán incluir el apoyo a la conexión en red y al desarrollo de bases de datos.

La Comisión también fue invitada a evaluar los proyectos transfronterizos en el dominio de la salud y a desarrollar la creación de redes entre esos proyectos, para compartir sus mejores prácticas. Forma parte de este esfuerzo, el estudio de la posibilidad de definir un cuadro regulatorio claro y transparente en lo que se refiere a la adquisición de cuidados de salud, que las instancias competentes de los Estados Miembros podrían utilizar para celebrar acuerdos mutuos y presentar las propuestas que fueran adecuadas. Se dio prioridad al trabajo realizado actualmente por la Comisión, el Consejo y el Parlamento para garantizar

procedimientos claros, simples y transparentes de habilitación profesional, para facilitar y desarrollar la movilidad de los profesionales de la salud. De ese proceso forman parte la mayor utilización de los centros europeos de referencia, como también la evaluación tecnológica en Salud.

2.1.1 Centros europeos de referencia

Para problemas de salud que exijan gran concentración de recursos o combinen alta especialización, calidad y rentabilidad, sobre todo en el caso de enfermedades raras, los centros de referencia se presentan cada vez más como una solución a nivel europeo, sobre todo si fueran movilizados para la formación médica, la investigación, así como para la divulgación de informaciones y para la evaluación.

Los centros de referencia europeos deberán expandirse hacia las nuevas fronteras de Europa, permitiendo, a las autoridades responsables por los cuidados en cuestión, libertad de elección en lo que se refiere a la utilización de cualquier centro de referencia.

2.1.2 Evaluación tecnológica de la salud

De la misma forma, avances en la evaluación tecnológica de la salud (HTA) pueden auxiliar a los responsables por la elaboración de las políticas en la toma de decisiones, a través de la disponibilización, en el ámbito comunitario, de evidencias sobre aspectos médicos, sociales, económicos y éticos respecto a las políticas y a las prácticas en el dominio de los cuidados de la salud. Es posible y deseable mejorar el intercambio de informaciones a través de una colaboración europea más sistemática, dado que la actual fragmentación en términos de evaluación tecnológica de la salud en toda la Unión resulta en una duplicación de esfuerzos, con coexistencia de innumerables tecnologías de alta prioridad que no llegan siquiera a ser evaluadas.

Por este conjunto de razones, la Comisión fue convocada para considerar la forma de organizar y financiar una red sustentable, así como una coordinación para la evaluación tecnológica de la salud.

2.1.3 Encuadramiento comunitario en materia de información

El aumento de la movilidad de las personas, previsto en la Unión, implica en necesidad, por parte de los profesionales y de los ciudadanos, de informaciones sobre servicios de salud, tanto de sus propios sistemas como de otros. De la misma manera, los responsables por la elaboración de las políticas y los prestadores de servicios necesitan informaciones amplias para garantizar un desarrollo sustentable de los servicios de salud. Así, se hace necesario un encuadramiento estratégico que confiera coherencia, complementariedad y transparencia a las iniciativas en el dominio de la información a nivel de la UE y que esté apto para dar respuesta al espectro de cuestiones y preocupaciones de todas las partes interesadas.

Tal encuadramiento deberá abordar cuestiones generales como políticas y sistemas de

salud, vigilancia de la salud, garantía de la calidad, acceso a la información y protección de datos, así como puntos específicos como soluciones y normas tecnológicas adecuadas, gestión de registros, reglas en materia de responsabilidad, orientaciones para la concesión de licencias referentes a las mejores prácticas y reclutamiento de profesionales de la salud (incluyendo cuestiones éticas), así como notificación de los procedimientos instaurados por error profesional.

Muchos aspectos relacionados a la información también han sido objeto de discusión y de recomendaciones específicas en los otros tres temas (cooperación europea, acceso y calidad, y conciliación de las políticas nacionales con las obligaciones europeas), debiendo los aspectos de los mismos que estuvieran relacionados con la información ser tomados en cuenta en el abordaje global que se describe resumidamente a continuación (PATRAS, 2003).

El encuadramiento para la información sobre salud al nivel de la Unión deberá incluir la identificación de las diferentes necesidades de información del punto de vista de los responsables por la elaboración de las políticas, enfermos y profesionales, el modo como esa información podrá ser disponibilizada y las responsabilidades de los diferentes intervinientes, tomando en consideración los trabajos sobre el tema, realizados por la OMS (OMS, 2002) y por la OCDE.

Deberán también ser tratadas las cuestiones relativas a la protección de los datos y a la disponibilidad de datos confidenciales entre Estados Miembro y en el nivel de la UE.

A pesar de la mayor homogeneidad básica en el nivel socioeconómico y en el cumplimiento de los principios de la protección social, si comparado al MERCOSUR, existe todavía una gran diversidad de sistemas de salud en toda Europa. También se registran diferencias en el nivel del acceso y de la calidad. El acceso incluye la accesibilidad física, la accesibilidad financiera y el acceso a la información, comprendiendo los siguientes aspectos:

- porcentaje de la población abarcada por el régimen con financiación pública;
- gama de servicios disponibles en el régimen con financiación pública;
- acceso al seguro de salud privado, de carácter voluntario;
- tiempo de espera para obtención de un servicio;
- disponibilidad de servicios de buena calidad;
- disponibilidad de tratamientos innovadores;
- precio de los servicios de cuidados de salud y nivel de coparticipación de costos;
- elecciones a disposición de las personas (como acuerdos en materia de derivación o prestadores contratados);
- variaciones de carácter socioeconómico; e,
- información sobre servicios/ profesionales, incluyendo su movilidad.

En las cuestiones relativas a la calidad, se incluyen las condiciones de entrada en el mercado, las condiciones procesales y la evaluación del ejercicio de la actividad médica

individual, abarcando los siguientes dominios en especial:

- estándares nacionales con base en pruebas de eficacia;
- mecanismos organizativos destinados a garantizar cuidados seguros y de alta calidad;
- metodologías de seguimiento y evaluación;
- seguridad del enfermo;
- y experiencia del enfermo.

Hay una vasta gama de actividades europeas e internacionales que afectan el acceso y la calidad. Por ejemplo, en los dominios relacionados con las políticas de protección social, incluyendo los cuidados de salud, el Comité de Protección Social, que desempeña un papel consultivo, promueve la cooperación entre Estados Miembros y con la Comisión. No obstante, subsiste la necesidad de mejorar mecanismos que permitan una observación coherente, del punto de vista de la salud, da la forma como todas estas actividades ayudan a mejorar el acceso y la calidad en los cuidados de salud.

Se considera necesaria, además, la obtención de más información sobre el volumen, la naturaleza, los mecanismos, las motivaciones y los resultados de los cuidados de salud transfronterizos. En la ampliación de las fronteras que está por llegar, será necesario abordar cuestiones específicas, incluyendo números de personas, dificultades constatadas en los cuidados de salud transfronterizos, resultados y satisfacción de los usuarios, mecanismos existentes (en nivel nacional, acuerdos directos entre Estados Miembros o mecanismos al nivel comunitario), así como el impacto en la prestación de cuidados a ciudadanos que continúan utilizando el sistema de su propio Estado Miembro. Todo esto deberá apoyarse en los datos existentes, para avanzar lo más rápidamente posible.

Es igualmente importante que se colecten informaciones sobre los retos específicos con que se deparan los países que están por ingresar en la Unión. Con esta perspectiva, se solicitó a la Comisión un estudio sobre la creación de un sistema para la colecta sistemática de datos de la Unión en su configuración actual, así como de su próxima ampliación, sobre el volumen y la naturaleza de la circulación de enfermos dentro y fuera de los sistemas establecidos por los Reglamentos comunitarios, que incluya datos sobre flujos relacionados con el turismo y estadías de larga duración.

La Comisión fue también inducida a realizar un estudio con el objeto de determinar cuál es el motivo que lleva a los enfermos a desplazarse más allá de las fronteras, cuáles son las especialidades en cuestión en estos desplazamientos, la naturaleza de los acuerdos bilaterales, los requisitos en materia de información de los enfermos y de los clínicos, y la experiencia vivida por los enfermos, teniendo particularmente en cuenta la ampliación de las fronteras.

Los Estados Miembros y los países adherentes deberán manifestar sus opiniones sobre el modo de funcionamiento del sistema de salud y de acceso a servicios en sus respecti-

vos países, para seleccionar las opciones consideradas más adecuadas para dar respuesta a estas cuestiones; también deberán, así como la Comisión, desarrollar y reforzar el sistema de recolección de datos en materia de movilidad de los profesionales de la salud; incentivar los Estados Miembros y los países adherentes a recolectar y compartir, en colaboración con la Comisión y las organizaciones internacionales pertinentes, datos comparables sobre los profesionales de la salud.

3. La Conciliación de los Objetivos Nacionales con las Obligaciones Europeas

Para propiciar una reflexión sobre el tema de la conciliación de los objetivos nacionales con las obligaciones europeas, Bélgica, los Países Bajos, Finlandia, el Reino Unido, Francia, el EPF, el HOPE, la EHMA y los ESIPOs constituyeron un grupo de trabajo, responsable por la elaboración de una encuesta sobre los "Sistemas nacionales de salud en una Europa integrada". Tal encuesta contiene preguntas relacionadas a los objetivos básicos de los sistemas nacionales de salud; el impacto específico de las reglas del mercado interno en la gestión y en la capacidad de dirección de los sistemas de cuidados de salud; cuestiones relacionadas a los cuidados transfronterizos; y mecanismos para mejorar la seguridad jurídica. Con base en el trabajo de este grupo, el proceso de reflexión identificó las cuestiones y recomendaciones que se presentan a continuación.

La organización y la financiación de los sistemas de salud y de protección social son de responsabilidad de los Estados Miembros. Sin embargo, los Estados Miembros deberán ejercer sus responsabilidades en este dominio de acuerdo con el Derecho comunitario.

Desde un punto de vista económico, existen diferencias sustanciales entre los servicios en el sector de cuidados de salud y los servicios en el contexto de un mercado comercial, por ejemplo, debido al papel clave desempeñado por los profesionales de la salud en la determinación de los servicios que son necesarios al enfermo.

Además, en la mayoría de los casos, los enfermos no pagan directamente servicios médicos que son financiados por los sistemas de seguridad social o de seguro de salud. Un mercado para la prestación de cuidados de salud es inevitablemente imperfecto y cada vez más complejo, con profundas asimetrías al nivel de la información.

Los gobiernos de toda la Unión han desempeñado un papel activo en la organización de los cuidados de salud con vistas al establecimiento de sistemas fundamentados en los principios de universalidad, solidaridad y equidad.

A través de una serie de acuerdos sobre la eventual obligación de los sistemas de salud de pagar los costos de tratamientos prestados en otro Estado Miembro, el Tribunal de Justicia reconoció el derecho de los enfermos a ser reembolsados, bajo determinadas

circunstancias, respecto a los cuidados de salud de que se beneficiaron en los otros Estados Miembros.

Simultáneamente, el Tribunal de Justicia reconoció que es necesario que los Estados Miembros sean aptos para planificar sus servicios de salud, para asegurar el acceso a una gama equilibrada de tratamientos hospitalarios de alta calidad; evitar el riesgo de perjudicar gravemente el equilibrio financiero del sistema de seguridad social, y para controlar los costos para impedir, en la medida de lo posible, cualquier desperdicio de recursos financieros, técnicos y humanos.

Los Estados Miembros deberán continuar ejerciendo su responsabilidad en materia de definición de políticas en una serie de aspectos con miras a la organización y financiación de sus sistemas de salud, respetando el Derecho comunitario. Tales responsabilidades incluyen:

- modo de financiación del sistema de salud y de protección social (por ejemplo, por medio de impuestos, seguro social, etc.) y organización global del sistema, incluyendo el modo como los precios son fijados;
- asignación interna de recursos (incluyendo recursos humanos), a través de mecanismos centrales o descentralizados;
- definición de prioridades globales para los gastos de la salud, y derecho a la determinación del ámbito de los cuidados con financiación pública;
- atribución de las prioridades de acceso de los individuos al sistema (si fuera pago por el régimen nacional) con relación a la necesidad clínica;
- estrategias de gestión sujetas a presupuestos definidos, por ejemplo, utilización de medicina basada en evidencia, previendo un margen para la diversidad nacional al nivel de las políticas de salud y de los estándares de tratamiento;
- y cuestiones de calidad, eficacia y eficiencia de los cuidados de salud y de las orientaciones clínicas.

En todos estos aspectos, el intercambio de mejores prácticas sería importante para todos los Estados Miembros. Sería igualmente oportuno asignar un lugar adecuado a las organizaciones sin fines lucrativos privadas que prestan servicios y que establecen un equilibrio entre las organizaciones públicas y las organizaciones privadas que tienen un carácter comercial.

Hay formas de protección adicional de la salud que desempeñan un rol importante en varios Estados Miembros en la garantía del acceso a los cuidados de la salud. El cuadro jurídico europeo se fundamenta en un abordaje de competencia en nivel comunitario entre entidades de seguros cuya solvencia está garantizada por las autoridades competentes del Estado Miembro de residencia. Sin embargo, hay incertidumbre en lo que se refiere a la posibilidad de que los Estados Miembros promuevan el seguro no-vida (salud) con fundamento en el principio de la solidaridad.

El Tratado no define claramente de qué modo la competencia nacional en materia de reglamentación de los servicios de cuidados de salud interactúa con las reglas del mercado interno. Sin embargo, el Tribunal de Justicia profirió varias decisiones referentes a la aplicación de las reglas del mercado interno a la cuestión del reembolso de los servicios de salud prestados en el otro Estado Miembro, teniendo en cuenta las características del sector de salud. Podrán ser igualmente necesarias otras acciones teniendo en vista otros aspectos en materia de salud pública y social.

Fueron diseñadas diferentes opciones para mejorar la seguridad jurídica en lo que respecta a la aplicación de las reglas europeas a los sistemas de cuidados de la salud, tales como:

- alteración del Tratado;
- desarrollo de soluciones en el ámbito del derecho derivado;
- cooperación europea, incluyendo comunicaciones de la Comisión;
- mejoramiento del proceso de toma de decisión, incluyendo la evaluación del impacto de las propuestas en materia de salud; y
- apoyo a iniciativas por parte de los Estados Miembros y de cooperación bilateral.

Las posibilidades que el derecho derivado ofrece podrían incluir una nueva actualización de las disposiciones en materia de coordinación de los sistemas de seguridad social, disposiciones generales relativas a la libre circulación de los servicios o aclaraciones específicas referentes a la aplicación del derecho comunitario a los servicios de salud.

Un mecanismo permanente, al nivel de la Unión, permitiría apoyar la cooperación europea en el dominio de los cuidados de la salud y acompañar el impacto de la acción de la Comunidad sobre los sistemas de cuidados de la salud.

Dicho mecanismo, que podría reunir responsables de alto nivel en el área de la salud representando los Estados Miembros y la Comisión, e involucrar las partes interesadas pertinentes, tendría por objeto establecer un panorama de los problemas de acceso y de calidad que afectan la movilidad de los enfermos y de los profesionales, propiciar el diálogo político y la cooperación reforzada en el campo de los cuidados de salud, constituyendo un medio de colaborar en cuestiones como las mejores prácticas, sin dejar de tomar en cuenta las estructuras existentes y los trabajos desarrollados por otras organizaciones activas en este campo (incluyendo la OMS y la OCDE).

Para estos fines, la Comisión sería convocada para realizar un análisis de las evidencias referentes a las cuestiones suscitadas por la interacción de las reglas comunitarias con los objetivos de la política nacional de salud, así como para analizar la forma de mejorar la seguridad jurídica en la secuencia de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia en lo que atañe a los derechos de los enfermos de beneficiarse de tratamiento médico en otro Estado Miembro, y presentar las propuestas que fueran adecuadas.

Finalmente, hace falta que la Comisión considere la necesidad de desarrollo de un mecanismo permanente, al nivel de la Unión, para apoyar la cooperación europea en el campo de los cuidados de salud, acompañando el impacto de la acción de la UE sobre los sistemas de cuidados de la salud; y para presentar las propuestas adecuadas.

Una mayor movilidad de los enfermos crea, en los Estados adherentes, varias cuestiones y preocupaciones referentes al desarrollo de infraestructuras sanitarias y a la mejoría de la situación en el campo de la salud, así como, en ciertos casos, el desarrollo de competencias.

3.1 Sobre Salud y Ampliación de las Fronteras

No obstante las mejorías recientemente introducidas, el estado de la salud en la mayoría de los Países Candidatos es inferior al de la UE, aumentando algunas amenazas para la salud.

En lo que respecta a los indicadores de salud estadísticamente más confiables (expectativa de vida y mortalidad infantil), los Países Candidatos están, en su mayoría, atrasados con relación a la UE. La mortalidad infantil es superior a la de la UE, aunque las diferencias estén disminuyendo. La mayor incidencia de algunas enfermedades crónicas parece estar relacionada con la mayor prevalencia de factores de riesgo, como el tabaquismo, los regímenes alimenticios desequilibrados, los estilos de vida y la contaminación ambiental. Además, el abuso de drogas lícitas e ilícitas es un fenómeno cada vez más significativo.

Son escasos los recursos destinados a la salud y a los cuidados de salud, siendo el porcentaje del PIB consagrado al sector salud en los Países Candidatos del 4,5%, mientras que en la UE ese porcentaje es del 8,5%. Además, la disminución del PIB y la tónica colocada en otras prioridades durante la fase de transición es pasible de provocar una contención de los gastos con salud y con los cuidados de salud.

Para garantizar la existencia de condiciones adecuadas y una transición suave a una Comunidad ampliada, podrían ser consideradas las siguientes opciones:

- incentivar a todos los Países Candidatos a participar en los programa de salud pública de la Comunidad;
- evaluar y fomentar la mejoría del *know-how* y de las estructuras relacionadas con la vigilancia de las enfermedades transmisibles e incentivar una participación rápida en la red comunitaria de vigilancia de la salud y de control de las enfermedades;
- organizar reuniones periódicas entre los Estados Miembros y los diferentes Países Candidatos sobre tópicos específicos de la adhesión relacionados con la salud, para identificar prioridades de cooperación e intercambio de informaciones sobre el establecimiento de prioridades relacionadas con la asignación de recursos y dotaciones para inversión;
- siempre que sea posible, promover la participación de expertos de los Países Candi-

datos en los grupos de expertos de la Comisión;
- facilitar la cooperación transfronteriza;
- desarrollar la investigación en el campo de la salud, incluyendo cuestiones de salud relacionadas con la adhesión e intercambio de experiencias sobre el uso de sistemas y tecnologías de la información relacionados con los cuidados de la salud;
- continuar promoviendo la participación de expertos de los Países Candidatos en las actividades de investigación de la Comunidad relacionadas con la salud y los cuidados de salud, en los programas "Calidad de vida y gestión de los recursos vivos" y "Creación de una sociedad de la información de convivencia";
- fomentar los intercambios y los lazos entre las ONG de los Estados Miembros y de los Países Candidatos que desarrollan actividades en el dominio de la salud.

El sector salud representa una parte significativa del PIB de los países, dedicándose cada vez mayor atención a los gastos de salud en todos los Estados Miembros de la actual Unión Europea. No obstante, en los países candidatos de Europa Central y Oriental, disminuyó la importancia atribuida a los problemas de salud pública, no fueron desarrolladas estrategias de salud pública modernas, ni existen conceptos y estructuras adecuados para responder mejor a los importantes desafíos y amenazas a la salud.

Así, la necesidad de una concienciación mutua es evidente. De un lado, la Comunidad necesita conocer los problemas de salud asociados a la ampliación de fronteras, por ejemplo, el eventual aumento de problemas de salud, el impacto sobre los sistemas de salud y de seguridad social de los Estados Miembros, el aumento de la libre circulación de personas, tanto de ciudadanos como de profesionales, y el posible aumento de los gastos que tendrá la UE por la falta de salud en los Países Candidatos. Por otro lado, es obvio el interés de los Países Candidatos en compartir con la Comunidad sus conocimientos y experiencia sobre las formas y los medios en ella utilizados para resolver los problemas de la salud.

3.1.1 El estado de la salud en los Países Candidatos

Desde antes del final de los años ochenta, los sistemas integrados de salud de los Países Candidatos comenzaron a sufrir la falta de inversiones y la insuficiencia de financiación para el funcionamiento normal; los recursos afectados al sector de la salud disminuyeron en términos de porcentaje del presupuesto nacional. En la actualidad, con la transición global a la democracia y una economía de mercado en curso, los Países Candidatos se ven enfrentados a importantes desafíos. Algunas de las dificultades surgieron de la rápida privatización, que alteró drásticamente los sistemas anteriores.

Los Países Candidatos, en su mayoría, se recuperaron de la importante crisis fiscal inicial, pero, a pesar de que su PIB esté de nuevo en expansión, la salud todavía no es una prioridad en la asignación de recursos.

Aunque estén siendo realizados esfuerzos importantes en la reforma de los cuidados

de la salud, los progresos son frustrados por problemas relacionados con infraestructuras obsoletas y de manutención deficiente, por sistemas de gestión desactualizados y por la escasez de recursos. Existen también diferencias significativas entre los Países Candidatos, agravadas por el aumento de las desigualdades sociales, el reaparecimiento de enfermedades transmisibles, el aumento del tabaquismo y del alcoholismo, la contaminación ambiental y la disminución drástica del crecimiento demográfico natural, que van dando origen a graves problemas y a nuevas necesidades en el sector de la salud.

La evaluación hecha en el contexto de la Agenda 2000, respecto al estado de la salud en los Países Candidatos, menciona que estos países -con excepción de Eslovenia y de Chipre- están muy abajo de las normas de la UE en casi todas las áreas de la salud. Sus sistemas de salud necesitan tornarse económicamente viables y socialmente aceptables, garantizando que el diálogo y la participación social se extiendan a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades.

Los Estados Miembros deciden sobre los principios y la organización de sus sistemas de salud, que son todos distintos (reflejando la diversidad de las necesidades y de las culturas). Sin embargo, los Estados Miembros acordaron algunos principios orientadores en la Recomendación del Consejo, del 27 de Julio de 1992, relativa a la convergencia de objetivos y políticas de protección social. En lo que se refiere a la salud, están de manera general cubiertos, proporcionando a todos los residentes el acceso a los cuidados de salud necesarios y a las estructuras de prevención de enfermedades, desarrollan un sistema de cuidados de salud de elevada calidad, orientado a las necesidades evolutivas de la población; proporcionan en especial la rehabilitación de convalecientes y servicios de maternidad, y aseguran las prestaciones adecuadas de protección social para los trabajadores que interrumpen el trabajo por motivos de enfermedad o maternidad.

Algunas características positivas de los sistemas de salud comunes a todos los Estados Miembro de la UE, como la solidaridad, la cobertura universal y el acceso a cuidados de salud eficaces y accesibles del punto de vista económico (un "sistema de valores europeos comunes"), no son todavía aspectos dominantes en los sistemas de salud en la mayoría de los Países Candidatos.

En la transición, independientemente del sistema adoptado, basado en tributación general o en sistemas de seguros nacionales y obligatorios y/o privados, deberán ser salvaguardados los siguientes elementos básicos: (i) sistema de valores: solidaridad basada en los rendimientos y ante los riesgos/mercado correctamente reglamentado; (ii) calidad (formación, homologación, directrices éticas, protección del consumidor); (iii) rentabilidad (restricciones de la oferta, control, contratación); (iv) igualdad (acceso, financiación, distribución); (v) responsabilidad financiera y (vi) autorregulación, participación.

Los reglamentos destinados a asegurar la existencia de las garantías pertinentes y de

su correcto funcionamiento son más importantes cuando los sistemas sufren transformaciones fundamentales y se orientan hacia una lógica de mercado. Los sistemas de cuidados de salud integrados verticalmente, como los que existían antiguamente en todos los Países Candidatos, exigían una menor reglamentación, una vez que disponían de una estructura de gestión jerarquizada y los flujos financieros no dependían de los resultados.

En su mayoría, los Países Candidatos adoptaron ahora los sistemas de los Estados Miembros como modelo y se aproximan, en su reforma, a sistemas menos integrados verticalmente, en sintonía con los elementos básicos de los sistemas de salud de la UE. Esto implica la creación de sistemas de reglamentación y de una fuerte capacidad institucional, todavía no adecuadamente desarrollada en la mayoría de los Países Candidatos.

Las reformas de los cuidados de la salud también tienen el objetivo de aumentar la eficacia de los sistemas, lo que no es fácil en un ambiente económico difícil. La introducción indiscriminada de nuevas tecnologías puede traer dificultades adicionales y puede sustituir, de forma incorrecta, los actuales tratamientos, más baratos y eficaces. Los Países Candidatos, tal como los Estados Miembros de la UE, deben enfrentar el desafío de la introducción de tratamientos y procedimientos innovadores y eficaces, y controlar y limitar la prestación y la aplicación de tratamientos y procedimientos ineficaces, o menos eficaces, especialmente si consumen recursos que podrían ser consagrados a la financiación de tratamientos eficaces.

Habitualmente, los Países Candidatos conciben la descentralización como un aumento de la eficacia y de la capacidad de respuesta, pero no necesariamente de la eficiencia, mediante una mejor adaptación de los servicios a las necesidades locales. Sin embargo, los gobiernos y/o las instituciones locales todavía no tienen la experiencia ni las aptitudes suficientes para tratar de la creciente complejidad del sector de los cuidados de la salud.

A pesar de haber disminuido en muchos Países Candidatos el número de camas en los hospitales, así como la duración promedio de las hospitalizaciones, siendo en algunos inferiores al promedio de la UE, la capacidad en exceso del sistema de salud todavía no fue adecuadamente abordada en todos los Países Candidatos.

El número de médicos empleados en el sector de la salud es superior al de la UE en casi todos los Países Candidatos. Habitualmente, los médicos no tienen la motivación adecuada, una vez que generalmente son mal pagos y víctimas de subempleo[2]. La práctica de la salud pública se restringía, en el pasado, a los profesionales de la medicina. Los conceptos modernos de salud pública, incluyendo el trabajo multidisciplinar, todavía no fueron plenamente

2 Tienen frecuentemente especialización excesiva, poseen formación estrictamente clínica, faltándoles conocimientos más vastos en el dominio de la gestión de la salud, incluyendo la contención de gastos en los sistemas de salud modernos. Aunque las organizaciones de médicos (Colegios de Médicos, Secciones de Médicos) hayan desempeñado un papel fundamental en la evolución del sector de los cuidados de la salud en los Estados Miembro de la Unión Europea, sus homólogos en los Países Candidatos todavía no concretaron todas sus potencialidades.

integrados en la elaboración de políticas de la salud en los Países Candidatos.

La mayoría de los Países Candidatos conserva, con recursos cada vez más escasos, redes de vigilancia epidemiológica establecidas en el pasado, que tenían personal en exceso, mal pago e insuficientemente equipado. Una vez que la mayoría de los Países Candidatos se orienta hacia sistemas de salud basados en seguros, existe el riesgo que la función de vigilancia epidemiológica sea abandonada o, de ser conservada, funcione con menos recursos y sea administrada por instituciones sin relación directa con el restante sector de la salud.

Aunque, antiguamente, todos los Países Candidatos tenían sistemas de notificación obligatoria para varias enfermedades transmisibles, en muchos de los sistemas, algunas prácticas pueden no ser compatibles con garantías de confidencialidad cada vez más rigurosas. Además, las actuales transformaciones organizacionales de los servicios de cuidados de la salud probablemente afectarán la comparabilidad interna de los datos. Los datos epidemiológicos disponibles son frecuentemente obsoletos y poco confiables. Los Países Candidatos están, en su mayoría, realizando esfuerzos para mejorar los respectivos sistemas de información, aunque todavía carezcan de un sistema sólido de vigilancia de la salud.

El proceso de la reforma de los cuidados de salud en los Países Candidatos es apoyado por un importante número de programas de cooperación de la Comisión Europea, de organizaciones internacionales, de Estados Miembros y de otros países[3].

Estas actividades abarcan las reformas del sector de la salud, formulación de las políticas de salud, financiación de la salud, prestación de cuidados de salud, desarrollo de recursos humanos, el sector farmacéutico, la salud pública, etc. La cooperación bilateral de los Estados Miembros tuvo un ámbito y una duración limitados, aunque incidiendo sobre problemas concretos[4].

– El estatuto social y financiero de los profesionales de la salud y el nivel de incentivos son todavía bajos si los comparamos con los de la UE, lo que trae consecuencias negativas para su motivación. La situación puede llevar a que los profesionales que conozcan lenguas de los Estados Miembros de la UE sean fuertemente incentivados a migrar. Esta situación podrá conducir a una oferta excesiva en los Estados Miembros y a la escasez de profesionales, probablemente los más calificados, en los Países Candidatos.

3 Fue recientemente creada una base de datos limitada y provisoria sobre cooperación (y asistencia) técnica con los Países Candidatos, a partir de una investigación de la Comisión dirigida a los Estados Miembros, a las agencias internacionales, a ciertos países terceros, a las ONGs y a partir de los propios programas de la Comisión.

4 Por ejemplo, Alemania se centró en la financiación de la salud; los Países Bajos en la salud mental y Finlandia preparó algunos países para la participación en los programas de salud pública de la UE. Algunos Estados Miembros desarrollaron actividades en casi todos los Países Candidatos, otros se dedicaron a ciertos países, por ejemplo, Hungría, Polonia y la República Checa, y otros a regiones específicas.

4. Cooperación Regional

La Unión Europea ha valorado el apoyo a la cooperación regional gracias a su experiencia previa en la integración regional. (STEIMAN, R, MACHADO, L. EL., 1996) En la Salud, es importante señalar que los desafíos en materia de salud son frecuentemente desafíos transfronterizos, enfatizando la necesidad del refuerzo al proceso de integración o de cooperación regional. El apoyo de la Unión debería centrarse en la reforma del sector de la salud, en las investigaciones demográficas, en el control epidemiológico, en las cuestiones ligadas a la producción, en las adquisiciones y en la reglamentación de los medicamentos, así como en el apoyo a la investigación y al desarrollo, en la educación, etc., aunque sin descuidar los aspectos más generales de las reformas.

Las acciones previstas en este campo prioritario son: el desarrollo de diversas alianzas, el apoyo a la adquisición de conocimientos y la difusión de las mejores prácticas, un apoyo para analizar la capacidad de las instituciones regionales, así como tomar en consideración, en los acuerdos de alianzas económicas regionales, la necesidad de mejorar la salud.

Es esencial mejorar la coordinación, la complementariedad y la sinergia en todos los niveles entre las políticas y las actividades de la Unión Europea y las de los Estados Miembros. Es importante identificar medidas concretas para mejorar la coherencia y reforzar la coordinación operacional entre sistemas de salud. Para este efecto, la Comisión considera que su papel en la coordinación de las políticas de la Unión Europea en ese campo debe ser reforzada.

4.1 Experiencias Europeas de Acceso a Servicios de Salud Transfronteriza

En Europa, la norma comunitaria 1408/71 (Artículo 22) especifica las condiciones en las cuales la autorización para el acceso a cuidados médicos más allá de las fronteras no puede ser rechazada "cuando el tratamiento en cuestión es parte de los servicios de salud previstos en la legislación del estado Miembro de residencia de un individuo y cuando tales servicios no están disponibles en tiempo hábil, considerando el estado de salud y el curso probable de la enfermedad". No obstante, en la práctica, los criterios que gobiernan en la EU la autorización previa para el acceso a cuidados médicos fuera del país fueron siempre dejados para decisión de los Estados Miembros.

Recientemente, algunos pacientes recurrieron a las Cortes Europeas para legislar sobre la cuestión del acceso comunitario a la Salud, creando jurisprudencia sobre la libre movilidad de los pacientes en el territorio de la Unión. Aunque sea este el tema central en debate en la Unión Europea sobre los sistemas de salud, para nuestras finalidades, esta es una condición muy peculiar al caso europeo. De ser así, parece más relevante, en la perspectiva del SIS-MERCOSUR, la consideración de las experiencias de cooperación para acceso transfronterizo en curso en varios países europeos.

4.1.1 Experiencias en facilitación del acceso a servicios de salud transfronteriza: iniciativas bilaterales de cooperación entre estados miembros

Algunos estados europeos vienen, desde hace tiempo, estableciendo acuerdos con sus vecinos en el sentido de garantizar acceso a tratamiento hospitalario más adecuado para sus ciudadanos, en particular para los habitantes de regiones donde existe insuficiente provisión de servicios. Por ejemplo, desde marzo de 1978, los holandeses residentes en ciertas regiones del sudoeste del país y que disponen de seguro social pueden recibir cuidados médicos reembolsados por el estado en dos hospitales de Bélgica, en Gante y en Brujas. El principio de la territorialidad de los derechos a beneficios ha sido relevado en función de las limitaciones de la infraestructura de servicios de salud.

Esta es también una situación bastante frecuente en Luxemburgo, en función de las limitaciones de su infraestructura de salud, cuya expansión no se justifica, dada su pequeña población. Para simplificar procedimientos administrativos para el reembolso de los costos, Luxemburgo estableció acuerdos con establecimientos médicos y hospitalarios en la vecindad, para el tratamiento de pacientes de su país.

Existe también un acuerdo bilateral entre Irlanda e Inglaterra para el reembolso de gastos médicos, y Alemania, recientemente, concluyó un acuerdo con Noruega para atender pacientes noruegos. Finalmente, se destacan los acuerdos entre diferentes estados miembros en el sentido de reconocer y dar operabilidad recíproca a tarjetas de salud nacionales.

4.1.2 Los Proyectos Interreg

A partir de 1990, la Comisión Europea lanzó una iniciativa especial, el Programa Interreg para promover el desarrollo económico de las regiones de frontera, que ocupan 50% del territorio de la Comunidad y 10% de la población de la UE. Está previsto el apoyo financiero a las iniciativas que promuevan la cooperación en Salud, particularmente en lo que se refiere a la división de recursos humanos, hospitales, servicios y equipamientos de salud transfronteriza (COHEUR A, 2001).

Esta iniciativa promovió el desarrollo de muchos proyectos de cooperación transfronteriza en el campo de la Salud, algunos todavía sin evaluación formal. La primera experiencia práctica ocurrió en 1992 entre Hainaut en Bélgica y Nord-Pas-de-Calais, a partir de reuniones para conocer el sistema de salud transfronteriza y sus reglas de acceso. Muchos proyectos siguieron en base de la capacidad disponible de servicios. Por ejemplo, los pacientes con VIH belgas fueron tratados en una clínica francesa especializada, mientras pacientes franceses recibían tratamiento de hemodiálisis en Bélgica. La etapa final de este proyecto fue la creación de un observatorio transfronterizo con el objetivo de reorganizar la atención a la salud en bases regionales, con base en las necesidades de la población de la región.

El proyecto Euregio[5] Meuse-Rhine (EUREGIO, 2003) fue establecido para promover la cooperación entre los sistemas de seguro y hospitales en Liege, Genk, (Bélgica) Aachen (Alemania) y Maastricht (Holanda) en las regiones de frontera entre los tres países. En esta región experimental, fueron atenuados los procedimientos burocráticos y las trabas a la movilidad, y todos se calificaban para la atención básica en el servicio de su elección. El estudio relativo a este proyecto incluyó un análisis de los factores determinantes de los flujos de pacientes transfronterizos. En una extensión de este proyecto, el fondo central de seguro holandés estableció contratos formales con proveedores en Alemania y en Bélgica.

El proyecto Euregio Rhine-Waal, localizado en la frontera Este entre Holanda y Alemania, permite que los pacientes residentes y con seguro en Alemania puedan acceder a las especialidades en el Hospital Universitario de Nijmegen, en Holanda, reduciendo significativamente el tiempo de viaje para acceso a servicios similares en Alemania. El Euregio Scheldemond está situado en la frontera entre Holanda y Bélgica, en la región de Flandres, y su objetivo es el de asegurar el acceso al sistema de salud a trabajadores en la frontera, así como a sus familias. La información sobre tales servicios está disponible para hombres de negocios y trabajadores de la región por las compañías de seguros usando sistemas *on line*.

4.1.3 Enseñanzas de los proyectos Euregio

En general, hasta ahora, el impacto económico de estos acuerdos ha sido pequeño, así como el flujo de pacientes que demandan cuidados médicos transfronterizos. Los pacientes tienden a preferir lugares conocidos y probados, en su propio idioma, excepto cuando los servicios no existen o dependen de largas esperas. Los factores que incitan a los pacientes transfronterizos involucran tecnologías avanzadas como cardiología, traumatología, emergencia, neonatología, diálisis y radioterapia.

Los proyectos que requieren la implementación de acuerdos bilaterales atraen la atención hacia la importancia de organización de los proveedores y financiadores, crecientemente involucran ciudadanos a través de *Foros* y observatorios de salud, acceso a la información y su divulgación, entrenamiento de los proveedores, y desarrollo de sistemas *on line* entre países.

Los proyectos muestran importantes barreras para la extensión de esta cooperación entre sistemas de salud, cuando ellos son esencialmente distintos. Para avanzar, sería necesario disponer de:

- Garantía de calidad, estándares y protocolos clínicos, acreditación de profesionales en estándares semejantes, acreditación de instituciones;
- Otros aspectos no clínicos de la calidad, tales como la garantía sobre uso y manipulación de los equipamientos;

5 Existen hoy proyectos Euregio entre Alemania, Bélgica, Holanda, Francia, países nórdicos y algunas fronteras de Este Europeo, todos de amplia cooperación y división de servicios y recursos.

- Sistemas de información para pacientes y sistemas para los cuales son referidos (médicos y servicios);
- Consistencia de los procedimientos de contratación y reembolso;
- Legalidad de las transacciones entre fronteras;
- Uso de sistemas e infraestructura de informaciones compatibles.

Comandada por Holanda, la Unión desarrolló un proyecto más ambicioso, involucrando todos los Estados Miembros. Los siguientes objetivos fueron alcanzados:

- campo de la Medicina de Emergencia (*vía sitio en Internet)* para estimular y apoyar la cooperación en caso de catástrofes y accidentes de grandes dimensiones (puntos de contacto, disponibilidad de acuerdos bilaterales y transfronterizos);
- Definiciones de metodología para evaluar desempeño, calidad, etc;
- Definición de programa común de entrenamiento en el campo de la emergencia;
- Establecimiento de parámetros para la implementación práctica de apoyo psicosocial para auxiliadores y víctimas, así como para familiares y otros presentes en el lugar del accidente;
- Establecimiento de un plan de acción para acciones futuras en este campo.

Se debe también tomar en cuenta que *policy papers,* normas para publicación y diseminación de informaciones deberán ser desarrolladas en el campo de la asistencia transfronteriza, en los siguientes temas:

- Nomenclatura común;
- Restricciones legales a intercambios de personal y equipamiento;
- Comunicación;
- Necesidades de entrenamiento;
- Rutinas, sistemas de registro e información.

5. Conclusiones y Recomendaciones de la Experiencia de la Unión Europea

El análisis de los procesos de cooperación en el campo de la Salud en la Unión Europea muestra que la Salud es un área donde la Comunidad desempeña un importante papel. Pero, al mismo tiempo, los sistemas de salud constituyen parte importante de las economías nacionales, dado que representan del 5% al 10% del PIB de los países. Por esta razón, los Estados de la UE argumentan que la política de salud comunitaria debe ser definida de forma relativamente estrecha. En particular, se oponen a la idea que la política comunitaria de salud pueda abarcar los temas referentes a los sistemas de salud y servicios de salud. De esa forma, enfatizan el Artículo referente a la Salud Pública (número 152) del Tratado, así como el principio de la subsidiariedad para delimitar los papeles respectivos, al igual que los niveles decisorios.

Esto de algún modo responde al creciente peso de la política de salud comunitaria en la Agenda de la UE y a la ampliación del límite de temas del Tratado. Debe notarse que actualmente existe un Comisario de la Unión responsable por políticas de salud y del consumidor, y una Dirección General, a la vez que están mantenidas en otras Comisiones las dimensiones e interfaces con la Salud.

El desarrollo de una política más amplia y proactiva para la Salud en el campo de la Unión Europea en su definición actual o ampliada forma parte de la agenda de prioridades de la región. Hasta que eso suceda, las medidas comunitarias con impacto en la Salud seguirán siendo ampliamente influenciadas y dominadas por consideraciones económicas y no por el interés superior de la política de salud.

Los gobiernos nacionales han sido lentos en el reconocimiento del impacto de la UE sobre la política de salud. Tal impacto es consecuencia inevitable de la integración y, por lo tanto, continuará creciendo en importancia. Su énfasis local variará, sin embargo, con características organizacionales de los sistemas de salud y la posición geográfica de los países.

Al montar su marco regulatorio para intervenir en cada uno de los sistemas, la Comunidad descuidó el efecto combinado de los varios sistemas nacionales. Así, problemas en el ámbito nacional existen y la falta de consenso y/o el desinterés de los países ha provocado crecientemente la acción de la Corte Europea de Justicia no sólo para interpretar el Tratado, sino también formulando la política comunitaria de Salud.

6. Otras fronteras: el caso del NAFTA

Mucho menos elaborada y pactada es la situación de las fronteras de las Américas, en el área de actuación del NAFTA. El North American Free Trade Agreement (NAFTA) integra las economías de Canadá, México (BRANDON, J., 1996) y Estados Unidos, en la perspectiva de equilibrar el flujo de servicios, productos y población, a través de fuerzas que a lo largo del tiempo generarían empleos y prosperidad. La perspectiva inmediata, a pesar de ello, es que la industrialización provocará un impacto poblacional que agregará más presión a la ya limitada oferta de servicios de salud en la frontera, así como alterará la naturaleza de la demanda.

La amenaza más importante sobre la salud pública en las fronteras es la diseminación de enfermedades infecciosas. Sin embargo, en la integración entre fronteras, los recursos *per capita* disminuirán, por acumulación poblacional, sugiriendo la necesidad de un nuevo plan sanitario en las nuevas circunstancias.

En tal contexto, las acciones de prevención y promoción de la salud se vuelven esenciales, una vez que pueden reflejarse en la disminución de los costos de atención a la salud asociada a la manifestación de las enfermedades (GRAY, C, 1996).

La necesidad de atención a la salud eficiente, efectiva y coordinada en la región es evidente. Los residentes de San Diego a Brownsville sufren de problemas de salud, erradicados hace mucho tiempo en otras partes del país, tales como tuberculosis y cólera. No obstante, la extrema desigualdad entre los países, regiones y sistemas de salud del NAFTA reduce la integración de los sistemas de salud en la frontera a acciones de vigilancia epidemiológica y sanitaria, y a una disputa por precios de medicamentos. De hecho, lejos del FDA, México y Canadá ofrecen medicamentos a costos más bajos que los Estados Unidos, caracterizándose la frontera como un área de intenso contrabando de medicamentos.

Entre 2002 y 2003, fueron firmados varios acuerdos entre EE.UU. Canadá, ampliando la colaboración entre el Health Canadá y el U.S. Food and Drug Administration (FDA).

Estos acuerdos refuerzan el entendimiento entre los dos países y construyen un esfuerzo regulatorio común sobre la seguridad de productos terapéuticos existentes, nuevas drogas e investigaciones sobre medicamentos, ampliando el acceso de Canadá a nuevas e importantes terapias desarrolladas en los EE.UU. A la vez, para consumidores canadienses quedará resguardada la seguridad, la eficacia y la calidad de este mercado.

La creación en 2003 de la *North American-Pharmotherapeutic Consultants Association* congregará médicos y farmacéuticos de Canadá, EE.UU. y México con el objetivo común de influenciar positivamente la política pública de manipulación de medicamentos, así como su acceso y costo, garantizando también la calidad de los productos vendidos por Correo.

En esa oportunidad, fue formada la IMPAC, *the Internet and Mail-order Pharmacy Accreditation Commission,* que operará como entidad separada, autorizada por la Asociación. El nuevo esfuerzo de acreditación traerá beneficios para los consumidores de los tres países, ayudando a discriminar entre productores de acuerdo con su adhesión (o no) a este sistema, abriendo también las puertas de los mercados a los productores que se sometan al estándar regulatorio establecido.

En la frontera EE.UU.- Canadá, se verifican también acciones de reciprocidad, con relación a la compra de exámenes en los EE.UU. para la clientela del sistema público de salud canadiense. Las acciones se organizan en torno a procedimientos de mayor costo, complejidad y contenido tecnológico, destacándose también el gran desplazamiento de profesionales de salud de Canadá a los EE.UU., atraídos por las oportunidades de mercado de la medicina privada. En franco contraste con la Unión Europea, la extrema disparidad entre los sistemas de salud dificulta tanto la movilidad de los ciudadanos como la posibilidad de implementar acciones pactadas en el campo de la Salud, neutralizando, en gran medida, el potencial de cooperación y de integración entre los servicios en las regiones de frontera.

7. Beneficios probables y dificultades esperadas en la conformación del SIS-MERCOSUR a luz de la experiencia internacional analizada

Muchos son los resultados de la pesquisa comparada, que pueden ser al menos analizados, para implantación en la organización de los sistemas de Salud del MERCOSUR y demás fronteras brasileñas. Cabría en primer lugar establecer las principales diferencias de la experiencia local, con respecto a la experiencia internacional.

Las diferencias más significativas se refieren al estándar de financiación y a la concepción pública del sistema de salud brasileño con respecto a los demás países del MERCOSUR, lo que coloca desde luego diferencias significativas en el estándar de remuneración de servicios, y en el establecimiento de relaciones financieras de reciprocidad, en el caso que éstas se intensifiquen.

El sistema brasileño de Salud es de naturaleza pública, financiado por impuestos y contribuciones. Los recursos remuneran acciones y servicios de salud en los tres niveles de gobierno, destacando todavía la política de medicamentos brasileña, que suministra a la población atendida, de forma gratuita, los medicamentos de la farmacia básica, además de medicamentos genéricos para el tratamiento de VIH y tuberculosis, entre otros.

Los demás sistemas nacionales se organizan esencialmente en seguros privados, y acciones financiadas por el sector público, de límites reducidos.

Así, parece claro que debe haber una separación entre principios de la armonización de los sistemas de salud en el MERCOSUR y la operación concreta de proyectos transfronterizos. Pasaremos, a partir de ahora, a operar según estos dos niveles, para nuestra argumentación final en este trabajo.

Es preciso, no obstante, destacar que la radicalización de las acciones positivas transfronterizas constituye un proceso en sí mismo, y no una etapa de la plena armonización de los sistemas de salud del MERCOSUR.

Tanto es posible desarrollar acciones de corto plazo relativas a la armonización de los sistemas de salud del MERCOSUR, como organizar la financiación y la provisión de acciones de salud transfronteriza en las áreas predispuestas a esta cooperación de forma inmediata, como reproducirlas en otras regiones de frontera, de forma bilateral o trilateral, en regiones delimitadas como espacios de convergencia e intersección de acciones.

7. 1 Armonización en el MERCOSUR

La U.E. nos ofrece una referencia común y bastante amplia, en parte ya apropiada por los acuerdos en curso en el MERCOSUR, sobre grandes temas de la Salud para ser abordados.

Desde luego, es posible destacar un campo común de las acciones regionales, (MERCOSUR, SGT11, 2000 a 2003) que, independiente de las diferencias de concepción y de estándar de financiación entre los sistemas de salud de la región, podría constituir un punto de partida para la organización del sistema de salud integrado en el MERCOSUR.

Desde luego, se deben registrar los avances concretos del proceso de armonización en los campos de la vigilancia epidemiológica y sanitaria.

En ese sentido, se destaca el cuidado común a los jóvenes y niños, con énfasis en el apoyo a las acciones de prevención que enfocan VIH/SIDA y las infecciones sexualmente transmisibles, la tuberculosis y las enfermedades de resistencia a antibióticos, además de las acciones relativas al control de malaria, hanseniasis, fiebre amarilla, cólera y leishmaniasis. Este campo de la prevención no depende de la naturaleza pública o privada de los sistemas de salud y de sus gradaciones de financiación, siendo de responsabilidad estatal en todos los países del MERCOSUR. Por esta razón, el conjunto de estas acciones constituye un denominador común de políticas que podrá y deberá ser ampliado a corto plazo, a través de la cooperación bilateral o multilateral entre los países del área.

Del mismo modo, hay un conjunto de enfermedades no transmisibles que pueden también movilizar la acción colectiva a nivel del MERCOSUR, en el campo de los determinantes de las enfermedades cardiovasculares, uso excesivo de alcohol y tabaco. El conjunto de acciones preventivas en el campo de los servicios sociales y de salud debe ser reforzado, inclusive con campañas comunes, incluyendo acciones contra el uso ilícito de drogas.

La colaboración intersectorial se podría fomentar en nivel supranacional, por ejemplo, entre sistemas de salud, prevención social, educación, sector privado y ONGs, destacándose que existe ya un conjunto significativo de acciones empresariales y del tercer sector en nivel supranacional en el campo de la Salud.

Otras acciones relevantes deben ser desarrolladas en el nivel de la cooperación de las acciones de vigilancia sanitaria, al nivel de las enfermedades transmisibles y no transmisibles y de sus determinantes, como también de las campañas de información y educación.

Programas comunes de entrenamiento y capacitación en Salud Pública y Asistencia Social, realizados de modo informal, deberían ser fomentados, creando las bases para la futura integración de un objetivo mayor de acciones de salud.

Se podrían desarrollar proyectos piloto sobre educación en salud para los jóvenes, pensados de forma integrada, y debería constituirse un Observatorio sobre Reorientación de las Políticas de Protección Social, Sistemas de Salud y Acciones Transfronterizas. Esto ayudaría a elevar el status de estas cuestiones en la agenda del MERCOSUR y también en cada uno de los países.

Asimismo sobre este asunto, tomando en cuenta la diversidad de los modelos de oferta de servicios y la heterogeneidad de las prácticas terapéuticas en la región, es

posible seleccionar las buenas prácticas que deberían integrar la temática de un Observatorio de Salud, contribuyendo así para la gobernabilidad en Salud en la región.

Para ello, es preciso asegurar un intercambio eficiente de información, incluyendo el uso de bancos de datos relevantes para la temática de las políticas y acciones en el campo de la Salud.

Finalmente, en el campo institucional, cumple sensibilizar a las autoridades y en el futuro a la Justicia Comunitaria para cuestiones de arbitraje en el campo de la demanda por reciprocidad que ciertamente vendrá, a ejemplo de la Unión Europea, de parte de los pacientes, en algún momento futuro. La constitución de Centros de Referencia de Especialidades en el ámbito del MERCOSUR, aunque proyecte un horizonte temporal más largo en el ámbito de la armonización del MERCOSUR, seguramente se impondrá, una vez que la libre circulación entre ciudadanos de los Estados Partes se vuelva realidad.

La importancia de la cuestión de los medicamentos en las relaciones de Salud en el NAFTA llama la atención hacia un punto sensible en las relaciones del MERCOSUR. De una manera general, la normalización de los productos y mercaderías, tales como alimentos, productos de belleza y de limpieza, como de los medicamentos, constituye un espacio bastante avanzado de armonización en el ámbito de los grupos de trabajo del MERCOSUR. La consideración de los medicamentos en su aspecto de política pública, sin embargo, requiere otras estrategias de intervención que trascienden el espacio victorioso de la normalización de los flujos comerciales entre países.

Puesto que Brasil tiene la mejor (si no la única) política de medicamentos para VIH/SIDA de la región, además de producir y distribuir, en el ámbito de las acciones públicas, todos los medicamentos contra la tuberculosis, se puede prever que este será un tema relevante de la política de salud de la región, y un posible foco de presión a ser ejercida por los demás países del área sobre el sistema de salud brasileño. Se destaca que estas son enfermedades transmisibles que obligarán a Brasil, en un escenario de ampliación de fronteras, a un posicionamiento claro de reafirmación de su política, so pena de comprometer los significativos avances ya concretados en el país. Tales avances deberían constituir un marco de referencia para el futuro desarrollo de acciones coordinadas al nivel regional (OPAS, 2003).

Aun en el campo de la atención primaria, donde pacientes buscan los servicios de la red de salud brasileña en las ciudades de frontera, hay que tener en cuenta que parte de la demanda por asistencia a la salud se asocia también a la búsqueda de vacunas y de medicamentos gratuitos que constan de la Farmacia Básica local.

En términos de la financiación, las acciones supranacionales relativas a la prevención y también a los medicamentos de alto costo y de administración supervisada deberían ser objeto de un acuerdo financiero por separado, disociado de las acciones corrientes de la política de Salud, en el campo del Acuerdo del MERCOSUR, con aportes de recursos de

los países y también con donaciones internacionales, tales como existen hoy en África. El resultado sería el establecimiento de un Fondo Financiero de naturaleza supranacional, financiado con impuestos, contribuciones y donaciones internacionales, que garantice la producción y distribución de medicamentos esenciales, en los campos antedichos.

7.2 El SIS y las acciones de Salud transfronterizas

Un segundo punto relevante sería el de la reorganización o adaptación de nuestro sistema de salud a las presiones observadas en la frontera (VILLAR, T. C SC ET ALLII, 2001). Aunque en Brasil el peso demográfico y espacial de esta frontera no corresponda a su equivalente europeo, este es, sin duda, un tema relevante para el país y sus vecinos, en el MERCOSUR y fuera de él, y que tiene una conducción paralela al proceso de armonización.

Hay que separar las acciones para pacientes brasileños a ser realizadas fuera del país y las acciones de salud para pacientes de otras nacionalidades a ser realizadas en Brasil. Para los brasileños, el acceso a otros servicios y su regulación no involucra cambios o presiones sobre la financiación. Bastaría, como en el área de los proyectos Euregio, acreditar algunos servicios más allá de las fronteras, que operarían según la tabla del SUS, y para que ellos encaminen nuestros pacientes, regulando el acceso en torno a cuestiones geográficas y de distribución espacial de las redes de servicio. La recíproca, sin embargo, no es verdadera, una vez que, en los demás países del MERCOSUR, sólo los asegurados por planes de salud o esquemas contributivos directos podrían tener derecho a reembolso, en los estándares actuales de funcionamiento de los distintos servicios de salud. Así pocos pacientes podrían utilizar la infraestructura de servicios de salud en Brasil y obtener resarcimiento de sus gastos fuera de las respectivas fronteras, sin una acción estatal dedicada para diluir la separación entre financiación pública y privada, en estas circunstancias.

Se debe notar que, en Europa, los proyectos Euregio operan en general en áreas donde el sistema de salud es público, pero basado en contribuciones directas, que demarcan, de alguna manera, el espacio del derecho social. Es así en Alemania y en Holanda. O sea, no hay mecanismo automático de reconocimiento de esta posible reciprocidad, sino en el campo judicial, de la interpretación del propósito de los derechos comunitarios, o donde el costo alternativo del montaje de una infraestructura de servicios es más oneroso.

Así, sería necesario asignar algún recurso, inicialmente brasileño, y también del segmento "contributivo" de los demás países, que se incorporarían a las transferencias fondo a fondo del SUS y la PPI, para formalizar esta demanda, hoy ya ejercida por pacientes de otras nacionalidades en Brasil, como por brasileños en otros sistemas de salud, en las ciudades de frontera.

La experiencia internacional revela también que parte de esta demanda se concentra en los servicios más costosos y de mayor complejidad, como las cardiopatías graves, el cáncer, las hemodiálisis, los transplantes. Se podría, a semejanza de Chile, operar un adicional contributivo a un fondo denominado *Fondo Catastrófico*, que actúa en esta faja

de servicios. La contribución brasileña sería de naturaleza fiscal, e incluida en la PPI como hoy, y su dimensión dependería de cuánto el país decide subsidiar sus vecinos y socios.

El punto de partida sería la territorialización de esta demanda comunitaria en el MERCOSUR, con jerarquización de servicios y, eventualmente, una menor restricción a la generalización de la atención primaria. Caso el PPI pasase a incorporar nuevos factores y valores, ya sea originarios de aportes de los planes de salud, de los gobiernos o de un *Fondo Catastrófico* para las fronteras, los pacientes transfronterizos podrían ser referidos a otros niveles de atención, y, en cada región de frontera, concertadas las acciones entre los países involucrados. Además de la cuestión de la financiación y de la regulación por el SUS según sus normas operacionales (dado que en los demás países no hay propiamente un sistema de igual alcance) otros elementos se requerirían para el montaje del nuevo sistema.

Entre otros, sería esencial la acreditación de instituciones y profesionales, el establecimiento de estándares y protocolos clínicos, además de la conformación de otros aspectos no clínicos de la calidad, tales como la garantía sobre el uso y la manipulación de los equipos, disponibilidad y compatibilidad de sistemas de información, tanto para pacientes como entre los sistemas para los cuales son referidos (médicos y servicios). Entre los requisitos, estaría incluida la consistencia de los procedimientos de contratación y reembolso, y la legalidad de las transacciones entre fronteras.

No menos importante sería la formalización de un acuerdo sobre definiciones de metodología para evaluar el desempeño y la calidad. Finalmente, cabría fomentar el *networking* de especialistas y de estructuras de salud de la Unión en el campo de la Medicina de Emergencia (por medio de sitio en la *Internet*) para estimular y apoyar la cooperación en caso de catástrofes de grandes dimensiones (puntos de contacto, disponibilidad de acuerdos bilaterales y transfronteras).

La estructura legal sería a través de acuerdos bilaterales, a través de la constitución de las regiones supranacionales de salud.

7.2.1 Los municipios SIS-MERCOSUR

La mera observación de los acuerdos bilaterales en curso, que se expresa, por ejemplo, en el ámbito de la empresa Itaipú Binacional, como en acuerdos entre ciudades de frontera entre Brasil y Uruguay, demuestra la existencia de una predisposición a hacer acuerdos entre países que preceden el avance y la generalización del proceso de armonización. Por otra parte, la formalización de acciones ya en curso en el sistema de salud brasileño y que incluyen ciudadanos de regiones de frontera, brasileños o no, que transcienden las consideraciones formales de residencia, ciertamente contribuiría a la mejor gestión del sistema de salud en las áreas transfronterizas, donde es más tenue la demarcación de la clientela propia del SUS.

Con base en esta constatación y en los avances destacados en el campo informal, en

el ámbito de los programas de vacunación, de la atención primaria o también en los demás niveles de complejidad, el reconocimiento y valorización de estas acciones espontáneas corresponden a una necesidad inmediata de regulación de la demanda y de la financiación de las acciones a ella correspondientes, en el campo de la vigilancia epidemiológica y sanitaria, y de la asistencia.

La propuesta concreta desarrollada en contrapunto a la experiencia de acciones integradas de salud en las fronteras europeas y que considera, no obstante, las asimetrías entre los sistemas de salud de Brasil y de los demás países del MERCOSUR sería la de crear una categoría de gestión, la de los municipios SIS-MERCOSUR, en la cual serían habilitados, por adhesión, los municipios de frontera brasileños que se dispusiesen a operar en ámbito transfronterizo.

Esta condición de gestión, inicialmente en el ámbito de las acciones del SUS podría ser posteriormente generalizada para los demás países, en los territorios de frontera, y también, en Brasil, para las fronteras no-MERCOSUR.

Los municipios habilitados en la condición de municipios SIS-MERCOSUR recibirían crédito suplementario fondo a fondo y también tendrían que planificar sus acciones transfronterizas en el espacio del PDI y del PDR, juntamente con las acciones de los demás municipios.

Formaría parte de la condición de habilitación para gestión SIS-MERCOSUR:

- La capacitación de profesionales de salud para operar en ámbito transfronterizo;
- La armonización de los calendarios de vacunación transfronteriza;
- La acreditación de los servicios y de los profesionales;
- La adaptación de los sistemas de información, dentro de la estructura de los sistemas de información del SUS;
- La definición de la referencia y de la contrarreferencia.

La habilitación SIS-MERCOSUR podría ocurrir en el campo de la gestión plena de la atención básica y también en el campo de la gestión plena del sistema, para municipios previamente habilitados en esta condición.

En ese caso, el PDI y el PDR deberían reflejar los nuevos flujos de acciones, y establecidos recursos adicionales para adaptar la oferta a este estándar ampliado de demanda.

La posibilidad de comprar servicios financiados por el SUS y remunerados según su tabla de remuneración de procedimientos en territorio transfronterizo del MERCOSUR debería ser observada.

Las acciones de los municipios del SIS-MERCOSUR deberían integrar los Observatorios de Frontera, y, en estas regiones, deberían ser desarrollados los primeros Centros de Referencia del MERCOSUR, tanto en el campo de las especialidades médicas, como en el campo de la enseñanza de los profesionales de salud.

8. Referencias

BRANDON, J. , Border Health, an Overview of Challenges along the U.S. Mexico Border, Associate Dean, College of health and Social Services, Head, Department of Health Science, New Mexico State University, 1996

COHEUR A. Integrating care in border regions: An analysis of the Euregio projects. *Eurohealth* 2001;7(4):10–12.

EUROPEAN COMMISSION, The Internal Market and Health Services, Report of the High Level Committee on Health, Health and Consumer Protection Directorate General, 2001

GRAY, C, Debate over NAFTA's effect on health care a sign Medicare will be dominant election issue, Canadian Medical Association Journal 1996; 154: 1549-1551

MERCOSUL, Sistema de Informação de Saúde, na Internet in

Sistema de Informação de Saúde no Mercosul.htm.

MERCOSUL Pauta Negociadora do SGT nº 11 SAÚDE, várias resoluções e atas de reuniões.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MERCOSUL, A Saúde no MERCOSUL, 2ª edição Revista e Ampliada, Série B, Textos Básicos de Saúde, Brasília, D.F, 2003

OBSERVATOIRE SOCIAL EUROPÉEN The influence of EU law on the social character of health care systems in the European Union, 2001. Disponível em http://www.ose.be/health/files/exesumnl.pdf

OMS, The role of the private sector and privatization in European Health System, rapport de l'OMS, Bureau régional de l'Europe. Disponível em http://www.ose.be/health/files/exesumnl.pdf

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Proposta de Plano de Ação do Instituto Pan-americano de Proteção de Alimentos e Zoonoses (INPPAZ), 2004-2005, em 13a Reunião Interamericana em Nível Ministerial sobre Saúde e Agricultura, Washington, DC, 24 a 25 de abril de 2003 Punto 7 da Agenda Provisória RIMSA13/5 (Port.) 17 março 2003 Original Espanhol.

PALM, WILLY, NICKLESS, JASON, LEVALLE, HENRI, COHEUR, ALAIN, Implications de la jurisprudence recente concernant la coordination des systèmes de protection contre le risqué de maladie, Rapport général effectué pour la Direction Générale de l'emploi et des affaires sociales de la Commission européenne Mai 2000,. Brussels: Association Internationale de la Mutualité

STEIMAN, REBECA, MACHADO, LIA OSORIO A questão da classificação das fronteiras.

Limites e Fronteiras Internacionais, Uma Discussão Histórico |Geográfica,

VILLAR, TEREZA CRISTINA SCATENA ET ALLII. Saúde Internacional: Alguns Aspectos Conceituais Contemporâneos, Revista Latino-Americana de Enfermagem 2001 maio; 9(3): 101-5.

Union européenne et protection sociale Documents de la Commission Emploi et affaires sociales. Disponíveis em http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/social/index_fr.htm

UNIVERSIDADE DE PATRAS E COMISSÃO EUROPÉIA, "Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde na UE - melhoramento da experiência e dos resultados para o doente", Patras, 4 e 6 de Maio de 2003.

8. RACIONALIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y ORGANIZACIÓN DE ESTRATEGIAS DE INTEGRACIÓN EN LOS FLUJOS INTERFRONTERAS ENTRE LOS SISTEMAS DE SALUD DE ARGENTINA, BRASIL, PARAGUAY Y URUGUAY: UN ANÁLISIS PRELIMINAR A PARTIR DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD.

Alcindo Antônio Ferla
Médico, doctor en educación (UFRGS), fue Secretario Sustituto de la Secretaría de Estado de Salud de Rio Grande do Sul (1999 a 2002) y actualmente es asesor de la dirección del Grupo Hospitalario Nossa Senhora da Conceição y consultor del Departamento de Información e Informática del SUS / Ministerio de Salud

Janice Dornelles de Castro
Economista, con Maestría en planificación y financiamiento en salud (LSE/Londres), doctora en salud colectiva (UNICAMP) y profesora del Curso de Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Maria Lectícia de Pelegrini
Enfermera, sanitarista, con Maestría en ciencias de la salud (UNISINOS) y actualmente es asesora de la dirección del Grupo Hospitalario Nossa Senhora da Conceição.

1. Introducción

La presente reflexión, que compone un trabajo de mayor extensión (Castro, Ferla & Pelegrini, 2004) busca sistematizar, a partir de la óptica de la economía de la salud, contribuciones para el diseño de estrategias de integración de los sistemas de salud en las fronteras de los países del MERCOSUR (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay). En el trabajo anterior, se buscó construir un marco de aproximación general a través de la revisión de algunos conceptos actualmente en uso en el ámbito de la economía de la salud, de referencias sobre fuentes y sobre modelos de financiación de la salud, del análisis de datos secundarios relativos a la organización y al funcionamiento de los sistemas de salud de los cuatro países, y de la revisión de aspectos relativos a la gestión de la financiación e integración entre los sistemas de salud de los países de la Unión Europea. Con base en estos análisis y considerando los puntos más relevantes identificados, sugerimos el diseño de algunos ejes de profundización de la integración entre los países.

En esta reflexión, objetivando contribuir para la configuración del proceso de integración, buscamos una profundización, solicitada a la consultoría por los contratantes, destacando contribuciones consideradas relevantes para una racionalización de recursos e integración/optimización de flujos entre municipios de frontera, en particular de aquellos donde existe una mayor circulación de ciudadanos para la atención interfronteras.

Es importante destacar que las reflexiones presentadas buscan solamente explicitar aspectos que deben ser considerados para la construcción de una estrategia de integración, a la luz de las formulaciones y de los temas más relevantes apuntados por la economía de la salud, y que los mismos se realizarán desde un marco más general de integración sistémica entre los países. Esta salvedad es fundamental ya que, en un marco en donde el foco estuviera centrado exclusivamente en la regulación del flujo entre los países, tomada por el vértice más visible que es el flujo asistencial entre los municipios fronterizos, la reflexión estaría centrada en formulaciones para la concertación de mecanismos operacionales de control de los flujos y de resarcimiento de los procedimientos realizados. En el momento actual, las directrices emanadas de los gobiernos de los cuatro países señalan hacia una integración más sistémica[1], pautada en valores donde la solidaridad entre los pueblos y entre los gobiernos ocupa un relieve constitutivo del propio proceso de integración.

Para dar cuerpo a este recorte de la reflexión anterior, sin perder el contexto en que aquella fue construida, se procedió a la preparación de una síntesis de las principales cuestiones presentadas y su profundización, en un escenario en donde se toma, como una estrategia de integración entre los sistemas de salud de los cuatro países, la racionalización/optimización de los recursos existentes.

2. Las contribuciones de la economía de la salud para el movimiento de integración entre sistemas de salud

Desde hace algunos años, la constatación de un nivel más alto de complejidad en la organización y en el funcionamiento de los sistemas de salud generó condiciones para la incorporación de otras áreas del conocimiento en la planificación, en el control y en la evaluación. Es el caso de la economía de la salud, que se constituyó justamente por la percepción de la necesidad de una mayor especialización en el conjunto de conocimientos y herramientas de acción que, hasta la década del 70, formaba parte de la planificación en salud.

Para dimensionar las contribuciones de esa especialización para la gestión de la salud,

1 Traducida en la racionalización / optimización de recursos (financieros y operacionales) disponibles, en la captación de recursos externos y en el diseño de acciones conjuntas, en que mecanismos de cooperación financiera tienen un papel coadyuvante.

parece oportuno un primer acercamiento conceptual: "la economía de la salud (...) es un modo de pensar que tiene que ver con la conciencia de la escasez, lo imperioso de las elecciones y la necesidad de que ellas sean precedidas por una evaluación de los costos y de las consecuencias de las alternativas posibles, objetivando mejorar el reparto final de los recursos" (Campos, 1985, apud Piola & Vianna, 1995).

Entre las contribuciones que la economía de la salud ofrece a la gestión de la salud se pueden incluir desde cuestiones relativas a las imperfecciones del mercado, a los costos y precios de los productos y servicios, y también la importancia para la economía de los países y regiones, una vez que el efecto económico de los empleos y de los flujos de producción en esa área es muy grande. Son esas contribuciones, asociadas bajo la designación de "complejo productivo de la salud", que pueden facilitar el desplazamiento de la salud, según la comprensión de los formuladores de las políticas de gobierno, de un área de gastos hacia un área de inversiones en la calidad de vida y en el desarrollo de los países.

La revisión de los principales conceptos utilizados por la economía de la salud permitió identificar un consenso sobre la necesidad de una acción reguladora del Estado en el "mercado de la salud", reconocido como imperfecto para un funcionamiento armónico y socialmente justo del área. Permitió, además, identificar las principales fuerzas que componen el equilibrio necesario para el proceso de regulación. Por otra parte, muestra la complejidad de la acción estatal reguladora necesaria para garantizar el acceso a acciones y servicios de salud en su justa medida.

La capacidad de capturar datos e informaciones que permitan establecer parámetros para la búsqueda de la equidad o de aproximar la capacidad de ofrecer acciones de salud en una justa medida es un desafío. Más allá de la definición de una cantidad/calidad ideal desde el punto de vista estrictamente técnico, otros factores, también mutables, interfieren en la constitución del valor de justicia y, al parecer, las mejores evidencias han demostrado que es oportuna la creación de espacios de participación de los interesados para procesar esas evaluaciones.

A su vez, el estudio de los modelos de financiación de la salud, o sea, de las lógicas que impregnan las fuentes y los mecanismos de distribución, seguimiento y de utilización de los recursos financieros, muestran una amplia posibilidad de combinación para el modelo de proyectos en el plano concreto.

Con el objeto de contribuir para la construcción del modelo de financiación del proceso más general de integración entre los sistemas de salud de los países del MERCOSUR, optamos, en el presente trabajo, por caracterizar las cuestiones sobre la definición de criterios, la búsqueda de equidad, las variables sobre el comportamiento de la demanda y del consumidor, y del comportamiento de la oferta y del productor, los impactos de cada uno de los tipos de fuentes y de la estabilidad de las fuentes de financiación, y los aspectos que

se vienen utilizando para identificar las consecuencias del desarrollo del sector salud para la economía, como forma de construir, incluso sin un conjunto de definiciones previas, un marco de referencia en el área para apoyar el proceso decisorio.

Para enriquecer aún más el escenario de aportes al proceso decisorio, también se buscaron algunos datos e informaciones sobre el contexto de la salud (de los sistemas de salud y de la situación de la salud) en los cuatro países. Esa caracterización buscó identificar las diferencias que, a efectos del proceso de integración, necesitan ser superadas, los problemas comunes para los cuales esfuerzos integrados pueden generar mejores resultados, y también las potencialidades, que se pueden estimular buscando el desarrollo de una red de acciones y de servicios supranacional, capaz de generar un beneficio solidario para la población de la región. Sólo a título de ejemplo, existe en la región una diferencia en el acceso a la atención básica que es decisiva para la eficacia de los sistemas de salud y de su integración, que implicará en un esfuerzo de todos los países, aunque en intensidades bastante distintas, para alcanzar niveles similares de acceso.

Por otra parte, en lo que se refiere a los problemas comunes, existe un agudo envejecimiento de la población, con consecuencias importantes para los cuatro países, que necesitan – y pueden – ser enfrentadas de manera conjunta. Finalmente, en lo que se refiere a las potencialidades, a la producción de insumos, tecnologías, medicamentos, y a la asistencia de enfermedades y problemas de mayor complejidad (como el SIDA por ejemplo) que están ya avanzadas en algunos países, esas capacidades pueden ser extendidas a los demás países. Para reforzar más aún la importancia de esa ampliación de escala en la producción de acciones y servicios, es necesario verificar que tiene impactos, seguramente, en el costo final, y también en el estímulo a las economías nacionales, representado por el crecimiento del complejo productivo de la salud. Seguramente, una propuesta para la integración de la salud que incluya el fortalecimiento de las economías nacionales creará condiciones políticas para los gestores de la salud en el contexto de sus gobiernos, para hacer avanzar más rápido esa integración sectorial.

Finalmente, haremos algunas consideraciones preliminares, teniendo en cuenta las referencias presentadas hasta aquí, para el proceso de integración de los sistemas de salud en el MERCOSUR, con énfasis en la racionalización/optimización.

3. Consideraciones iniciales acerca de la racionalización de los flujos interfronteras entre los sistemas de salud de Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay

En la fase actual del análisis, algunas consideraciones relacionadas al recorte temático de este informe pueden ser registradas y ofrecidas para su validación. Merece relieve el

hecho de que, en la mayoría de los casos, las consideraciones son aplicables para la optimización de flujos en los municipios de las regiones de frontera, y también para una integración más general de los flujos de atención a la salud entre los países.

Cuestiones más específicas para la operacionalización de los modelos de financiación, como definición de fuentes de recursos, modalidades de remuneración/reembolso, monto de recursos y las simulaciones complementarias aún no pueden ser especificadas en esta fase, porque dependen de informaciones adicionales y/o de más detalles del propio modelo de integración que se está proponiendo. Sin embargo, siempre que pertinente, los escenarios descriptos traen elementos que permiten visualizar, aunque de modo muy panorámico, esos temas.

- **Modelo mixto de estrategias para modelar el proceso de integración:**

No parece posible, sea desde el punto de vista institucional, legal o político, el diseño de una única estrategia de financiación de la integración de los sistemas de salud o incluso de la cobertura de la atención transnacional que ya ocurre, teniendo en cuenta la precariedad de la información disponible y la fragilidad de los actuales mecanismos de regulación del acceso y la propia complejidad de los sistemas de salud de los países.

Por otra parte, habría que pagar un precio, principalmente en lo relativo a la densidad de las formulaciones políticas en la relación entre los países, si la estrategia diseñada incluyera la ruptura de la circulación interfronteras que ocurre en la actualidad, aunque momentáneamente, bajo el argumento de calificar mecanismos para la atención de ciudadanos de allende las fronteras entre los países. Antes de producir una quiebra en el discurso de la integración, estrategias con dicho punto de partida tendrían una baja efectividad, porque la población de los cuatro países tradicionalmente viene utilizando mecanismos propios para buscar la satisfacción de sus necesidades de salud en servicios localizados más allá de las fronteras del país de origen. Del mismo modo, parecen existir flujos consolidados alrededor de iniciativas formales, como el ejemplo de Itaipú Binacional, que ofrece cooperación técnica y operacional a los países para la atención de las demandas de salud de la población circunvecina a la hidroeléctrica en la triple frontera entre Brasil, Argentina y Paraguay.

En estudio sobre demandas internacionales de salud en las regiones de frontera de Argentina, Brasil y Paraguay, realizado en los años 2001 y 2002 (Astorga J., Pinto C. & Figueroa M., 2002) se constató la existencia de un volumen considerable de consultas realizadas a ciudadanos de otros países en los municipios limítrofes de los territorios nacionales que no están bajo regulación, principalmente por el hecho de que el flujo de atención es informal, con soporte en una red de solidaridad y relaciones de parentesco, y que, por lo tanto, compone un factor de subregistro que se suma a los problemas existentes en la calidad de las informaciones de los sistemas que registran los eventos relativos a la

salud en los países. Inclusive, dichas informaciones no parecen diferir de manera significativa de las redes que se establecen en la mayor parte de los grandes centros urbanos brasileños, para el soporte a la atención de las demandas espontáneas originadas en regiones con menor infraestructura de servicios. Por lo tanto, cualquier propuesta de aumento de regulación y de viabilización de reglas de financiación diferenciada implica en partir de una ecuación que garantice el acceso que ya se viene efectuando y califique el flujo a la vez, sin contar con evidencias sólidas derivadas de datos e informaciones calificadas, a la vez proyectando nuevos escenarios para el futuro. Una quiebra en esos flujos, con la inclusión de restricciones de acceso, tendría, seguramente, como resultado un aumento en el subregistro del origen del usuario.

Según fue presentado en el documento anterior y listado en la parte inicial de este documento, la elección de fuentes de recursos, modelos de financiación y mecanismos de seguimiento y control depende del análisis de situaciones concretas, en que ventajas y límites de cada una de ellas puedan ser ponderados para apoyar la decisión. La adopción de una estrategia para la formalización de tal proceso de integración se debe realizar preservándose la posibilidad de implementación de modelos mixtos de financiación, a ser definidos y pactados en acuerdos multilaterales establecidos *a posteriori*. También es necesario que se tenga claro que cualquier propuesta que involucre un componente financiero solamente será viable si es compatible con propuestas más generales de organización del proceso de integración.

Para el diseño de estrategias mixtas de financiación y organización de la atención, con la ampliación progresiva de la cobertura – con estándares conocidos y concertados–; la armonización progresiva de los sistemas; el establecimiento de estándares mínimos y comunes de desarrollo asistencial y tecnológico; la calificación e integración entre los sistemas de información para el incremento en las acciones de planificación, monitoreo y regulación de los flujos; algunas consideraciones, basadas en gran medida en la experiencia de la Unión Europea (Unión Europea, 2003), son de gran utilidad.

- **Conciliación de los objetivos y de las metas de la integración con las obligaciones de los Estados Partes:**

Estrategias de integración entre los sistemas de salud de distintos países necesitan tener en cuenta la estructura jurídica, normativa e institucional de cada uno de los países, porque el proceso de ajustes internos, principalmente en lo que se refiere a grandes cambios de la estructura legal y/o institucional, implica en fuertes movimientos internos y fracciones de tiempo considerables, condiciones que no están disponibles en el proceso de integración. Creemos que existe una urgente necesidad de profundizar el diagnóstico comparado de esos aspectos (jurídicos, normativos e institucionales) respecto a los cuatro países que

componen el objetivo de la fase actual de integración. En lo que atañe a la perspectiva de la economía de la salud, se debe identificar en cada uno de los países no sólo la disponibilidad de recursos presupuestarios propios y el grado de facilidad de captación de fuentes externas de recursos que puedan ser utilizados en el área de la salud, sino también sobre instrumentos, flujos y metodología de prestación de cuentas y control del uso de recursos públicos. Los arreglos a ser propuestos deben considerar esos aspectos para el diseño de estrategias de implementación más inmediata y también para el diseño de estrategias específicas para el ajuste formal de cuestiones relativas a esos aspectos, con efectos sobre el proceso de integración solamente a mediano y largo plazos. Ese es un movimiento de gran importancia para el proceso de integración, porque puede amalgamar, en éste, condiciones suficientes para hacerlo avanzar más rápidamente en el rumbo deseado en un futuro cercano.

- **Identificación y compartimiento de las expectativas formales de derechos y deberes de los ciudadanos que acceden a los servicios de salud:**

El análisis de las condiciones jurídico normativas e institucionales de que trata el punto anterior debe incluir, de forma destacada, la cuestión de derechos y deberes de los usuarios de los servicios de salud. La viabilidad del tránsito de esos usuarios por las fronteras de los países, teniendo reconocida y preservada su ciudadanía, implica en la identificación de esas condiciones de derechos y deberes en la estructura legal e institucional de los cuatro países, así como el establecimiento de estándares comunes para orientar el acceso, la oferta y la calidad de las acciones y de los servicios de salud puestos a disposición, y los servicios que serán utilizados para dirimir dudas en ese sentido. Tales dispositivos deben ser suficientes para, en lo que se refiere a los usuarios, como mínimo, superar de forma significativa la situación actual de necesidad de disimular la condición de extranjero para tener garantizado el acceso, y, en lo que se refiere a los servicios y al sistema de salud, la seguridad de compartir estándares mínimos de calidad y cantidad que deben ser ofrecidos sin el riesgo de acciones de naturaleza judicial y/o represalias formales por parte de los usuarios.

Con relación a las contribuciones que la economía de la salud puede agregar al proceso de integración, las definiciones relativas a ese punto tienen impacto principalmente sobre el costo directo de las acciones, sobre el volumen de recursos necesarios y sobre mecanismos de acompañamiento y control en el uso de esos recursos.

- **Concertación y formalización de estrategias para la conducción del proceso de integración:**

La experiencia acumulada en la integración entre sistemas de salud, dada la complejidad de situaciones que precisan ser consideradas, muestra la necesidad de una

acción compartida en la toma de decisiones para orientar el proceso. Más aún, la formalización de acuerdos multilaterales parciales, en el contexto de un conjunto conocido y compartido de valores que nortean el proceso más general para la aproximación de los sistemas de salud, se muestra necesaria y útil para la progresión de la integración entre ellos. Por lo que está indicado en los análisis disponibles, la opción por acuerdos entre los países, consolidando consensos parciales al proceso de integración, en la medida en que los consensos se van constituyendo, permite mediar las diferentes expectativas involucradas, en particular con relación al objetivo de los avances y a su velocidad. Acuerdos parciales ayudan a consolidar el proceso global de integración, materializando los avances en la medida de su posibilidad política y tornando posibles nuevos niveles de negociación, así como permiten diseñar arreglos más versátiles para la política de financiamiento.

- **Compromiso de los países con la búsqueda de la equidad y de la regulación del acceso a las acciones y servicios de salud:**

En la medida en que hay imperfecciones reconocidas acerca de la capacidad del mercado en regular la oferta y el acceso a las acciones y servicios de salud, se hace necesario construir la determinación política y una fuerte capacidad del Estado de ejercer esa regulación. Hay una significativa heterogeneidad en la expresión de esa acción de regulación del Estado sobre el funcionamiento de los sistemas de salud en los cuatro países, incluso por diferencias en el diseño de esos sistemas, particularmente en lo que se refiere a grados variados de dependencia de capacidad no pública, a la existencia de estructura legal suficiente, a los desafíos colocados para el sistema de salud (objetivos, metas, mecanismos de control, participación de la población, etc).

Por otra parte, existe un consenso relativo acerca de algunos valores que pueden ser traducidos en el funcionamiento del sistema de salud. Entre esos consensos, la búsqueda de equidad parece merecer destaque en el momento actual, pudiendo constituir un importante propulsor de un estándar inicial de concertación sobre la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud: el esfuerzo de los países para garantizar el acceso de aquellos con mayor necesidad de asistencia a la salud. La comparación de los indicadores de la situación sanitaria – en muchos casos con desempeños equivalentes en la organización del sistema de salud – mostró una heterogeneidad significativa entre los países, pero mostró también la existencia de estándares igualmente heterogéneos en los mismos territorios nacionales. Por lo tanto, el proceso de consenso de estándares para la regulación del acceso a acciones y servicios de salud acarreará esfuerzos diferenciados entre los países, pero también esfuerzos de todos los países.

El establecimiento de esos estándares comunes para la regulación de la oferta y del acceso garantizaría compartir los esfuerzos para implementarlos y, seguramente, el

aumento de la efectividad de esos esfuerzos. Los relatos existentes sobre las tensas relaciones de muchos países con la industria farmacéutica y de producción de insumos (principalmente en lo que respecta a medicamentos, equipos e insumos con gran densidad tecnológica y costo); las dificultades de estandarización por parte de áreas de vigilancia sanitaria de productos de interés de la salud producidos en otros países; la mayor facilidad con que las políticas que rigen las relaciones comerciales avanzan en los países que poseen acuerdos comerciales o de formación de bloques económicos en comparación con normas comunes de políticas sociales (sanitarias, laborales, de derechos civiles, humanitarias, etc). Todos esos ejemplos muestran la importancia estratégica y política de avances formalmente constituidos en la definición de mecanismos comunes de regulación en el área de la salud.

En lo que se refiere a los países del MERCOSUR, ese movimiento de afinar compromisos comunes en busca de la equidad está siendo ejercitado en el momento actual, según lo demuestran las prioridades de los cuatro países presentadas con motivo de la XXI Reunión Ordinaria del SGT n.º 11 (MERCOSUR/SGT11, 2003). A ejemplo de lo que se ha verificado en el área de la Vigilancia en Salud, parece ser oportuna la definición de otras áreas para la concertación y formalización de metas a corto y mediano plazos.

La profundización de pactos entre los países en la dirección señalada interfiere de forma significativa y favorable para los gobiernos en el costo de los servicios, en la reglamentación de la oferta, en los estándares de calidad y en el ajuste de las condiciones de compra de acciones y servicios por parte de los gestores de los sistemas de salud en el MERCOSUR.

- **Diseño de estrategias para la superación de las desigualdades actualmente existentes, sea en la estructura y en el funcionamiento de los sistemas de salud o en la situación de salud de la población, y armonización de las condiciones de acceso a las acciones y servicios de salud y de calidad de la atención ofertada:**

Según los datos presentados en las referencias que han sido revisadas para la elaboración de este estudio, existen diferencias importantes en el funcionamiento de los sistemas de salud de los cuatro países, que necesitan ser enfrentadas para tornar viable un avance en el proceso de integración. Aunque se consideren la autonomía y las diferencias estructurales en los Estados Partes, que permiten variaciones sobre el propio diseño del sistema de salud, el acceso y la calidad de la atención básica es fundamental. De esa manera, la agenda del proceso de integración implicará, necesariamente, en el diseño de estrategias para cada uno de los países con el objeto de universalizar el acceso y estandarizar mínimamente la calidad de la atención básica a ofrecerle a la población. Inclusive en municipios de frontera, estudios han demostrado que la atención básica y las consultas de

urgencia y emergencia configuran gran parte de la demanda actualmente identificada como siendo de ciudadanos de los países vecinos, mayormente en Foz de Iguazú (Astorga J., Pinto C. & Figueroa M., 2002). De esa característica, en esos niveles de sofisticación tecnológica de la atención, parece ser excepción la oferta de acciones y de servicios para la atención al embarazo, parto y puerperio, aunque las significativas diferencias en los principales indicadores (mortalidad materna e infantil) demuestren que hay diferencias importantes en la calidad de los servicios ofrecidos a la población en ese segmento.

La organización de un flujo referenciado para los demás niveles de complejidad del sistema implica en el ordenamiento y la capacidad resolutiva de las puertas de entrada, que parece ser una obligación típica del Estado en los cuatro países. En el estudio anteriormente referido (Astorga J., Pinto C. & Figueroa M., 2002) de los sistemas de salud en los municipios de la triple frontera entre Argentina-Brasil-Paraguay, fue destacado que el flujo interfronteras estaba aumentado no solamente en las situaciones de diferencias de capacidad instalada, sino también cuando la atención en ese nivel de complejidad implicaba en pago por parte de los usuarios. Parece necesario, por lo tanto, concertar mecanismos de ampliación del alcance y la resolución para esos niveles de atención (atención básica, urgencia y emergencia) en los países – en particular en los municipios de frontera –, pero también garantizar la gratuidad para el acceso de los usuarios. Ese punto tiene gran influencia en el costo de los procedimientos realizados y, por lo tanto, es fundamental para el diseño de cualquier estrategia de financiamiento.

- **Evaluación de la capacidad asistencial y tecnológica de salud:**

El diagnóstico y el análisis de la capacidad asistencial y de la oferta de tecnologías en salud es de fundamental importancia para el diseño de estrategias de integración y para la propuesta de modelos de financiación para la atención interfronteras. Esa preocupación ya viene siendo procesada, como está demostrado en el Acta de la XXI Reunión Ordinaria del Subgrupo de Trabajo (SGT) N.º 11 "Salud" del MERCOSUR (MERCOSUR/SGT11, 2003), que estudia una metodología para el diagnóstico y el análisis de las capacidades instaladas en los municipios de frontera, así como la demanda asistencial que ya viene siendo atendida ("Metodología de Análisis de Redes de Servicios de Salud – Consideraciones sobre la aplicación en las fronteras en el MERCOSUR"). A la vez que se efectúa ese diagnóstico, se necesita un mapeo complementario de áreas de interés de los cuatro países. Esa acción de diagnóstico general de capacidad instalada y de demanda puede ser recortada para los municipios de frontera, principalmente para los municipios de las fronteras entre Argentina-Brasil-Uruguay, que no fueron objeto del análisis referido anteriormente. Esto tendrá gran capacidad de permitir la movilidad de los escenarios y de las estrategias para la financiación de la atención a la salud ofrecida entre los sistemas de salud de los países del MERCOSUR.

4. Construcción de escenarios

Teniendo en cuenta las consideraciones mencionadas hasta el momento, es posible diseñar algunos escenarios para el proceso de integración. Los mismos extrapolan las cuestiones relativas al financiamiento propiamente dicho, pero es necesario destacar que el componente financiero está siempre presente en todas las acciones propuestas, sea por el desembolso de recursos, sea para la identificación de elementos que permitan diseñar estrategias específicas para la utilización y el control de recursos financieros. Por otra parte, no es posible operar con las contribuciones de la economía de la salud para un proceso de racionalización e integración de sistemas de salud entre países sin un conjunto de definiciones e informaciones anteriores, relativas a la política más general que orienta esos procesos. También es oportuno registrar que, dependiendo del avance en las negociaciones entre los países, es perfectamente posible combinar elementos de cada uno de los escenarios presentados.

De esa forma, nos parece factible operar con las contribuciones encomendadas para ese análisis en tres escenarios, descriptos y caracterizados a seguir. Excepto en lo que se refiere a las contribuciones que tienen registro de aplicación apenas en los flujos entre los municipios de las fronteras o para el proceso más general.

Escenario 1
Preserva lo que ya está siendo desarrollado

En esta propuesta, se listan acciones que podrían componer un escenario más conservador. Eso sería indicado para situaciones que de alguna forma puedan comprometer la aceleración de la integración, sea por existir dudas sobre aspectos del proceso, o por dificultades en la implementación de medidas adicionales para la profundización de la integración. Algunas iniciativas que no implican en costos adicionales, pero que puedan fortalecer las etapas futuras del proceso de integración, también son mencionadas. La estrategia de formalización de la integración entre los sistemas de salud que está siendo diseñada debería consolidar el interés común y el compromiso de cada país en la realización de las actividades listadas, así como la no reducción de los estándares actuales de financiamiento para la región de la frontera.

Propuestas para este escenario:

- Formalización de garantía de acceso, en los estándares actuales, de la atención a ciudadanos de otros países;
- Manutención del estándar actual de avances en el proceso de integración, particularmente en el área de vigilancia en salud;
- Estímulo a la realización de estudios sobre el costo de acciones y servicios de salud

ofrecidos en las regiones de frontera;
- Estímulo a compartir discusiones actuales sobre sistemas de información en salud y proyectos de identificación de usuarios, profesionales y servicios de salud, así como al intercambio de las actuales tecnologías disponibles. Parece posible la instalación inmediata de Observatorios de Salud del MERCOSUR en las Regiones de Frontera;
- Integración de las discusiones que vienen sucediendo en los cuatro países sobre medidas de compensación financiera para municipios de frontera y estímulo al avance en esas discusiones;
- Profundización de estudios sobre la estructura jurídico-normativa del sistema nacional de salud de los países, en temas relacionados a la integración de los sistemas de salud con flujo de recursos financieros.

Escenario 2
Ampliación de la integración, en la medida de la capacidad financiera y operacional existente en los países, sin el incremento significativo de recursos financieros

En este escenario, listamos acciones que podrían componer un escenario intermedio, en el que el componente financiero probablemente podría ser absorbido por las fuentes ya existentes en los cuatro países, aunque en forma solidaria. Son cuestiones que pueden contribuir para avances en el proceso de integración o subsidiar una aceleración en ese proceso. La estrategia de formalización de la integración entre los sistemas de salud que se está construyendo, en este escenario, consolidaría las cuestiones referidas en el escenario anterior, así como el incremento de los estándares actuales de financiamiento para las regiones de frontera y para la integración de los sistemas de salud en los puntos listados.

Propuestas para este escenario:
- Inducción a la realización de diagnóstico detallado sobre la capacidad instalada en los sistemas de salud de los cuatro países, en lo que se refiere a la asistencia y la producción de insumos y tecnologías, así como a las demandas que podrían ser referidas a los otros países;
- Compartimiento de las capacidades operacionales actualmente disponibles para la atención de ciudadanos de otros países;
- Compartimiento de servicios de referencia para la asistencia de alta densidad tecnológica y la creación de redes transnacionales de desarrollo tecnológico;
- Planificación integrada para ampliación de capacidad operacional en áreas de mayor demanda en la región de frontera;
- Búsqueda conjunta y articulada entre los países, de recursos externos para inversiones estratégicas, desencadenando un proceso solidario de identificación de fuentes de recursos para la salud.

- Integración y fortalecimiento de proyectos estratégicos de los países: atención a la tercera edad, SIDA, asistencia farmacéutica etc.
- Estímulo a la realización de estudios sobre el costo de acciones y servicios de salud ofrecidos en los cuatro países;
- Creación de un incentivo para la atención a la salud con el objeto de garantizar el acceso, en la condición de visitantes, a los extranjeros en los municipios brasileños de la frontera del MERCOSUR.

Específicamente con relación a este punto, según deliberación contenida en el Informe Final de la 11ª Conferencia Nacional de Salud, consta que es necesario "establecer mecanismos de financiamiento, con acuerdos de cooperación entre los países limítrofes con Brasil, asegurando recursos adecuados para la atención básica en municipios localizados en región de frontera, considerando especificidades como: extensión de la frontera, población abarcada, como también la garantía de mecanismos de referencia y contrarreferencia para el acceso de la población a la atención de mediana y alta complejidad". (Ministerio de Salud, 2001, p. 85)

Considerando aún la ausencia de informaciones confiables para el diseño de estrategias más detalladas para transferencia de recursos para esa finalidad, y el todavía incipiente proceso de integración, juzgamos posible diseñar una propuesta con viabilidad técnica para la creación de una transferencia fondo a fondo, a partir de la adhesión de los municipios de frontera brasileños a un listado de obligaciones formales con capacidad de ajustar flujos, suplir parte de las deficiencias actuales e inducir nuevos estándares de integración entre los países.

Proyecciones de población y municipios brasileños en la frontera MERCOSUR:

Estados Brasileños	**Nº de Municipios**	**Población**
Mato Grosso do Sul	12	275.269
Paraná	9	409.083
Río Grande do Sul	29	698.880
Santa Catarina	10	70.787
País limítrofe		
Argentina	29	404.185
Paraguay	21	684.307
Uruguay	10	365.482
Porte poblacional del municipio brasileño		
Hasta 50 mil habitantes	53	591.319
De 50 a 100 mil habitantes	4	325.242
Más de 100 mil habitantes	3	537.413
Total	**60**	**1.453.974**

Fuente: Listado de municipios obtenido en www.mercosul.gov.br/textos/ y datos poblacionales de proyección para 2004 obtenidos en www.datasus.gov.br.

Se verifica que es posible proceder a selecciones que varían desde el universo de los municipios brasileños fronterizos con otros países del MERCOSUR, municipios por estado y por país, e incluso por tamaño poblacional para establecer un valor de referencia sobre la población a título de transferencia para el fortalecimiento de la integración entre los sistemas de salud de los países. A partir de la experiencia brasileña de financiamiento, indicamos la transferencia en la modalidad fondo a fondo. La inexistencia actual de datos sobre la referencia poblacional de extranjeros no nos parece impedimento para operacionalizar tal transferencia, ya que es posible establecer preliminarmente una estimación a partir de la población del propio municipio. Las acciones de vigilancia, de información y de referencia y contrarreferencia de ciudadanos de otros países nos parecen imprescindibles como responsabilidad formal de los municipios para la adhesión a las transferencias.

Escenario 3
Ampliación de la integración con inducción financiera y aplicación de recursos financieros nuevos

En este escenario, listamos acciones que compondrían un escenario más ambicioso, en donde serían desencadenadas acciones decisivas para una ampliación significativa de los estándares de integración actualmente existentes. Merecen relieve la creación de fondos para financiación de actividades asistenciales y para el desarrollo de incrementos estructurales, la integración de las políticas de información y el diseño de una agenda de prioridades para el uso de recursos financieros comunes para el proceso de integración. La estrategia de acuerdos multilaterales que se analiza en este escenario consolidaría las cuestiones referidas en el escenario anterior, así como el incremento de estándares actuales de financiación, incluso en la captación de fuentes externas, para la región de la frontera y para la integración de los sistemas de salud en los puntos listados, así como para la definición de una agenda de prioridades para uso de los recursos adicionales, principalmente por medio de los fondos de financiamiento (para costeo e inversión), particularmente para la integración de los sistemas de información y para la inducción de proyectos integrados de identificación de usuarios, profesionales y servicios de salud.

Propuestas para este escenario:

- **Creación de fondos de cohesión y de desarrollo estructural:**

La creación de fondos destinados a acciones y proyectos específicos puede tener un efecto bastante positivo, sea para el fomento de nuevos niveles de integración; o para tornar viable el desarrollo asistencial, científico o tecnológico, en áreas estratégicas desde el punto de vista asistencial o político, de modo a garantizar un estándar mayor de homogeneidad entre los países o, por lo menos, no agravar las desigualdades actuales. Para el análisis de la economía de la salud es necesario agregar un examen de los aspectos

legales e institucionales de los cuatro países. La definición de fuentes de recursos – propios de los países y/o captados en proyectos de cooperación – y de mecanismos de seguimiento y control, y de estructuras para la gestión de esos recursos que debe ser objeto de concertación y formalización entre los países, involucrando no sólo las estructuras ejecutivas de los gobiernos, sino también los demás poderes. Si dicha estrategia implica en un transcurso considerable de tiempo, también es verdad que, embrionariamente, puede ser desarrollada por medio de la búsqueda integrada de fuentes externas de financiamiento, así como en la definición de recursos propios de los cuatro países, para utilización en proyectos nacionales de acuerdo a prioridades definidas en conjunto por los demás países. La atención al agudo proceso de envejecimiento de la población de esos países, con características y problemas identificados anteriormente, parece ser un buen ejemplo de campo de proyectos que podrían ser desarrollados de esa manera.

- **El compartimiento de estándares de información, del proceso de registro de eventos y de la identificación de usuarios, profesionales y servicios a los efectos del sistema de informaciones:**

Producir avances en lo que se refiere a los sistemas de información es una operación urgente e imprescindible en cualquier escenario capaz de cualificar el proceso de integración de los sistemas de salud de los cuatro países. La necesidad de informaciones fácilmente disponibles, con calidad, estándares comunes de representación y de tecnología de captura y tratamiento, y dinámicas similares de procesamiento y disponibilización es referida en diversos estudios sobre la integración entre países. Esa referencia también es verificada, en particular para la integración en el MERCOSUR, en el estudio sobre municipios de la frontera Brasil-Argentina-Paraguay (Astorga J., Pinto C. & Figueroa M., 2002) y en el análisis de la experiencia de la Unión Europea (Unión Europea, 2003). Por otra parte, los diagnósticos de los sistemas nacionales de salud de los cuatro países muestran escenarios similares, con sistemas desintegrados o, incluso, inexistentes, e iniciativas incipientes para su reordenamiento (OPS, 2002; 2003a, 2003b, 2003c, 2003d). La oportunidad de un avance significativo parece ser más evidente en la experiencia brasileña, donde una política de información e informática en salud fue diseñada recientemente, con mérito ya reconocido internacionalmente, y donde ya viene siendo desarrollada hace algunos años una densa experiencia de identificación de usuarios, profesionales y servicios de salud capaz de ordenar los sistemas de información. Esa es una importante área de utilización de recursos de fondos de desarrollo estructural, incluso con fuentes de financiación disponibles, como es el caso de las líneas de cooperación de la Unión Europea, y también una área buena para la cooperación solidaria entre los países – con factibilidad, por lo tanto, también en los escenarios anteriores.

- **Composición de una agenda para el análisis y definición de áreas estratégicas para la inducción de avances en el proceso de integración, con el empleo de recursos financieros adicionales de los fondos de financiación.**

Otros focos también pueden ser objeto de profundización en el proceso de integración y optimización entre los sistemas de salud de los países del MERCOSUR desde la perspectiva de la economía de la salud. Una definición más precisa de esos focos, así como un proceso de identificación de prioridades entre los países podrá permitir el análisis más detallado de posibles arreglos en el escenario de la financiación de la atención a la salud y de la optimización/racionalización de los flujos interfronteras.

Referencias

ASTORGA J., I.; PINTO C., A.M.; FIGUEROA M., Marco. *Informe de la trifrontera – Estúdio de red fronteriza Brasil – Argentina – Paraguay.* Informe final. Junio 2002. Relatório impresso.

CASTRO, J.D.; FERLA. A.A.; PELEGRINI, M.L.M. *Racionalização dos recursos e organização de estratégias de integração entre os sistemas de saúde da Argentina, do Brasil, do Paraguai e do Uruguai: uma análise preliminar a partir da economia da saúde*. Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

MERCOSUL. SGT Nº 11. (2003). *XXI Reunión Ordinaria del Subgrupo de Trabajo Nº 11 - "Salud". Acta Nº 2/03*. Disponible en www.mercosulsaude.org. Consultado el 05/03/2004.

MINISTERIO DA SAÚDE. *Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

OPAS (2002). Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas*. Edición de 2002. Washington, D.C.: OPS, 2002 – 2 v. (Publicación Científica y Técnica; 587).

OPAS (2003a). Organización Panamericana de la Salud. *Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Argentina***.** Disponible em: http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 ARGENTINA.htm. Consultado el 05/03/2004.

OPAS (2003b). Organización Panamericana de la Salud. *Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Brasil***.** Disponible em: http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 BRASIL.htm. Consultado el 05/03/2004.

OPAS (2003c). Organización Panamericana de la Salud. *Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Paraguay.* Disponible em: http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 PARAGUAY.htm. Consultado el 05/03/2004.

OPAS (2003d). Organización Panamericana de la Salud. *Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud del País, año 2002, Uruguay.* Disponible en: http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/Sistema Regional de Datos Básicos en Salud - Perfil de Salud de País 2002 URUGUAY.htm. Consultado el 05/03/2004.

PIOLA, S.F.; VIANNA, S.M. (Org.). *Economia da Saúde: conceito e contribuições para a gestão da saúde*. Brasília: IPEA, 1995.

União Européia. **Processo de Reflexão de Alto Nível sobre a Mobilidade dos Doentes e a Evolução dos Cuidados de Saúde na União Europeia**, Documento: Resultados do processo de reflexão Data: 9/12/2003 Referência: HLPR/2003/16) http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/documents/health_status_en.pdf

9. EXPERIENCIAS BRASILEÑAS DE ASOCIACIONES ENTRE MUNICIPIOS BUSCANDO ORGANIZAR, RACIONALIZAR Y CALIFICAR LA ASISTENCIA A LA SALUD.

Gilberto Antônio Reis

Médico de la Secretaría Municipal de Salud de Betim, Estado de Minas Gerais, y profesor del Curso de Especialización en Salud Pública de la Universidad del Estado de Minas Gerais

1. Introducción

El desarrollo, por parte de los municipios brasileños, de estrategias para asegurar el acceso de sus habitantes a servicios y acciones de salud no ofrecidos en sus territorios es consecuencia, en parte, de la lógica que orientó la implantación de los establecimientos y equipos de atención a la salud a lo largo del siglo XX, determinada por las leyes del mercado en la atención a la salud. Las intervenciones estatales en ese mercado siempre fueron marginales y puntuales, buscando dar respuestas a intereses específicos.

Hasta la institucionalización del Sistema Único de Salud (SUS) en 1990, diversos municipios fueron asumiendo actividades de atención a la salud paralelamente o en cooperación con servicios federales o estaduales existentes en sus territorios. Distintos niveles de responsabilidad de los gestores locales, que varían desde la simple adquisición de ambulancias para el transporte hasta el puesto de emergencia del municipio vecino, a la implantación de unidades de salud de diferentes niveles de complejidad, definen, en este escenario, varias experiencias informales de asociaciones entre municipios.

Los instrumentos disponibles para la formalización de dichas asociaciones en la legislación brasileña son los convenios, acuerdos o ajustes, los contratos, la creación de asociaciones de municipios y los consorcios administrativos. Sin embargo, el desarrollo de experiencias formalizadas de cooperación entre municipios vecinos asumió, en casi todo el país, la forma de consorcio administrativo, con la creación de una asociación de municipios como entidad administradora del consorcio. Tomamos como ejemplo la experiencia pionera de consorcio intermunicipal de salud desarrollada en la región de la que es polo el municipio de Penápolis, en el Estado de São Paulo, a mediados de la década de 1980. Esa concepción de consorcio administrativo intermunicipal, frente a la falta de

normas específicas en la legislación brasileña, fue influenciada por la experiencia europea, en especial por la experiencia italiana, donde el consorcio es una agregación superior al municipio, con personalidad jurídica propia y es declarado persona jurídica de derecho público (LARA, 2002).

Con la implementación del Sistema Único de Salud, la creación de consorcios administrativos intermunicipales pasó a representar una posibilidad de respuesta al desafío de asegurar el acceso de todos los ciudadanos, según sus necesidades, a todos los niveles de complejidad de la atención a la salud, no disponibles en la inmensa mayoría de los municipios. Es decir, los consorcios tendrían el potencial de viabilizar el carácter integral de la atención a la salud – uno de los principios del SUS, en cuanto instrumento de gestión empresarial. Dicha respuesta está condicionada por dos especificidades brasileñas:

1. La municipalización de la asistencia a la salud como una de las directrices organizacionales del Sistema Único de Salud (SUS), instituido por la Constitución Federal de 1988 y por las leyes orgánicas de la salud – leyes 8.080 y 8.142, ambas de 1990 (BRASIL, 1994).
2. El hecho de que, en el régimen federativo brasileño, el municipio constituye un ente federado con relativa autonomía con relación a los niveles estadual y federal, asegurada por los artículos 18, 29 y 34, inciso VII, línea "c" de la Constitución Federal. Según LARA (2002), esa autonomía se asienta en cuatro capacidades:
   a) *la capacidad de auto-organización, mediante la elaboración de ley orgánica propia;*
   b) *capacidad de auto-gobierno, por el carácter electivo del Intendente y Concejales;*
   c) *capacidad normativa propia, mediante la elaboración de leyes municipales sobre materias que son reservadas a su competencia exclusiva y suplementaria;*
   d) *capacidad de auto-administración, para mantener y prestar servicios de interés local (p.44).*

De hecho, las leyes orgánicas de la salud instituyeron el consorcio administrativo como instrumento de gestión intermunicipal, dando impulso a la creación de consorcios en todo el país a lo largo de la década de 1990. En 2000 (BRASIL, 2000) existían en 13 estados un total de 141 consorcios, involucrando 1.618 municipios brasileños (el 29,4% del total), con población estimada en más de 25 millones de habitantes (el 15% del total). La adhesión de un municipio a un consorcio intermunicipal de salud, como todas las decisiones tomadas en el ámbito de la administración pública, es determinada por los intereses de las fuerzas políticas que controlan el gobierno local, lo que crea una diversidad de situaciones a lo largo del tiempo y del territorio brasileño. En ese escenario, bajo la denominación de "consorcio", han sido desarrolladas diferentes experiencias. Se verifica de esa manera que la utilización de ese instrumento de gestión intermunicipal ha revelado las contradicciones del proceso de construcción del sistema público de salud en Brasil.

MENDES (1994) afirma que, a lo largo del siglo XX, el sistema de salud brasileño se fue articulando:

- Hasta los años 30, bajo la hegemonía del modelo sanitarista-campañista, tomando como referencia el trabajo de sanitaristas como Oswaldo Cruz;
- De los años 30 a los años 80, bajo la hegemonía del modelo médico-asistencial privatista, estructurado a partir de los institutos de jubilación y consolidado en el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS), y luego Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social (INAMPS);
- A partir de los años 80, bajo la hegemonía del modelo neoliberal, consolidado en los planes y seguros privados de salud para los trabajadores urbanos calificados y para las clases medias.

El primer período inaugura la intervención del Estado brasileño en los temas de salud, actuando de forma selectiva sobre epidemias y endemias que producían impacto negativo sobre la economía agro-exportadora. El segundo período representa una respuesta del Estado a las presiones de los trabajadores en el sentido de tener acceso a los avances de la moderna medicina científica y corresponde a la constitución del sector de servicios de salud como actividad económica dinámica, contribuyendo el Estado para la formación del capital del complejo médico hospitalario naciente, a través del INPS/INAMPS. El último período tuvo como telón de fondo las profundas crisis económica y política que llevaron a la transición del régimen autoritario hacia la democracia liberal y la proliferación de los planes y seguros privados de salud. En ese escenario, emerge como proyecto contra-hegemónico la reforma sanitaria, consolidada formalmente en la legislación que instituyó el Sistema Único de Salud (SUS).

El inicio del proceso de construcción del SUS puede ser localizado en la década del 70, como parte del proceso general de lucha de amplios sectores de la sociedad brasileña en la reconstrucción de la democracia. En ese proceso, la reforma sanitaria fue la bandera que articuló técnicos y políticos reformistas, líderes de los movimientos sociales urbanos emergentes y del nuevo movimiento sindical. Los hechos presentados a continuación, en orden cronológico, permiten verificar cómo la idea de la salud como derecho de todos y deber del Estado evoluciona en ese período:

- 1976 – Creado el Programa de Interiorización de las Acciones de Salud y Saneamiento (PIASS), con el objetivo de extender las acciones básicas de salud para las regiones más carenciadas del país;
- 1978 – Realizada la Conferencia Mundial de Salud por la Organización Mundial de la Salud en la ciudad de Alma-Ata, en Cazaquistán, habiendo el gobierno brasileño asumido el compromiso internacional de implementar una política de salud que asegurara "salud para todos en el año 2000";
- 1982 – Elaborado el Plan del Consejo Nacional de Administración de la Salud Previ-

sional (CONASP), a partir del cual fueron implementadas las Acciones Integradas de Salud (AIS), dando inicio a un proceso sistemático y generalizado en el territorio brasileño de municipalización de la asistencia a la salud;

- 1986 – La 8ª Conferencia Nacional de Salud aprueba la implantación de una nueva política de salud, efectivamente democrática, teniendo como directrices la universalización, la integralidad y la gratuidad de la asistencia, y la descentralización y unificación de la gestión con participación de la sociedad;
- 1987 – Implementado el Sistema Unificado y Descentralizado de Salud (SUDS), en el contexto de la llamada "Nueva República", que transfirió a los gobiernos estaduales y del Distrito Federal la coordinación y gestión de los recursos financieros para la manutención de las AIS;
- 1988 – Promulgada la Constitución Federal, conteniendo, por primera vez en la historia, un capítulo dedicado a la salud, reflejando todo el proceso desarrollado a lo largo de dos décadas e instituyendo el Sistema Único de Salud (SUS);
- 1990 – Sancionadas las leyes orgánicas de la salud (Leyes Federales 8.080 y 8.142);
- 1991 – Editada la Norma Operacional Básica (NOB) 01/91, por el Ministerio de Salud, que da inicio al proceso de municipalización de los sistemas federales y estaduales de salud;
- 1996 – Editada la Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, por el Ministerio de Salud, que define las modalidades de gestión del SUS en los demás niveles de gobierno, a saber:
  1. Para los estados – gestión avanzada o gestión plena del sistema estadual de salud.
  2. Para los municipios – gestión plena de la atención básica o gestión plena del sistema municipal de salud.
- 2000 – Promulgada por el Congreso Nacional la Enmienda Constitucional n.º 29 que obliga a estados y municipios a destinar a la salud el 12 y el 15 % de los respectivos presupuestos, y a la Unión gastos con aumentos anuales progresivos de acuerdo con el crecimiento nominal del Producto Bruto Interno (PBI), a partir del año 2000;
- 2001/2002 – Editadas las Normas Operacionales para la Salud (NOAS) 01/2001 y 01/2002, por el Ministerio de Salud, que normatizan el proceso de regionalización de la asistencia a la salud en el ámbito del SUS, bajo la coordinación de las secretarías estaduales de salud.

Según CAMPOS (1992), el SUS puede ser presentado como el resultado de la tensión permanente entre dos proyectos – el neoliberal y el reformista. De esa forma, sus fundamentos legales (Constitución Federal y leyes orgánicas de la salud) acogieron las propuestas de la reforma sanitaria, pero su implementación, en la práctica, ha caminado en sentido de la realización de la propuesta neoliberal: un sistema público mínimo para la población de bajos ingresos, organizado como una canasta familiar básica de cuidados de la salud, y la compra en el mercado de servicios de atención médica por parte de las

empresas para sus empleados, y por parte de las clases media y alta a través de planes y seguros de salud.

A pesar de ello, en comparación a la situación verificada en otros países de Sudamérica (ASTORGA J; PINTO C. & FIGUEROA M; 2002), el SUS es reconocido, en cuanto sistema público de salud, como socialmente más justo y, desde el punto de vista organizacional, más avanzado. Por ofrecer acceso a todos los niveles de complejidad de la asistencia a la salud de forma gratuita, el SUS ha atraído contingentes crecientes de residentes en países vecinos en busca de asistencia a la que no tienen acceso en sus países. Esa situación es más aguda y problemática en los municipios de la línea de frontera, y demanda una solución, bajo pena de que el SUS se torne inviable en esos municipios.

Este trabajo busca evaluar la experiencia brasileña en el desarrollo de asociaciones entre municipios, buscando organizar, racionalizar y calificar la asistencia a la salud en el ámbito del SUS, enfocando los consorcios administrativos intermunicipales en el sentido de señalar las posibilidades y límites de la proyección de esa experiencia a la organización del Sistema Integrado de Salud del MERCOSUR.

2. Aspectos Jurídicos y Legales

2.1 Concepto de Consorcio

Al buscar el origen de la palabra consorcio, encontramos la palabra latina *consortiu* significando asociación movida por comunión de intereses. En la concepción adoptada en este estudio, consorcio es un instrumento del que se valen dos o más entes estatales de la misma especie – como los municipios, para unir esfuerzos tendientes a alcanzar un fin, de interés público, que no alcanzarían aisladamente.

SANTOS (2000), luego de realizar amplia revisión bibliográfica, afirma que:

> *Nuestros doctrinadores son unánimes al conceptuar el consorcio como un acuerdo celebrado entre personas jurídicas de la misma naturaleza, igualándolo al convenio en lo referente a los demás aspectos. En la definición de Odette Medauar, consorcios administrativos son "acuerdos celebrados entre entidades estatales de la misma especie o del mismo nivel, destinados a la realización de objetivos de interés común". Para María Silvia Zanella Di Pietro, "consorcio administrativo es el acuerdo de voluntades entre dos o más personas jurídicas públicas de la misma naturaleza y del mismo nivel de gobierno o entre entidades de la administración indirecta para la consecución de objetivos comunes". De la misma forma se expresan Hely Lopes Meirelles, Diógenes Gasparini, Ubiratan Laranjeiras Barros y otros* (p. 2-3).

El último autor citado arriba, BARROS (1995) sostiene que el consorcio

> *(...) es una forma asociativa de esfuerzos, entre entidades de la misma especie, teniendo en vista alcanzar objetivos comunes. Es, en realidad, un compromiso de mutua cooperación entre los consorciados. Esa cooperación puede tener como objetivo la realización de obras, servicios y actividades temporarias o permanentes que, aunque estén localizadas en un Municipio o Estado, sean del interés de otros o de toda una región. Buscan, de esa forma, reunir recursos financieros, humanos y técnicos no disponibles en un solo Municipio o Estado. Entre nosotros lo más usual es el consorcio de municipios – consorcio intermunicipal* (p. 508).

Queda claro, por lo tanto, que el consorcio sólo se admite entre entidades de la misma especie, o sea, Municipio con Municipio, Estado con Estado, autarquía con autarquía, no habiendo partes, sino únicamente partícipes con las mismas pretensiones. Para CASTRO (1999), los consorcios intermunicipales buscan fines administrativos y son formas ágiles para enfrentar problemas locales, dentro de áreas sectoriales definidas, como en la salud, que tendrán solución en vista de la buena gobernanza en el uso de los instrumentos y mecanismos de las políticas públicas. Para el autor, representan también la posibilidad de dirimir conflictos intergubernamentales, interestaduales, interinstitucionales, territoriales o comunitarios.

Adoptando ese mismo concepto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), aborda los consorcios *como instrumentos de gestión, estimuladores del planeamiento local y regional, posibilitando la viabilización financiera de inversión, optimización de la red y superación de desafíos locales en el proceso de implantación del sistema* (OPS, 2004).

LARA (2002) alerta para el hecho de que la Constitución Federal de 1988, en su artículo 25, § 3º atribuye a los Estados la competencia para instituir, por medio de ley complementaria, las regiones metropolitanas, aglomerados urbanos y microregiones, a fin de integrar la organización, la planificación y la ejecución de funciones públicas de interés común. Tales formaciones, sin embargo, no se confunden con los consorcios intermunicipales, porque éstos constituyen ajustes firmados, voluntariamente, por los municipios, de manera que los consorciados pueden alejarse en el momento que lo consideren más conveniente, desde que se respeten las normas estipuladas en su acto constitutivo. Sin embargo, eso no podrá ocurrir en las regiones administrativas creadas por ley complementaria.

Otro aspecto señalado por la autora es el hecho de que el consorcio y el convenio constituyen instrumentos de naturaleza jurídica semejante, utilizados por el poder público para asociarse con otros entes, siendo aplicados a los consorcios todos los principios y preceptos reguladores de los convenios. La diferencia entre esos dos instrumentos reside en el hecho de que, mientras el convenio se firma entre entes públicos de especies diferentes o entre

ésos y entes privados, el consorcio, como se afirmó con anterioridad, solamente es celebrado entre entes públicos de la misma especie. Se destaca además que el consorcio público no se confunde con otras modalidades de consorcios de naturaleza privada existentes en el mundo jurídico, tales como los consorcios comerciales y empresariales.

2.2 Naturaleza Jurídica

A pesar de la gran convergencia observada entre los diversos autores al conceptuar consorcio, la cuestión de su naturaleza jurídica permanece polémica. Adoptamos en este trabajo la opinión de aquellos que afirman que los consorcios – así como los convenios, tienen naturaleza contractual (MEDAUAR, 1995; BARROS, 1998 y SANTOS, 2000). La naturaleza contractual del consorcio trae implicaciones con relación a la posible exigencia de licitación para su institución, lo que será abordado en el capítulo dedicado a las cuestiones organizativas.

2.3 Personalidad Jurídica

Asumimos, en este trabajo, la posición de SANTOS (2000) y BARROS (1995), que sostienen que los consorcios no son dotados de personalidad jurídica. Son acuerdos despersonalizados, formados por dos o más entes jurídicos para la realización de intereses comunes. Sin embargo, según la autora

> *No siendo el consorcio poseedor de personalidad jurídica, así como el convenio tampoco lo es, algunos doctrinadores argumentan sobre la conveniencia de que se cree una persona jurídica, vinculada a las finalidades del consorcio, para ejecutarlo, asumiendo derechos y obligaciones en nombre de las entidades consorciadas* (p. 4).

2.4 Bases Legales para la Institución de Consorcios Intermunicipales de Salud

WANDERLEY JÚNIOR (1999) afirma que, a pesar de haber sido idealizados hace más de 60 años, los consorcios intermunicipales aún son una novedad en el derecho brasileño. Las publicaciones al respecto del tema se resumen a informativos de organismos públicos, pareceres y referencias legislativas, y algunos pocos artículos en periódicos o referencias eventuales de algunos autores en sus manuales de derecho administrativo, siendo raras las publicaciones específicas. El primer diploma en regular la materia es la ley del Estado de São Paulo n.º 2.484, del 16 de diciembre de 1935, siendo el consorcio de la Alta Araraquarense el precursor del asociativismo intermunicipal. Las constituciones federales de 1937 y 1967 preveían la posibilidad de que los municipios se asociaran para la consecución de objetivos comunes, sin embargo, sin utilizar la denominación de consorcio para esas asociaciones.

Según lo entiende LARA (2002), a pesar de no referirse directamente a los consorcios administrativos, la Ley n.º 8.666/93 (Estatuto de Licitaciones y Contratos Administrativos), al determinar en su artículo 116 que *"Se aplican las disposiciones de esta Ley, en lo que quepa, a los convenios, acuerdos, ajustes y otros instrumentos congéneres celebrados por órganos y entidades de la Administración",* permite la inserción de esos consorcios en la expresión *"otros instrumentos congéneres".*

Después de la promulgación de la Enmienda Constitucional n.º 19, del 04 de junio de 1998, (BRASIL, 1998) la institución de consorcios administrativos fue prevista, por primera vez, en la Constitución Federal. Esa Enmienda, que dispone sobre principios y normas de la Administración Pública, establece en su artículo 24 que el artículo 241 de la Constitución Federal entra en vigor con la siguiente redacción: *Artículo 241. La Unión, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios disciplinarán por medio de Ley los consorcios públicos y los convenios de cooperación entre los entes federados, autorizando la gestión asociada de servicios públicos, así como la transferencia total o parcial de gastos, servicios, personal y bienes esenciales para la continuidad de los servicios transferidos.*

Sin embargo, esta Enmienda aún no ha sido reglamentada. Existen proyectos de ley reglamentado los consorcios administrativos en tramitación en el Congreso Nacional (Proyecto de Ley n.º 1071, de 1999) y en la Asamblea Legislativa de Minas Gerais (Proyecto de Ley n.º 49, de 2003). Esos proyectos incorporan diferentes concepciones de consorcios, reflejando la falta de consenso en torno de ese tema.

Con respecto a la legislación específica sobre el Sistema Único de Salud, verificamos que la Constitución Federal (BRASIL, 1994), en su artículo 196, define que *la salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que objetiven la reducción del riesgo de enfermedades y de otros daños, y el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación*. El acceso a las acciones y servicios de salud, aún según la Constitución Federal, será asegurado a través de una red regionalizada y jerarquizada, constituyendo un sistema único, organizado de forma descentralizada, con dirección única en cada esfera de gobierno y la participación de la comunidad, con el objetivo de proveer atención integral en salud. El artículo 199 establece que la asistencia a la salud es libre a la iniciativa privada, pero prohíbe destinar recursos públicos para auxilios o subvenciones a las instituciones privadas con fines lucrativos.

La Ley Complementaria n.º 8.080, que dispone sobre las condiciones para la organización e implantación de las acciones y servicios del Sistema Único de Salud, establece en su artículo 9º, inciso III, que la dirección del SUS es única en cada esfera de gobierno, siendo ejercida en el ámbito de los municipios por la secretaría municipal de salud u órgano equivalente. El artículo 10 de la misma Ley abre la posibilidad de la constitución de consorcios intermunicipales de salud para que los municipios puedan desarrollar, en

conjunto, las acciones y los servicios de salud que les correspondan. En el artículo 18, inciso VII, la Ley establece que es atribución de la dirección municipal del SUS *formar consorcios administrativos intermunicipales.*

La Ley Complementaria 8.142, que dispone sobre las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de la salud, en sus artículos 2º y 3º, establece que los municipios podrán establecer consorcio para la ejecución de acciones y servicios de salud, redistribuyendo, entre ellos, porciones de los recursos destinados a cubrir las acciones y servicios de salud a ser implementados (inversiones en la red de servicios, cobertura asistencial médica y hospitalaria y demás acciones de salud), debiendo la transferencia de recursos ser realizada de forma regular y automática para los municipios de acuerdo con los criterios técnicos definidos en el artículo 35 de la Ley n.º 8.080, artículo ése aún no reglamentado.

La Norma Operacional Básica – NOB-SUS – 01/96 (BRASIL, 1997), editada por el Ministerio de Salud, establece que la relación entre los sistemas municipales de salud deberá obedecer las siguientes reglas:

1. Relación exclusiva entre gestores municipales para la composición de prestación de servicios asistenciales a la salud. Caso un servicio necesario para la atención de la población de un municipio esté localizado en otro, las negociaciones para la oferta de ese servicio a la población deben llevarse a cabo entre los gestores y nunca directamente entre gestor y prestador.
2. Esa relación entre los sistemas municipales es mediada por el Estado y tiene como instrumento la Programación Pactada e Integrada (PPI) que debe ser negociada en la Comisión Intergestores Bipartita (CIB) y sometida a la aprobación del Consejo Estadual de Salud. En el caso de desacuerdo en la CIB, decide el gestor estadual, cabiendo recurso al Consejo Estadual de Salud.
3. Si el gestor municipal juzga necesaria una evaluación o auditoria de los prestadores de servicios de salud situados en otro municipio, debe recurrir al gestor estadual para ello.
4. El pago al prestador, en cualquier circunstancia, es efectuado por el poder público del municipio sede del establecimiento.
5. El municipio que presta servicios o tiene en su territorio prestadores que prestan servicios a los municipios vecinos, tendrá los recursos destinados al pago de esos servicios incorporados en su partida financiera.
6. Cuando un municipio, que demanda servicios a otro, amplíe su propia capacidad resolutiva, puede requerir al gestor estadual la incorporación en su partida financiera de la parte de recursos usados en el municipio vecino.

La NOB/96 no entra en la cuestión de la organización de consorcios intermunicipales de salud y fue editada con la finalidad principal de promover y consolidar el poder público municipal como gestor local del Sistema Único de Salud, responsable por la atención integral de su propia población. Sin embargo, establece bases para la adopción de este instrumento al definir las normas para la articulación intermunicipal con el objetivo de asegurar el acceso a todos los niveles de complejidad del Sistema Único de Salud.

Las Normas Operacionales de la Asistencia a la Salud de 2001 y 2002 – NOAS 01/2001 y NOAS 01/2002 del Ministerio de Salud (BRASIL, 2002), tampoco abordan los consorcios intermunicipales, pero definen reglas para el proceso de regionalización de la asistencia en el ámbito del Sistema Único de Salud como estrategia de jerarquización de los servicios de salud y de búsqueda de mayor equidad. Ambas establecen en sus incisos 1.1 que:

> *El proceso de regionalización deberá contemplar una lógica de planificación integrada, abarcando las nociones de territorialidad en la identificación de prioridades de intervención y de conformación de sistemas funcionales de salud, no necesariamente restrictos al alcance municipal, pero respetando sus límites como unidad indivisible, de forma a garantizar el acceso de los ciudadanos a todas las acciones y servicios necesarios para la resolución de sus problemas de salud, optimizando los recursos disponibles.*

Las NOAS instituyen, de esa manera, el Plan Director de Regionalización como instrumento de ordenamiento del proceso de regionalización de la asistencia en cada Estado y en el Distrito Federal, debiendo ser elaborado por las Secretarías de Estado de la Salud y del Distrito Federal, con la perspectiva de asegurar la integralidad de la atención a la salud mediante el establecimiento de compromisos entre gestores municipales para la atención de referencias intermunicipales.

El consorcio intermunicipal podrá ser un instrumento útil para la gestión de esas regiones o micro-regiones de salud, lo que viene ocurriendo en algunos Estados. Sin embargo, del mismo modo que fue discutido anteriormente para las regiones administrativas instituidas por los Estados, las regiones/micro-regiones de salud, de la manera como están siendo implementadas, tienen un carácter permanente y una base territorial fija, aproximándose del modelo de distrito sanitario. El consorcio no se debe fijar al proceso de territorialización o de constitución de regiones determinadas geográficamente, una vez que constituye un instrumento de gestión ágil y flexible, permitiendo la articulación intermunicipal en múltiples arreglos territoriales simultáneos y complementarios, dirigidos a enfrentar problemas muy específicos de acuerdo con las necesidades y prioridades identificadas en cada municipio.

3. Aspectos Organizacionales de los Consorcios Intermunicipales de Salud

3.1 Estructura Administrativa y Administración del Consorcio

Según se ha expuesto antes, diversas experiencias de consorcios intermunicipales de salud vienen siendo desarrolladas en todo Brasil desde mediados de la década del 80, con la experiencia pionera de Penápolis, en el Estado de São Paulo y, por lo tanto, antes de ser instituido el SUS. La casi totalidad de esas experiencias instituye sociedades civiles, de carácter privado, paralelas a los respectivos términos consorciales, para ejecutar las actividades previstas en aquellos instrumentos. Efectivamente, al referirse a los consorcios, MEIRELLES (1993) hace la siguiente recomendación:

> *(...) como no son personas jurídicas, no tienen capacidad para ejercer derechos y asumir obligaciones a nombre propio, por lo cual es de total conveniencia la organización de una entidad civil o comercial, paralela, que administre sus intereses y realice sus objetivos, como es deseado por los consorciados* (p. 357).

Partiendo de esa recomendación, los municipios vienen denominando "consorcio", de forma equivocada a nuestro entender, a las sociedades civiles creadas para ejecutar actividades que fueron objeto de acuerdo establecido entre los participantes. En ese sentido, BARROS (1995) sostiene que:

> *No se puede concluir de esas orientaciones que todo y cualquier consorcio exija automáticamente la creación de una persona jurídica. No se puede hacer del consorcio, como se viene haciendo, la propia persona jurídica, o sea, personalizar el consorcio. Como ya se dijo, aquí y más allá, el consorcio no tiene personalidad jurídica. Puede haber consorcios que no demanden la creación de una entidad personalizada. O también, por opción política, se decida por la no creación. Creemos que la solución, en estos casos, es la utilización de la personalidad jurídica del Municipio sede. O también, la utilización de la personalidad judicial de la Secretaría Municipal de Salud, que ya la poseía por tratarse de un órgano autónomo, o por haberla adquirido, con la vinculación del Fondo Municipal de Salud (...) Por lo tanto, los órganos municipales de dirección del Sistema Único de Salud pueden asumir derechos y obligaciones, dispensando de esa forma la creación de una persona jurídica paralela para el consorcio. Esa orientación también fue incorporada por la Ley n.º 8.080 del 19/09/90, en el artículo 9º, III, cuando atribuye a la Secretaría Municipal de Salud la dirección del SUS, y en el artículo 18, VII y X, cuando atribuye a ese mismo órgano competencia para formar consorcios administrativos intermunicipales y celebrar contratos y convenio. Ello significa que el Secretario de Salud tiene competencia para firmar consorcios, contratos y convenios. Es también ordenador de gastos (p. 510).*

Por lo tanto, el consorcio existe a partir de la firma del acuerdo o ajuste consorcial por parte de los intendentes y secretarios municipales de salud. El acuerdo consorcial debe explicitar el objeto y los objetivos básicos del Consorcio, las formas de participación de los municipios consorciados, así como sus obligaciones en la gestión y en la transferencia de recursos financieros, la definición del modelo administrativo y las reglas mínimas para los procedimientos administrativos rutinarios, los derechos de los consorciados, la composición y reglas mínimas de funcionamiento de sus instancias deliberativas y consultivas, la forma de vinculación y de desvinculación de municipios al Consorcio, el número mínimo de participantes para deliberación, el foro para saldar pendencias y la vigencia, que podrá ser por tiempo indeterminado.

El autor llama la atención para la necesidad de apertura de una cuenta especialmente destinada a recibir los recursos financieros a ser utilizados para el pago de las actividades o inversiones previstas en el acuerdo del consorcio. Dicha cuenta deberá ser vinculada al consorcio y administrada por el órgano gestor del Sistema Único de Salud del Municipio escogido como líder del consorcio por los participantes. En esa circunstancia, deberá ser establecido un sistema de prestación de cuentas al conjunto de los consorciados, y a otros órganos, de acuerdo con la legislación aplicable a los actos de la administración pública. Concluyendo su argumentación, el autor afirma:

> *Además, creemos que la conclusión por la necesidad de que se cree una entidad privada para ejecutar el consorcio es fruto de una cultura en que la Administración Pública no funciona, está trabada, lenta, pesada; y que el sector privado es ágil, eficiente y eficaz. Inicialmente, se intentó negar los valores y principios defendidos en la época de la asamblea constituyente, o sea, se propuso la creación de una entidad regida por el derecho privado a fin de evitar el proceso licitatorio, la concesión de derechos a los funcionarios – como la estabilidad – el concurso público etc. Pues bien, si eso no sirve, es malo y nocivo, ¿por qué preservarlos para la Administración Pública? ¿Será que el sector público es un nido de lo inservible? Creemos que no. Vemos en ello una deturpación de aquellos principios por quien aún no comprendió lo que es administrar la cosa ajena, la cosa pública. Quiere administrarlos como su propiedad. El régimen privado de esas personas jurídicas, por otro lado, mereció manifestación del Tribunal de Cuentas del Estado de San Pablo, en septiembre de 1992, en el sentido de que, siendo tales asociaciones mantenidas fundamentalmente con recursos públicos, deberían ser regidas por las reglas de la Administración Pública (Proceso 7.489/0 26/92 del TCE/SP)* (p. 511).

La estructura administrativa mínima del consorcio debe contemplar instancias colegiadas de intendentes y/o secretarios municipales de salud, además de un consejo fiscal y un grupo técnico ejecutivo. El colegiado de intendentes tiene como atribuciones insti-

tuir el consorcio, definiendo los términos del instrumento consorcial, así como decidir sobre la adhesión o el alejamiento de municipios. El colegiado de secretarios municipales de salud o equivalentes debe coordinar el planeamiento estratégico que resultará en un Plan Intermunicipal de Salud. El grupo técnico ejecutivo participa del planeamiento e implementa el Plan con el apoyo de los secretarios municipales de salud, además de operacionalizar las acciones de salud en el día a día, realizando la interlocución con y entre los servicios y unidades de salud. Debe ser estimulada la constitución de grupos técnicos dedicados a proyectos específicos como salud mental, urgencias/emergencias y otros de acuerdo con las prioridades establecidas en el Plan Intermunicipal de Salud. El consejo fiscal hace el control interno de los actos administrativos practicados.

3.2 Dirección Única

La ley orgánica de salud determina con claridad en el § 1º del artículo 10 que los actos administrativos del consorcio administrativo intermunicipal deberán observar el principio de la dirección única en cada esfera de gobierno, inscripto en su artículo 9º y en la Constitución Federal. Según SANTOS (2000):

> *Ese principio deberá ser observado en los consorcios que quedan obligados a respetar el comando único de cada secretaría municipal de salud, al mismo tiempo en que determina que el consorcio no podrá tener una voluntad distinta de la de cada uno de los consorciados, debiendo haber una voluntad común, única del consorcio, a favor del interés de todos. El Municipio que integra el consorcio no pierde su condición de gestor único en aquella esfera de gobierno. Por otro lado, el consorcio también debe tener una unicidad de conducta, expresar una voluntad común a todos los consorciados. La dirección única continúa siendo la de cada Municipio, no siendo transferida para el consorcio, que no surge como una instancia intermediaria del Sistema Único de Salud, sino que constituyendo apenas un instrumento gerencial de la Administración* (p. 13).

3.3 Autorización Legislativa

Respecto a la autorización legislativa previa a la adhesión del municipio o estado a un consorcio, existen también posiciones divergentes, predominando en la práctica el entendimiento de la necesidad de esa autorización. MEIRELLES (1993) sostiene que *(...) el convenio y el consorcio son siempre actos gravosos que extravasan de los poderes normales del administrador público y, por ello, dependen de la aquiescencia del legislativo* (p. 356). CARVALHO (1992) se mantiene entre las dos posiciones:

> *Entendemos que, si se acuerda un consorcio sin exigencia de la constitución de una entidad civil o comercial para ejecutarla, una autorización de la Cámara Municipal*

> *es dispensable e incluso fuera de propósito, porque el acuerdo intermunicipal (...) es acto administrativo que se insiere en la competencia del jefe del Poder Ejecutivo. Si fuera necesaria la organización de una entidad administradora de los objetivos del consorcio, a la cual se destinarán recursos financieros y humanos de los Municipios congregados, pensamos que la autorización del legislativo municipal es indispensable* (p. 108).

BARROS (1995) observa que, en este caso, la autorización sería para constituir la entidad administradora, siendo dispensable tal autorización en el caso de formación o participación en consorcio. El autor fundamenta su posición a partir de amplia jurisprudencia ya establecida sobre esa cuestión en el Supremo Tribunal Federal (RTJ 94/995; RTJ 115/597; RDA 140/68). Sin embargo, debe haber autorización legislativa para vinculación de presupuestos municipales al consorcio.

3.4 Licitaciones y Concursos Públicos

Las cuestiones acerca de las licitaciones son colocadas bajo dos aspectos. El primero se refiere a la institución del consorcio. En ese caso, debemos dirimir la duda en cuanto a la exigencia o no de licitación para la celebración de un consorcio, ante su naturaleza contractual. ¿La Ley 8.666/93, que rige las licitaciones y contrataciones públicas sería aplicable al consorcio? SANTOS (2000) sostiene que:

> *Aunque el estatuto de las licitaciones y contratos administrativos no mencione expresamente el consorcio, como lo hace con los convenios, a él se aplica lo dispuesto en el artículo 116, expreso de la forma a seguir: "Se aplican las disposiciones de esta Ley, en lo que quepa, a los convenios, acuerdos, ajustes y otros instrumentos congéneres celebrados por órganos y entidades de la Administración" (destaque nuestro). El consorcio, no cabe duda, está contemplado dentro del concepto de "instrumentos congéneres". De esa manera, el artículo 116, aunque de forma implícita, se refiere también a los consorcios. María Sylvia Zanella Di Pietro enseña que "Exactamente por tratarse de acuerdo de voluntad es que la Ley 8.666, del 21/06/93, sobre licitaciones y contratos, manda aplicar sus disposiciones, en lo que quepa, a los convenios, acuerdos, ajustes y otros instrumentos congéneres celebrados por órganos y entidades de la Administración."* (p. 3).

Sin embargo, para la autora:

> *(...) ante las finalidades del consorcio – agrupación de entidades públicas para la consecución de un fin único – la competición se torna inviable, siendo la licitación inexigible. En ese particular, no existen divergencias en la doctrina, y todos los autores son unánimes en afirmar que no cabe la licitación, aplicándose al consorcio*

> *las disposiciones de la Ley 8.666/93, atinentes a la indicación de recursos; a la fijación de plazo (sin embargo, sin limitar su vigencia a cinco años, una vez que su objeto, muchas veces, podrá exigir más tiempo); a las obligaciones de los consorciados y otras reglas que caben al objeto de los consorcios* (p. 4).

El otro aspecto se refiere a la exigencia de que el consorcio realice procesos licitatorios para la adquisición de bienes, servicios o contratación de obras, ya sea a través de la entidad administradora, o a través del municipio líder. En ese punto, no existen divergencias entre los diversos autores. Todos son unánimes en reafirmar esa exigencia ya que los recursos utilizados son públicos.

Del mismo modo, según WANDERLEY JÚNIOR (1999) la admisión de empleados para cuadros permanentes deberá ocurrir a través de concursos públicos. Tales funcionarios deben ser ubicados en los cuadros de los municipios consorciados, permaneciendo a disposición del consorcio para realizar las actividades previstas en el acuerdo consorcial y en el Plan Intermunicipal de Salud.

3.5 Fondo de Salud y Transferencia de Recursos del Sistema Único de Salud

Los fondos de los entes consorciados deben consignar en su presupuesto anual recursos para el consorcio. No hay previsión legal para la institución de un fondo administrado por el consorcio. SANTOS (2000) afirma que *los consorcios intermunicipales de salud en nada interfieren con el fondo municipal de salud*.

Con relación a las transferencias de recursos de la Unión o del Estado para municipios consorciados, la autora orienta en el sentido de que:

> *Los recursos que les son destinados por el Fondo Nacional de Salud continúan a ser transferidos para los fondos municipales de salud, sin ningún cambio, cabiendo al Municipio transferir al consorcio las cuotas acordadas. Son los Municipios que acuerdan, que negocian con los otros, dentro del consorcio, la forma de transferencia de recursos financieros. La propia Ley 8.142/90 previó, en su artículo 3º, § 3º, que los Municipios podrán redistribuir entre si parte de los recursos previstos en su inciso IV, artículo 2º. El inciso IV, del artículo 2º, dispone sobre cómo deberán ser distribuidos los recursos del Fondo Nacional de Salud, determinando qué partes de ellos se destinarán a cubrir las acciones y servicios a ser implementados por los Municipios. Son esos los recursos que podrán ser redistribuidos entre los Municipios para la ejecución de actividades comunes de interés de una determinada región. Los recursos que el Fondo Nacional de Salud destina a determinado Municipio para la ejecución de actividades y programas previstos en su plano de salud, podrán ser destinados a una cuenta especial del consorcio para financiar acciones y servicios de salud que interesan a aquel Municipio. Eso no significa decir*

que los recursos deban ser repartidos en el origen de su transferencia, es decir, ya desde el Fondo Nacional de Salud para los consorcios.

(...)

Sin embargo, nada impide que el Ministerio de Salud celebre convenio con el consorcio para la ejecución de programa de interés común de los consorciados, desde que, claro está, no vaya a sustituir ni desnaturalizar las transferencias obligatorias del Ministerio de Salud para los Municipios (pp. 14 y 15).

Esa posición es compartida por WANDERLEY JÚNIOR (1999) al observar que los consorcios han recibido los recursos financieros en calidad de prestadores. El autor alerta para que no ocurra, en ninguna hipótesis, el doble pago – para la intendencia y para el consorcio, de un mismo servicio prestado.

3.6 Control Social

La cuestión del control social de los consorcios ha dado margen a diversas dudas. La posición acerca de esa cuestión adoptada por SANTOS (2000) expresa un consenso que viene consolidándose. La autora pondera que:

El consorcio no crea otra instancia de gobierno. No crea una entidad que se sobrepone al Municipio o, mejor dicho, a la Secretaría Municipal de Salud. El consorcio es un medio, una forma de realización de programas, planes, servicios del interés común de todos los consorciados. Si es competencia del consejo municipal de salud discutir y aprobar las políticas de salud y fiscalizar su ejecución en el ámbito de su Municipio, el consejo deberá controlar las actividades del consorcio en aquello que interesa a su Municipio y fue objeto del acuerdo consorcial. Cada Municipio, de per se*, deberá fiscalizar los actos del consorcio, debiendo el consorcio encaminar a los consejos de salud de los Municipios participantes la necesaria prestación de cuentas de sus actividades. No se debe pensar en crear un consejo intermunicipal de salud con el objeto de fiscalizar las actividades del consorcio. Ni habría fundamento legal para ello.*

(...) La Ley 8.666/93, en su artículo 63, asegura, también, el acceso al tenor del instrumento consorcial, cabiendo al ciudadano o entidad civil denunciar desvíos o irregularidades a los órganos competentes, si ocurrieren (pp. 13-14).

De no haber fundamento legal para un consejo intermunicipal de salud, el control y la participación institucionalizados de la sociedad se llevarán a cabo, más allá de los consejos, en las conferencias municipales de salud. Desde la aprobación de la participación del municipio en el consorcio hasta la definición de directrices, objetivos y prioridades a ser atendidas a través del mismo, todas las decisiones deben tener la aprobación de la con-

ferencia o del consejo, de acuerdo con el papel atribuido a cada una de esas instancias por la legislación en vigor.

Por otra parte, la articulación entre los consejos de los municipios participantes del Consorcio es deseable y potencia la actuación de cada consejo en su municipio. En ese sentido, existen experiencias de plenarias de consejeros, realizadas en el ámbito de los municipios consorciados con encaminamientos articulados, fortaleciendo la posición de cada consejo municipal en el enfrentamiento de problemas comunes del conjunto de municipios participantes.

3.7 Control Externo

Según WANDERLEY JÚNIOR (1999), el control externo es aquel ejercido por el poder legislativo con el auxilio del respectivo Tribunal de Cuentas bajo el aspecto de la legalidad y de la conveniencia pública de los actos administrativos practicados. Por lo tanto, además del control ejercido por los consejos de salud, el consorcio también será fiscalizado por el Tribunal de Cuentas correspondiente al nivel de la entidad pública que lo integra, por fuerza de lo dispuesto en el artículo 71, VI, de la Constitución. El autor alerta para el hecho de que:

> *(...) el control de los Consorcios Públicos por parte del Legislativo Municipal no se limita al control* a posteriori *de sus actividades o de sus finanzas. Es necesario recordar que, en la mayoría de los casos, los Consorcios Intermunicipales vienen siendo formados como personas jurídicas de derecho privado, o ha sido creada entidad con esas características, paralela a la firma del ajuste consorcial, con la finalidad de administrarlo, lo cual, obligatoriamente, somete al Municipio al control* a priori *del Poder Legislativo, ya que se torna imprescindible que haya autorización legislativa para la creación de tales entidades personalizadas.* (p. 222).

4. Acciones de Salud Desarroladas

En la casi totalidad de las experiencias en curso, las asociaciones civiles denominadas consorcios se han especializado en la oferta de asistencia médica secundaria, de apoyo al diagnóstico y tratamiento, y de atención hospitalaria, sea como prestadoras de esos servicios o como intermediarias en la compra de servicios del sector privado, mientras que a las secretarías municipales de salud les cabe la manutención de la atención primaria. En ese aspecto, tales experiencias contribuyen para consolidar la tendencia de división de responsabilidades entre el subsector público y el subsector privado, por nivel de complejidad, en que el público asume los niveles asistenciales más básicos y el privado los más complejos. Para GUIMARÃES (2001) esa *tendencia podrá repercutir sobre la equi-*

dad y la eficiencia global del Sistema, caso el modelo de atención no incluya fundamentos de solidaridad. (p. 26).

Esa práctica encuentra respaldo teórico en MENDES (1999), al definir lo que llama "Consorcio de Salud" – introduciendo la participación directa de los estados, como *una estrategia de organización de los niveles secundario y terciario de los sistemas microregionales de salud* (p. 284). Al identificar las finalidades de las asociaciones en funcionamiento, el autor propone la siguiente tipología:

- consorcios para una finalidad – son constituidos para responder a una única demanda, como por ejemplo la asistencia oftalmológica; y
- consorcios para varias finalidades – los más comunes, son constituidos para responder a diversas demandas, generalmente en niveles de complejidad y costos por arriba de las posibilidades de cada municipio consorciado aisladamente.

En ese mismo sentido, BASTOS (1998) prescribe:

> *Teniendo por norma no entrar en la atención primaria, incumbencia que debe ser asumida integralmente por los municipios bajo pena de perjudicar toda la relación existente, el CIS viene avanzando en dirección al montaje de un sistema regionalizado y jerarquizado, de forma que permita a los medianos y pequeños municipios tener todo tipo de asistencia necesitada por sus ciudadanos*. (p. 64).

Para utilizar los servicios, cada municipio encamina el paciente de acuerdo con el flujo acordado. Algunas asociaciones operan centrales de lechos o para agendar procedimientos, realizando la regulación para el acceso de los usuarios a los niveles más complejos de asistencia. Sin embargo, en regiones conurbanas, existen experiencias de cooperación entre municipios para la organización y disponibilidad de acciones básicas de salud.

5. Evaluación de las Experiencias de Consorcios Intermunicipales de Salud en Brasil

A pesar de estar siendo desarrolladas en Brasil hace casi 20 años, hay pocas evaluaciones sobre la experiencia de los consorcios. GUIMARÃES (2001) informa que:

> *Opiniones desfavorables en general asocian a los consorcios a los efectos negativos de la descentralización evaluada como desordenada y que resultaría en la pulverización de recursos, en la atomización y en la fragmentación de sistemas municipales, junto con el vaciamiento de la función de la esfera estadual. El surgimiento de los consorcios en ese contexto fue visto como estructura competitiva con las funciones del estado y de baja institucionalidad (Mendes, 1998; Machado, 1998). Las opiniones favorables refuerzan que la adopción de*

> *consorcios conformó instrumento de establecimiento de relaciones intergubernamentales cooperativas con potencial de superar los dilemas advenidos de las nuevas responsabilidades de las esferas estadual y municipal, y tratar con asimetrías de capacidades que resultan en distorsiones de la actuación de municipios y papel de estados, éstas sin amenazas a las relaciones cooperativas (Cruz, 1992; Bertone, 1996; Misoczky & Bastos, 1998; Lima, 1998; Schneider, 1998).*

El Tribunal de Cuentas de la Unión (BRASIL, 1999), en un estudio realizado para subsidiar las decisiones acerca de los cuestionamientos que envuelven el control bajo su responsabilidad en el área de la salud, verificó que:

> *Como apenas algunos municipios tendrían condiciones de ofrecer servicios de calidad en todos los niveles de atención, la organización de la red pública de salud presupone la concertación y la negociación entre los municipios de una misma región y entre ésos y otras esferas de gobierno, formando los llamados consorcios intermunicipales de salud, utilizados como instrumentos facilitadores de la descentralización. No obstante la existencia de experiencias positivas, como en los Estados de Minas Gerais y de Paraná, se constató que, de manera general, la implantación de ese mecanismo aún se encuentra en una fase incipiente. Como causas determinantes, fueron apuntadas: el énfasis dado a la municipalización, reforzando la desarticulación entre los sistemas municipales, la falta de claridad cuanto a las atribuciones de los gestores estaduales en la función de coordinadores de red y la inexistencia de tradición en el área.*

Un aspecto central de la polémica en torno de los consorcios intermunicipales de salud se refiere a su concepción como instancia gestora o instrumento de gestión del Sistema Único de Salud. A pesar de que en la esfera jurídica hay amplio consenso en su caracterización como instrumento de gestión, con respaldo en la legislación en vigor, en la práctica, la articulación de la defensa de su personificación con vinculación exclusiva a una micro-región y con la prescripción de la creación de consejo intermunicipal de salud, transformando al consorcio en espacio de disputa de poder en torno de la gestión de recursos disponibles para el Sistema Único de Salud, confiere al instrumento diversas características de instancia gestora. Esa situación anormal en el contexto de la estructura federativa brasileña – un ente intermediario entre estado y municipios – mantiene a los consorcios en situación de gran inestabilidad institucional.

BASTOS (1998), al defender la instalación de consejos intermunicipales de salud, afirma textualmente que el consorcio *se está constituyendo, de hecho, en instancia gestora del sistema de referencia del Sistema Único de Salud* (p. 33). Más adelante, el autor lamenta la falta *de un apoyo oficial más expresivo para su legitimación dentro del Sistema Único de Salud, en cuanto nivel de actuación y de administración* (p. 65). MENDES (1999) muestra la posibilidad de radicalización de ese modelo: los consorcios serían trans-

formados en receptores de recursos financieros de las tres esferas de gobierno y tendrían autonomía para la adquisición de servicios en el mercado, para atender a la población de una micro-región en los niveles de mayor complejidad de la asistencia. Cada micro-región reuniría un conjunto de municipios constituyendo un distrito sanitario. Experiencia en ese sentido, denominada "Micro-región Saludable", viene siendo desarrollada con el Consorcio Intermunicipal de Salud del Alto Río Grande, en el Estado de Minas Gerais. Esa discusión ha avanzado recientemente en el sentido de transformar cada asociación civil denominada consorcio en Organización de la Sociedad Civil de Interés Público – OSCIP, de acuerdo con la ley n.º 9.790/1999.

El argumento inicialmente presentado a favor de la personificación de los consorcios por medio de la creación de asociaciones civiles de derecho privado sería la posibilidad de evitar los procedimientos burocráticos de la administración pública. Ese argumento quedó agotado a partir de la posición de juristas y de los tribunales de cuentas, determinando la obligatoriedad del cumplimiento de normas de la administración pública (licitaciones, concursos públicos, control externo por medio de tribunales de cuentas). Según SANTOS (2000), otro argumento presentado a favor de la personificación de los consorcios es la posibilidad de contraer obligaciones a nombre de un conjunto de entidades jurídicas – los municipios consorciados. Para la autora, sin embargo:

(...) hoy, lo que prepondera no es el interés en buscar soluciones para problemas existentes en la administración pública, sino, sencillamente, huir al régimen del derecho público, de preceptos constitucionales y legales. Bajo la alegación de la ineficiencia de la administración pública, todos quieren encontrar soluciones que les permitan administrar la cosa pública sin las "trabas" de la administración pública. Si se reconoce que existen "trabas" que dificultan la administración, y si el deseo es obtener una mayor flexibilidad para administrar, que ella sea colocada legalmente al alcance de toda la administración. La intención de nuestros doctrinadores de buscar soluciones para problemas jurídicos juzgados insolubles fue tragada por la falta de compromiso de muchos gestores públicos hacia las leyes y los principios que rigen la administración pública. En realidad, el administrador que introduce en su administración mecanismos que le permitan, de forma oblicua, desobedecer las reglas impuestas a la administración pública debe ser considerado, en la actualidad, un buen gerente público (p. 5-6).

WANDERLEY JÚNIOR (1999) asocia la inestabilidad jurídico-constitucional de los consorcios a la ausencia de una ley que defina su naturaleza jurídica y su estructura. Ese vacío legal, según el autor:

> *(...) hizo con que este instituto fuese implantado en diversas localidades del país, sin ningún criterio objetivo, sirviendo, en realidad, como instrumento político, siendo realizado y estructurado de acuerdo a la conveniencia política de las autoridades locales, de los grupos que vieron en el consorcio un medio de "ocupar espacio" y de*

acuerdo con intereses particulares, en detrimento del interés común, que, teóricamente, debería ser la finalidad de los consorcios públicos (p. 152).

Otro aspecto problemático de la experiencia brasileña en consorcios intermunicipales de salud ha sido la posición ambivalente del Ministerio de Salud y la falta de participación de la mayoría de las secretarías estaduales de salud. El Ministerio de Salud realizó tres estudios sobre consorcios en asociación con la Organización Panamericana de la Salud (BRASIL, 1998; BRASIL 2000; BRASIL 2000a). Esos estudios objetivaron conocer la situación de los consorcios, habiendo realizado el último una evaluación con visitas de campo a todos los consorcios existentes, suministrando subsidios para el desarrollo de una política del Ministerio dirigida a los consorcios, lo que nunca se consolidó. Las acciones del Ministerio se limitaron al acompañamiento puntual, al soporte técnico eventual con recomendaciones y orientaciones a través de textos técnicos y la elaboración de un manual (El Consorcio y la Gestión Municipal de Salud. Brasilia, Ministerio de Salud, 1997) y a la organización, en 1994, del I Seminario Nacional sobre Consorcios de Salud.

GUIMARÃES (2001), al investigar la viabilidad y condicionantes de cooperación entre estados y municipios en el ámbito de los consorcios intermunicipales de salud, verificó una participación variable de las secretarías estaduales de salud en la implementación y mantenimiento de los consorcios. Esa participación fue más efectiva en los estados que asumieron la responsabilidad por el proceso de regionalización de la asistencia y que redefinieron sus estructuras administrativas para el cumplimiento de sus nuevas funciones. Donde no ocurrieron tales cambios, los consorcios presentan mayores dificultades para consolidarse como instrumentos de apoyo a la descentralización. La autora hace la siguiente evaluación de la actuación de los estados:

- Minas Gerais – promovió aceleración inducida de consorcio dependiente de incentivo e independiente de regulación, pasando a ser enfáticamente atribuida a los consorcios actuación competitiva o sustitutiva a la función de coordinación del sistema estadual, en la medida en que promovían la organización regional.
- Paraná y Mato Grosso – implementaron procesos de estímulo y apoyo al desarrollo de consorcios y aumentaron las funciones estaduales en las regiones.
- Paraíba y Espírito Santo – promovieron la organización regional por medio de consorcios.

Para la autora, otros factores, además del apoyo de los otros niveles de gobierno, influye en la cooperación intergubernamental a través de los consorcios, a saber:

- Desniveles de capacidad tributaria;
- Desniveles de organización de los sistemas municipales de salud;
- Sostén político ocasionado por la fragilidad jurídica del instrumento; y
- Confianza política.

Al hacer una revisión de estudios que buscaron evaluar los consorcios, la autora apunta los siguientes elementos positivos:

- Evidencias de aumento de eficiencia y de calidad de los servicios ofrecidos;
- Oferta de servicios especializados a los municipios de pequeño porte cuya escala de producción era incompatible con su manutención;
- Aumento de la disponibilidad de lechos contratados;
- Mayor facilidad de implementación de referencias;
- Unificación de la puerta de entrada;
- Estandarización de la atención médica;
- Ampliación y diversificación de la oferta;
- Flexibilización administrativa con implantación de incentivos profesionales;
- Planificación y organización regional de los recursos existentes con racionalización de la utilización;
- Ampliación de la discusión de la salud; y
- Contribución para la asunción de responsabilidades nuevas, alcance de la integralidad y reducción de iniquidades con la expansión de servicios hacia regiones del interior.

Entre los estados que implementaron políticas de incentivo al desarrollo de consorcios, Minas Gerais es el que aparentemente obtuvo mayor éxito. El estado concentra la mitad del total de consorcios intermunicipales de salud existentes en Brasil. Esos consorcios fueron formados a partir de la orientación de la Secretaría de Estado de Salud (SES), gestión 1995-1998, que puso en práctica el programa estructurante del gobierno estadual, que consta en el Plan Minero de Desarrollo Integrado (PMDI), plan de mediano y largo plazo, con metas y estrategias evidenciadas en el Plan Plurianual de Acción Gubernamental (PPAG).

Esa experiencia fue evaluada por técnicos a servicio de la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa (ALMG), del Tribunal de Cuentas del Estado de Minas Gerais (TCMG) y de la Secretaría de Estado da Salud (SES), en 1999/2000 (COELHO, REIS & SILVA, 2000). Fue utilizada metodología de *survey* con el envío de un cuestionario elaborado, conjuntamente, entre la Comisión de Salud de la ALMG, la SES y el TCMG, y remitido a los consorcios, como forma de recoger informaciones, que permitieran conocer y evaluar sus actuaciones en el Estado. Fue decidido que sería importante conocer la naturaleza jurídica del consorcio, el número de municipios asociados, sus objetivos, su estructura administrativa, sus cargos, forma de reclutamiento y selección de personal, régimen laboral, fuentes de financiamiento, aplicación de los recursos, sistema contable adoptado, prestación de cuentas, planeamiento y acompañamiento de las acciones y servicios de salud ejecutados. La encuesta estuvo compuesta por 17 grupos de preguntas, algunas cerradas y otras abiertas, siendo que para diversas preguntas fue solicitado que se adjuntara la documentación pertinente. Elaborada y aprobada la encuesta, le correspondió a la SES obtener ante los consorcios el llenado de las mismas. Se definió que todos los consorcios intermunicipales de salud, creados en el espacio geográfico del Estado de Minas Gerais,

que constan en los registros del Sistema Único de Salud del Estado de Minas Gerais y en la Comisión de Salud de la ALMG serían objeto de análisis, así como todas las informaciones serían insertadas en tablas. Los cuestionarios recibidos – 32 en total – representan el 45,07% del universo de 71 consorcios formados en Minas Gerais. Participan de esos 32 consorcios, 340 municipios, lo que corresponde al 39,85% de los 853 municipios mineros. El trabajo resultante objetiva contribuir con el debate y el proceso de toma de decisión acerca del desarrollo futuro de esa experiencia. Hemos participado de esa evaluación y presentamos, a continuación, una síntesis de los resultados obtenidos.

Respecto a los aspectos legales, la investigación reitera las posiciones presentadas en este trabajo, afirmando la importancia de los consorcios como:

- Estrategia para asegurar la integralidad de la asistencia para la mayoría de los municipios brasileños;
- Instrumento de gestión intermunicipal;
- Extensión natural del principio constitucional de autonomía municipal, no ostentando autonomía administrativa, financiera y presupuestaria.

Cuanto a las informaciones obtenidas con la investigación:

1. Respecto a los objetivos relativos al desarrollo del modelo de gestión, se identificaron acciones de apoyo a la gestión municipal paralelas a las acciones de sustitución de la gestión municipal – lo que contraría la Ley, como también fue constatado, de forma inequívoca, en la justificación presentada para el proyecto de ley que declara de utilidad pública el CIS-AMVAP, *cuyo objetivo consiste en la organización del sistema de salud en el área de jurisdicción de los municipios consorciados, según las directrices del SUS. En virtud de esa meta, es competencia del consorcio, entre otras atribuciones: promover el planeamiento integrado, con base epidemiológica; definir la política de inversión para la micro-región; prestar asistencia técnica y administrativa a los municipios consorciados y asegurar la participación de las comunidades involucradas en el proceso de decisión.* Planificar y organizar sistemas de salud, definir políticas y asegurar la participación de la comunidad son atribuciones típicas del gestor.
2. Respecto al desarrollo del modelo asistencial, los objetivos se concentran en la oferta de servicios y de acciones de salud de nivel secundario y terciario. Sin embargo, se observó el desarrollo de acciones básicas como consultas de pediatría y citología cérvico-uterina.
3. Respecto a la naturaleza jurídica de los consorcios, quedó comprobado que los consorcios intermunicipales de salud, formados en el Estado de Minas Gerais, son asociaciones civiles, registradas en escribanía como persona jurídica de derecho privado.

4. En la estructura administrativa, predomina el modelo dado por la Secretaría de Estado de Salud y por el Ministerio de Salud, compatible con una asociación civil. Se verificó que, además de ser completamente innecesaria, esa estructura contribuye para encarecer más las actividades medio de los sistemas municipales de salud, desviando recursos que deberían ser utilizados en la asistencia a sus poblaciones. La existencia de Consejo Curador, estructura típica de las fundaciones filantrópicas, y la participación de concejales para componer la estructura administrativa de esas asociaciones llaman la atención para la aberración y confusión organizacional instituidas.
5. De manera general, la misma confusión prevalece con respecto a las normas administrativas, ya que, a pesar de que algunos consorcios respondieron que respetan la legislación pertinente al derecho público, hacen uso de instrumentos característicos de instituciones de derecho privado. Efectivamente, en la administración de los recursos humanos, en el régimen de admisión de personal, en la adquisición de materiales, en la contratación de servicios de terceros y en la utilización del sistema contable fue verificado el predominio de las normas del sector privado. Como la totalidad de los recursos financieros proviene de transferencias de los municipios y del Ministerio de Salud, y el patrimonio formado/adquirido proviene de la utilización de dinero público, transferido ya sea a través de convenio con el Estado, o adquirido con recursos transferidos por los municipios, queda clara la dificultad enfrentada por los ordenadores de gastos, cuanto a la prestación de cuentas de esos recursos.
6. Respecto a la forma como es realizado el planeamiento, se verificó que existen asociaciones que planifican sin el conocimiento de los municipios asociados. De modo general, ha sido utilizada la técnica de programación anual de las acciones y servicios, de acuerdo con orientación de la Secretaría de Estado de Salud, integrando la PPI estadual. No existe ningún proceso de seguimiento de la ejecución de las acciones planificadas, ni de evaluación ni de control realizado de forma regular sobre la operacionalización de esas acciones. Cada asociación decide a quien prestar cuentas.
7. Respecto al control social, ese fue el punto con mayor número de cuestionarios sin respuestas (el 69% del total). Ese dato habla por si mismo.

Los investigadores presentaron sugerencias a la Secretaría de Estado de Salud, a la Asamblea Legislativa y al Tribunal de Cuentas de Minas Gerais en el sentido de normatizar y redireccionar las actuales experiencias de consorcio intermunicipal de salud. Sin embargo, la gestión 1999-2002 de la Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais no incluye los consorcios entre sus prioridades. Ninguna de las propuestas presentadas por la investigación arriba descripta fue implementada. El proyecto de ley reglamentando los consorcios continúa en tramitación en la ALMG.

A pesar de ello, aquellas experiencias fundadas en las necesidades y búsqueda de soluciones locales sobrevivieron a los diversos cambios de gobiernos estaduales y municipales. La actual gestión estadual asumió la coordinación del proceso de regionalización según determina la NOAS 01/2002. Ese proceso inicialmente ignoró la experiencia de los consorcios y generó conflictos que obligaron a un retroceso por parte de la Secretaría de Estado de Salud. Algunas micro-regiones fueron redefinidas en función de experiencias consolidadas de consorcios. Ese proceso, aún en desarrollo, carece de evaluación más profunda.

Algunos aspectos de la experiencia de Minas Gerais deben, sin embargo, ser destacados:

- Los consorcios instituidos de arriba hacia abajo, atendiendo generalmente a necesidades políticas y/o económicas inmediatas, incluso habiendo recibido apoyo de la SES, no sobrevivieron. Tal vez ésa sea la situación de la mayoría de los 71 consorcios instituidos en el Estado. Muchos continúan existiendo apenas en el papel.
- Los consorcios instituidos por iniciativa de la SES, pero que tuvieron la adhesión y la participación de los gobiernos y sociedades locales con respuestas efectivas para problemas concretos, se mantuvieron activos. Citamos como ejemplo el Consorcio Intermunicipal de Salud de la Micro-región del Medio Jequitinhonha – CISMEJE, con sede en Araçuaí, una de las regiones más pobres del país. Ese consorcio posibilitó implantar un amplio proyecto de asistencia a la salud mental en esa micro-región.
- La institución de las asociaciones civiles de derecho privado, estimulada enfáticamente por la SES, se mostró insuficiente para asegurar mayor agilidad en la administración de los consorcios, ya que todos deben seguir las rutinas burocráticas de la administración pública, representando hasta un aumento de la burocracia al constituirse como una instancia administrativa más. Tampoco evitó la salida de municipios por cuestiones políticas. Ejemplo ilustrativo de esa última situación ocurrió con el Consorcio Intermunicipal de Salud del Medio Paraopeba – CISMEP, con sede en Betim: aunque los nuevos administradores, a partir de 2003, optaron por la creación de la asociación, por cuestiones políticas, el segundo mayor municipio miembro (Ibirité) se desvinculó del consorcio. Por otro lado, esas asociaciones pasaron a actuar frecuentemente como poder paralelo en la gestión del Sistema Único de Salud, habiendo creado el Colegiado de los Secretarios Ejecutivos de los Consorcios Intermunicipales de Salud de Minas Gerais (COSECS/MG), en los moldes del Colegiado de los Secretarios Municipales de Salud de Minas Gerais (COSEMS/MG). En los debates para la creación del COSECS/MG, era presentado como uno de sus objetivos *luchar por la autonomía de los consorcios.*
- En el ámbito de la asistencia, de manera general, los consorcios han contribuido para la interiorización de la oferta de servicios y acciones de salud de mayor com-

plejidad y para la plena utilización de equipos antes ociosos, funcionando como inductores del compromiso de gobiernos locales con los principios y directrices del Sistema Único de Salud. Esa capacidad de promover la expansión de la oferta de servicios y de acciones de salud parece, sin embargo, haber llegado al límite dado por la capacidad de comprometer los recursos financieros de los municipios. Las expectativas están dirigidas hacia la definición del Plan Director de Inversiones (PDI) estadual, con la definición de las prioridades de inversiones de los demás niveles de gobierno para la expansión del Sistema Único de Salud en el vasto y heterogéneo territorio del Estado de Minas Gerais.

6. Aplicabilidad del Instrumento Consorcial a la Gestión del Sistema Integrado de Salud del MERCOSUR

Ante la diversidad de situaciones en las regiones fronterizas, la institución del Sistema Integrado de Salud del MERCOSUR (SIS-MERCOSUR), partiendo de un amplio acuerdo entre los Estados Partes, deberá incentivar y apoyar soluciones locales para la gestión compartida e integrada de los sistemas de salud transfronterizos. El análisis de la experiencia brasileña permite identificar elementos críticos para el éxito de las experiencias de asociaciones entre municipios, a saber:

- La iniciativa para la cooperación debe ser de los actores locales;
- Los demás niveles de gobierno pueden establecer incentivos que estimulen esas iniciativas pero, principalmente, deben identificar las iniciativas espontáneas y apoyarlas técnica y financieramente;
- Los instrumentos de gestión transfrontera deben articular los diversos modelos de gestión de los sistemas de salud de los países involucrados;
- Tales instrumentos de gestión deben articular los diversos actores interesados en el desarrollo local del SIS-MERCOSUR.

En ese sentido, el SIS-MERCOSUR puede beneficiarse de instrumentos similares a los consorcios administrativos, salvo posibles restricciones existentes en las legislaciones de los demás Estados Partes o impuestas por los límites de la autonomía de los gobiernos locales para firmar contratos. Por la naturaleza de los problemas a ser enfrentados – organización de redes micro-regionales y/o regionales de asistencia a la salud, no es adecuado proponer un amplio consorcio de salud del MERCOSUR. Vislumbramos la organización de diversos ajustes entre municipios fronterizos, según las necesidades y potencialidades locales. Destacamos que los acuerdos o tratados internacionales son instrumentos de cooperación entre entes estatales dotados de soberanía, pautados en el com-

promiso mutuo para que se alcancen objetivos comunes. En ese sentido, se asemejan a los consorcios por depender de una predisposición para la cooperación. Consideramos las relaciones políticas vigentes actualmente en el MERCOSUR favorables a ese acuerdo.

Por principio, el consorcio intermunicipal de salud, siendo un acuerdo en donde los partícipes se relacionan horizontalmente como entes dotados del mismo status y de independencia política entre ellos, permitiría la profundización de la colaboración, de la solidaridad, de la ayuda mutua, de la transparencia en las relaciones entre sus miembros y de la corresponsabilidad. En la experiencia brasileña, ha sido efectivamente un inductor o facilitador de la cooperación entre los municipios. Al reunirse en torno a la mesa, los gestores municipales construyen y refuerzan compromisos mutuos en búsqueda de la solución para problemas comunes a todos, creando una identidad y el sentimiento de pertenecer a un grupo. Verificamos aquí el fenómeno del desarrollo de una institución induciendo conductas y comportamientos moldeados por el compromiso del grupo a través de la construcción de consensos. Es común en reuniones de participantes de consorcios el uso de la expresión *estamos todos en el mismo barco y debemos remar en la misma dirección.*

Evidentemente, la cooperación siempre será una decisión de cada municipio, a partir de los intereses y objetivos políticos hegemónicos locales. En esos procesos de decisión, la sociedad civil viene ganando importancia creciente en la democratización de los países del MERCOSUR. La experiencia del Estado de Minas Gerais demuestra que la inducción de los consorcios de arriba hacia abajo, incluso utilizando recursos financieros y coacciones políticas, no asegura su supervivencia. Esa situación impone la elaboración de estrategias menos coercitivas y más articuladoras de los diversos actores locales interesados en la implementación del SIS-MERCOSUR, lo que cuesta mucho trabajo. En esa perspectiva, podemos insertar el instrumento consorcial en un modelo de gestión más amplio que denominamos administración gerencial participativa, en contraposición al modelo de administración gerencial tecnocrática, ya que, atento a las directrices del Sistema Único de Salud, esa propuesta no desiste de la participación de la sociedad, ya instituida por la Constitución Federal de Brasil y por las leyes orgánicas de la salud. Por lo tanto, además de la participación de los Ministerios de Salud de los Estados Partes del MERCOSUR, deben ser involucrados los gestores de los demás niveles de gobierno en los cuatro países y entidades de la sociedad civil organizada de los municipios fronterizos en la definición del diseño final del SIS-MERCOSUR. Especial atención, en el caso de Brasil, deberá ser dada a los secretarios municipales de salud con la participación directa del CONASEMS y de sus entidades estaduales en la elaboración e implementación de la propuesta. La sustentabilidad política de esas asociaciones, según verificado en Brasil, depende de su base de sostén social y de las respuestas efectivas que produce para los problemas relacionados con el acceso de los ciudadanos a los servicios y acciones de salud.

La sustentabilidad institucional del SIS-MERCOSUR dependerá, inicialmente, en el caso

brasileño, de los poderes legislativos de los tres niveles de gobierno. Como expuesto en este trabajo, a pesar de previsto en la Constitución Federal de Brasil, el instituto del consorcio público depende de reglamentación a través de ley complementaria que corrija los desvíos cometidos. Por lo tanto, sugerimos que se dé prioridad al acompañamiento de la tramitación y votación del proyecto de ley n.º 1.071/1999 en el Congreso Nacional, con las modificaciones necesarias para la caracterización del consorcio como instrumento de gestión. Según previsión constitucional, los estados y municipios deberán contar con leyes semejantes y ese compromiso deberá ser firmado entre el Ministerio de Salud, secretarías estaduales y municipales de salud. Otra opción es que se normaticen instrumentos específicos para la cooperación transfrontera. Tal compromiso, con relación a la revisión o implementación de legislación específica sobre consorcios públicos o instrumentos similares, caso necesario, deberá ser firmado entre los países del MERCOSUR en el tratado o acuerdo para la institución del SIS.

En nuestro entendimiento, el instrumento consorcial, según conceptos desarrollados en este trabajo, atiende perfectamente a los requisitos de flexibilidad y agilidad para la institución del SIS-MERCOSUR, permitiendo diversas articulaciones de municipios según las necesidades y características locales. Como instrumento, torna posible la inserción de un ente federado en diversos arreglos territoriales simultáneos, siendo adecuado a un proceso de gestión dinámica y no burocrática entre entes federados cooperativos, con necesidades y potencialidades específicas relativas a la atención a la salud de sus poblaciones. De esa manera, para determinado ente federado, la adopción de la estrategia consorcial no implica en su fijación a un único territorio geográficamente determinado. El mismo municipio puede ser partícipe de diversas asociaciones simultáneas, según sus necesidades y estrategias. Al ser un instrumento de gestión cooperativa de carácter dinámico, adecuado al dinamismo de las relaciones existentes entre demanda y oferta de servicios y acciones de salud, tal cual esas relaciones, el consorcio desconoce fronteras que no sean las de su disposición a la cooperación.

A pesar de las diversas normas que atribuyen a los municipios la responsabilidad por la atención básica, existen experiencias de consorcios que buscan la integración de redes básicas de asistencia a la salud e incluso la prestación de esa asistencia a residentes en municipios vecinos en áreas conurbanas. Cuando se verifica la conurbación entre municipios de la línea de frontera, la atención básica podrá, por lo tanto, ser objeto de asociación transfrontera.

El análisis de la experiencia brasileña permite afirmar que los consorcios:

- facilitan el acceso de las poblaciones del interior del país a equipos y servicios que, hasta entonces, se concentraban apenas en las capitales y grandes ciudades;
- posibilitan la utilización plena de equipos y servicios ociosos;
- inducen la implantación de nuevos servicios y acciones de salud y la mejoría de los existentes;

- permiten economía por ganancia en escala en la adquisición de materiales y servicios;
- estimulan la reproducción de experiencias bien sucedidas entre municipios consorciados;
- fortalecen políticamente los municipios consorciados en sus relaciones con los demás niveles de gobierno.

De esa manera, el objeto de cada asociación deberá ser definido por los asociados, reunidos por la identidad en torno de problemas comunes, contando siempre con el apoyo técnico y logístico de los demás niveles de gobierno y, del lado brasileño, especialmente de las secretarías estaduales de salud. El objeto determina la base territorial sobre la cual se realizarán las acciones previstas en el acuerdo de cooperación por cuestiones de economía de escala y de acceso de los usuarios. El diseño de las actividades que se desarrollarán deberá utilizar técnicas que propicien la participación de representantes de todos los municipios consorciados, debiendo partir de un amplio análisis de situación de la asistencia a la salud en la región o micro-región, con relieve en los siguientes aspectos:

1. Identificación de los equipos, servicios y flujos de usuarios existentes;
2. Identificación de equipos y servicios ociosos y sobrecargados; y
3. Identificación de la necesidad y prioridad de la implantación de nuevos servicios.

Los diversos niveles de gestión del Sistema Único de Salud disponen ya de datos sobre el movimiento de usuarios extranjeros en los servicios de salud ubicados en municipios fronterizos. Datos semejantes, relativos a los demás países, deberán ser agregados a los brasileños, generando informaciones que permitan bosquejar acciones en el sentido de reorientar y normatizar, a través de instrumentos de regulación de la oferta y la demanda, esos flujos que ocurren espontáneamente. La identificación de equipos y de servicios ociosos deberá complementar ese estudio inicial, contribuyendo para el redireccionamiento de flujos en el sentido de una mayor racionalidad en la utilización de los recursos existentes con una mejor distribución de la demanda con respecto a las capacidades ya instaladas.

Ese estudio sobre flujos existentes y ociosidad/sobrecarga de equipos y servicios es el primer paso para la apropiación de los costos de los servicios y acciones de salud en cada región fronteriza. Servirá para orientar la negociación en torno de la forma de participación de cada país en el financiamiento del SIS-MERCOSUR. Ante la diversidad de arreglos institucionales en la prestación de servicios de salud en los cuatro países, evaluamos que los mecanismos de transferencia de recursos serán viables apenas entre los Ministerios de Salud o congéneres. A partir de cada Ministerio – o estructura similar – los recursos serán transferidos a los municipios o utilizados para el pago de los prestadores. Un tema pendiente, que demandará estudios específicos, se refiere a los montos para el pago de servicios prestados, ya sea se adopte el criterio de valor *per capita* o por procedimiento realizado. Aquí se podrá identificar una gran barrera para la concreción del SIS-MERCOSUR. Como verificado en el estudio de caso brasileño, desniveles de capacidad de financiamiento del sistema de salud pueden representar un gran obstáculo para la cooperación.

La expansión de la oferta de servicios podrá ocurrir en un segundo momento y deberá integrar, en el caso brasileño, el Plan Director de Inversiones (PDI) estadual. Los cuatro Estados Partes deberán instituir, en el ámbito del MERCOSUR, un fondo específico para financiar la implantación y manutención de nuevos servicios del SIS, similar al fondo ya existente para la manutención de las actividades de los grupos de trabajo del MERCOSUR. Los recursos de ese fondo serán transferidos, a través de convenios firmados con los consorcios, por ejemplo, a los municipios en donde serán implantados los servicios. Tales convenios deben asegurar contrapartidas solidarias de los gobiernos locales beneficiados por las inversiones o por la prestación de servicios. La participación de los estados en la inversión también deberá ocurrir por medio de convenios con el conjunto de socios.

De ese modo, la formalización de la cooperación transfrontera podrá implicar en la necesidad de revisión de los planes directores de regionalización (PDR) por parte de la SES, en el sentido de incorporar las demandas de los países vecinos. Para que haya armonización entre los diversos procesos de planeamiento a ser desencadenados, la coordinación y el soporte técnicos deberán ser asegurados por las SES. Para que ejerzan su nuevo papel de forma eficaz, las SES deberán rever sus estructuras organizacionales.

Al nivel de las secretarías municipales de salud o equivalentes, la implementación de los consorcios o de instrumentos similares implicará en la necesidad de perfeccionamiento de las respectivas estructuras de planeamiento, con destaque para las actividades de evaluación, control e información. El soporte técnico de las SES para los municipios pequeños, como fue dicho, será crucial en esas áreas.

Sugerimos también la creación de cámaras de desarrollo regional de los sistemas de salud, instituidas en los moldes de la Cámara del Gran ABC, según descripta por DANIEL & SOMEKH (2001). En aquella experiencia, implementada según los autores a través de regimiento, sin personalidad jurídica, y desarrollada a partir de las experiencias de la Cámara Sectorial Automovilística y del Consorcio Intermunicipal de las Cuencas Billings y Tamanduateí, fueron involucrados no sólo las intendencias municipales y el gobierno estadual, sino también entidades de la sociedad civil representativas de trabajadores y empresarios, constituyéndose como espacio de negociación y formalización de acuerdos, objetivando el desarrollo sustentable de la región. Ese modelo organizacional podrá ser útil para la articulación de los diversos prestadores públicos y privados de servicios de salud existentes en cada región a lo largo de las fronteras, con la participación de representantes de los consejos de salud – en el caso brasileño, y de representantes de la sociedad civil de los demás países, con el objetivo de coordinar la ampliación o implantación de servicios y el agregado de nuevas tecnologías en la asistencia a la salud, en la perspectiva del desarrollo sustentable del SIS-MERCOSUR.

Los instrumentos de cooperación instituidos en el ámbito SIS-MERCOSUR deben contribuir para la configuración de redes micro-regionales y regionales de asistencia a la

salud desde su planificación hasta su operación. La experiencia brasileña demuestra la capacidad de influencia positiva de los municipios con mayor nivel de organización sobre los que tienen redes más frágiles e insuficientes en el ámbito de los consorcios, en el sentido de la mejoría de la calidad de los servicios prestados. Creemos que tal influencia podrá ser ejercida por el SUS sobre los sistemas de salud de los demás países.

Además de la implementación de instrumentos de referencia y contra-referencia, tales sistemas deberán definir las puertas de entrada para la atención a la salud, evitando la demanda espontánea y no referenciada de usuarios a los niveles más complejos. Tal modelo asistencial podrá buscar el apoyo de organismos internacionales para su desarrollo, con destaque para la Organización Panamericana de la Salud. Otra alternativa es el catastro de la población vinculada al SIS-MERCOSUR, instituyendo una tarjeta de salud específica para las regiones fronterizas, minimizando de esa forma la demanda no regulada. El registro de la población permite también el desarrollo de mecanismos de financiamiento de los servicios por criterios de alcance poblacional.

La participación de la sociedad en el caso brasileño ya está definida en la legislación del SUS en todos los niveles de gobierno. De esa forma, la adhesión de cada municipio al SIS-MERCOSUR deberá ser objeto de deliberación de las conferencias o consejos municipales de salud. Cabe a los consejos acompañar y fiscalizar la ejecución de las acciones previstas en los acuerdos de cooperación y la indicación de miembros para la composición de las cámaras de desarrollo regional de los sistemas de salud propuestos arriba. Tales cámaras, ante la ausencia de estructuras similares a los consejos municipales de salud en los demás países del MERCOSUR, deberán constituirse como espacio abierto a la participación de la sociedad civil de aquellos países, resguardado, del lado brasileño, el poder deliberativo final de los consejos y conferencias municipales de salud. Consideramos que la participación de la sociedad civil constituye un elemento crítico para la sustentabilidad política e institucional del SIS-MERCOSUR. En ese sentido, las propuestas en desarrollo en el Ministerio de Salud en el sentido de calificar la participación de la sociedad en los espacios de control social del SUS deberán priorizar los municipios y estados fronterizos.

Hechas esas consideraciones, reiteramos que la institución de instrumentos de gestión similares a los consorcios entre los municipios fronterizos de los países que componen el MERCOSUR, representa, a luz de la experiencia brasileña, la mejor forma para la implementación del SIS. La reproducción de esa experiencia en las relaciones internacionales puede llegar a ser menos inestable por presuponer un posicionamiento más claro y consistente de los Ministerios de Salud, en especial el brasileño, superando la situación actual de inexistencia de normas para su organización en nuestro país.

Para concluir, no podemos omitir el hecho de que la estructuración de un sistema de salud se relaciona con otros procesos socioeconómicos como la estructuración de las vías y medios de transporte, del sistema educacional y de los servicios de asistencia social,

por ejemplo. Los proyectos a ser implementados a través de los consorcios pueden demandar operaciones a otros sectores de las administraciones públicas en los tres niveles de gobierno. Las respuestas a esas operaciones ejercerán gran influencia sobre las posibilidades de éxito del SIS-MERCOSUR.

Referencias

ASTORGA J., Ignácio; PINTO C., Ana Maria & FIGUEROA M., Marco. **Informe de la Trifrontera - Estudio de Red Fronteriza Brasil – Argentina – Paraguay**. Informe Final. OPS, 2002 (mimeog.).

BASTOS, Francisco A. & MISOCZKY, Maria C. **Avançando na Implantação do SUS: Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Porto Alegre, Dacasa/Escola Superior de Direito Municipal, 1998.

BARROS, Ubiratan Laranjeiras. Consórcio Intermunicipal de Saúde. **Boletim de Direito Municipal.** San Pablo, v. 11, nº 10, oct. 1995, p. 507-513.

_____. Consórcio Administrativo Intermunicipal. **Revista da Procuradoria-Geral do Município de Porto Alegre**. Porto Alegre, v. 11, nº 12, sept. 1998, p. 39-53.

BRASIL. **Incentivo à participação popular e controle social do SUS**. Brasilia, Ministerio de Salud, 1994.

_____. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasilia, Ministerio de Salud, 1997.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** [online] Brasilia, Cámara de Diputados,1998. [citado 21 febrero 2004]. Disponible en la Internet: <http://www.camara.gov.br/Internet/cf/default.asp>

_____. **Estudo Prospectivo de Três Modalidade de Consórcios Intermunicipais de Saúde: Microrregião de Penápolis/SP; Região de Teles Pires/MT e Associação dos Municípios do Noroeste/PR**. [online] Brasilia, Ministerio de Salud & Organización Panamericana de la Salud, 1998a [citado 21 febrero 2004]. Disponible en la Internet: <www.opas.org.br>

_____. ***Diário Oficial., Processo n.º TCU - 014.640/97-0, Ata n.º 41/99, Plenário***. *Brasilia, Tribunal de Cuentas de la Unión, 15/09/1999.*

_____. **Consórcios Intermunicipais de Saúde: perspectivas de avaliação de algumas experiências** [online] Brasilia, Ministerio de Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2000. [citado 21 febrero 2004]. Disponible en la Internet: < www.opas.org.br>

_____. **Diagnóstico da Situação Atual de Consórcios Intermunicipais de Saúde no Brasil**. Informe de Pesquisa [online] Brasilia, Ministerio de Salud & Organización Panamericana de la Salud, 2000a [citado 21 febrero 2004]. Disponible en la Internet: <www.opas.org.br>

_____. **Legislação.** [online] Brasilia, Ministerio de Salud, 2002. [citado 21 febrero 2004]. Disponible en la Internet: <http://portal.saude.gov.br/ saude/visao.cfm?id_area=169>

CAMPOS, Gastão W. de S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. San Pablo, HUCITEC, 1992.

CARVALHO, Guido Ivan de. **Sistema Único de Saúde - Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90),** San Pablo, HUCITEC, 1992.

CASTRO, José Nilo de. **Direito Municipal Positivo.** Belo Horizonte, Del Rey, 1999.

COELHO, Mª Luiza P.; REIS, Gilberto A. & SILVA, Kátia F. de Moura. **Parecer técnico sobre os consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, ALMG/TCMG, 2000.

DANIEL, Celso & SOMEKH, Nadia. Gestão compartilhada, limites e possibilidades: a experiência do Grande ABC. **Informativo CEPAM Consórcio: uma forma de cooperação intermunicipal..** San Pablo, año 1, nº 2, enero 2001, p. 159-170.

GUIMARÃES, Luisa. **Arquitetura da cooperação intergovernamental: os consórcios em saúde de Mato Grosso.** Río de Janeiro, Escuela Nacional de Salud Pública, 2001(Disertación, Maestría).

LARA, Luciana Leão. **O Consórcio Intermunicipal no Direito Brasileiro**. Facultad de Derecho Milton Campos, Belo Horizonte, 2002 (monografía).

MEDAUAR, Odete. Convênios e Consórcios Administrativos. **Boletim de Direito Administrativo**. San Pablo, nº. 8, ago. 1995, p.451-456.

MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**, San Pablo, Malheiros, 1.993.

MENDES, Eugênio V. **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. San Pablo-Río de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MENDES, Eugênio V. **Uma agenda para a saúde**. San Pablo, HUCITEC, 1999.

OPAS.**Gestão de Serviços de Saúde**. Cooperação intergovernamental/consórcios. [online] Brasilia, página actualizada 16 febrero 2004. [citado 21 febrero 2004]. Disponible en la Internet: <http://www.opas.org.br/servico/paginas/intro/area_tematica.cfm?codsubtema=63&codtema=35>

SANTOS, Lenir. **Consórcio Administrativo Intermunicipal: aspectos gerais**. Suas especificidades em relação ao Sistema Único de Saúde. Brasilia, Ministerio de Salud, 2000 (mimeog.).

WANDERLEY JÚNIOR, Bruno. **Dos Consórcios Intermunicipais de Saúde**. Belo Horizonte: Facultad de Derecho de la Universidad Federal de Minas Gerais, 1999 (Disertación, Maestría).

10. INFORME DEL 1º SEMINARIO PARA ESTRUCTURACIÓN DE LOS "SERVICIOS INTEGRADOS DE SALUD DEL MERCOSUR, EL SIS-MERCOSUR"

Dirección de Inversiones y Proyectos Estratégicos, DIPE/SE/MS.

La Secretaría Ejecutiva del Ministerio de Salud, a través de su Dirección para Inversiones y Proyectos Estratégicos, promovió, entre los días 05 y 06 de abril de 2004 en Rio de Janeiro, el 1º Seminario para estructuración de los "Servicios Integrados de Salud del MERCOSUR, el SIS-MERCOSUR", con el objetivo de establecer un proceso de discusión acerca de su desarrollo, a partir de una o más herramientas que posibiliten la integración de esos servicios y la racionalización de los recursos de la salud.

La demanda para el redimensionamiento de la cuestión de las fronteras se originó en el Seminario Estratégico del MERCOSUR, en el año 2003, cuando se reconoció la importancia de promover la integración de las acciones de salud en las fronteras. En aquella época, se determinó que la Dirección de Inversiones y Proyectos Estratégicos (DIPE/SE/MS) sería responsable por la coordinación del proyecto de cooperación técnica para integración de la salud entre los países. El seminario sobre el SIS-MERCOSUR es, por lo tanto, una respuesta a esa demanda del SGT-11.

Aunque esta discusión viene ya ocurriendo y las iniciativas que tratan de esta integración se vengan implementando en algún grado, la falta de sustentabilidad y visibilidad o su carácter puntual se han presentando como dificultades para el desarrollo de esa herramienta de gestión como una solución eficiente para manejar la situación precaria vivida por las poblaciones de frontera en cuestión.

Dicho seminario, de ámbito exclusivamente nacional, representó la evolución y la tentativa de consolidación de la discusión interna en Brasil. Trató de dar transparencia al proceso y convergir los conocimientos con el objetivo de armonizar el entendimiento sobre el tema por parte de los diversos segmentos, sectores y esferas de gobierno interesados: gestores públicos del sector salud, varios segmentos que componen los entes federados a partir de la estructura de regionalización y fuentes financiadoras nacionales e internacionales[1].

1 Este seminario contó con la participación de: Comisión Parlamentaria Conjunta del MERCOSUR, Coordinación Nacional del SGT Nº 11 "Salud" y de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR, Bolivia y Chile, AISA, Comité de Fronteras (AISA/MS), IBAM, CEPAM, CONASS, CONASEMS, Itaipú Binacional, SES, SMS-POAS, ANVISA, Fiocruz, ANS, DIPE, SPO, DAD, SAS, SGP, SVS, DATASUS, SGTES, AIDS, UERJ, OPAS, UNESCO, BNDES, BID, PNUD, consultores OPS.

La estructuración del SIS-MERCOSUR fue, por lo tanto, discutida por diversas personas que representan instituciones y prácticas con visiones distintas y complementarias de la situación, ocasionando un ensayo de construcción del entendimiento nacional sobre el tema.

Por fin, vale enfatizar que este seminario no tuvo la pretensión de surgir con una propuesta de elaboración de la referida herramienta, una vez que sólo había representantes nacionales, quorum insuficiente para la construcción del SIS-MERCOSUR en sus diversos aspectos.

Objetivos del 1º Seminario para estructuración del SIS-MERCOSUR

Este Seminario tuvo básicamente cuatro objetivos:

- Presentar la discusión preliminar del modelo del SIS-MERCOSUR, para articular discusiones internas del MS, de la Coordinación Nacional del SGT Nº 11, del Comité de Fronteras (AISA), acercándolas a la realidad vivida por las SMS de fronteras y de las fuentes de fomento de desarrollo.
- Sistematizar las especificidades conceptuales necesarias para el cuerpo teórico del proyecto y evidenciar aspectos de su implementación para planificar su desarrollo.
- Promover un espacio de interlocución entre los diversos participantes, con el objetivo de tornar transparente y participativo el proceso de elaboración de esta herramienta.
- Desarrollar una agenda de trabajo para el fortalecimiento de la integración necesaria para la viabilidad del SIS-MERCOSUR.

Con el objetivo de contribuir con la realización del Taller, fueron presentados paneles seguidos de debates sobre los beneficios y dificultades esperados para la implementación del SIS-MERCOSUR en Brasil y las relaciones con los países miembros.

Conferencias del día 05 de abril

El primer día, por la mañana, hubo una serie de presentaciones que abordaron la evolución histórica, justificaciones, dificultades observadas y previsibles sobre la integración de los Sistemas de Salud de los países del MERCOSUR. Dificultades jurídico-administrativas y diplomáticas se traducen en un lento proceso de armonización. Dicha realidad se refleja en un conjunto de acciones en salud actualmente realizadas y estructuradas por acuerdos informales, generando diversas distorsiones respecto a la calidad del registro de usuarios, a la financiación de los sistemas de salud, a la falta de racionalidad de la estructuración de los sistemas, al costo-efectividad de las inversiones, a la dificultad de acceso a todos los niveles de complejidad, entre otros. La mañana de traba-

jo estuvo compuesta por paneles que presentaron la experiencia práctica de los profesionales brasileños de salud pública en las fronteras del MERCOSUR.

Por la tarde, otros paneles abordaron el proceso de integración y armonización de los sistemas de salud a través de la experiencia acumulada por la Coordinación Nacional del SGT Nº 11 "Salud" del MERCOSUR y de tres trabajos que estudiaron la viabilidad de la construcción del SIS a la luz de la experiencia nacional de consorcio entre municipios para viabilizar la atención integral de la salud; de la experiencia internacional e intrabloque regional, en particular de la Unión Europea que, con las debidas diferencias, fue el bloque que más avanzó en el proceso de armonización; y, por fin, a la luz de la economía de la salud, enfatizando que diferentes composiciones de fuentes de financiación generan diferentes perfiles de oferta y demanda de servicios de salud. Ese trabajo propuso además tres escenarios distintos para la integración y armonización, uno con incremento residual de recursos y obligaciones, el segundo contando con incrementos coherentes con las capacidades financieras y operacionales de los países, y por fin otro con inducción financiera y aplicación de nuevos recursos.

De acuerdo con el conocimiento acumulando a través del intercambio de informaciones, documentos y experiencias, se puede concluir que, dada la especificidad de procesos de integración, las acciones deberían ser pensadas y planificadas de acuerdo a horizontes temporales distintos. De esa manera, las acciones posibles a corto plazo servirán también como fortalecimiento y banco de dificultades y experiencias exitosas para el fortalecimiento de la integración. Así, además de importante herramienta para calificar las políticas de salud, el SIS también tiene su importancia política como inductor del proceso de integración regional, una de las prioridades del gobierno brasileño.

Metodología del Taller del día 06 de abril

El segundo día, se realizó un taller de trabajo compuesto por los participantes anteriormente mencionados en este documento, que, en posesión de las informaciones compartidas el día anterior y del interés común de viabilizar, imprimir racionalidad, sustentabilidad y calidad a las acciones de salud en las fronteras, buscaron crear un debate sobre la integración. Considerada la reconocida dificultad en lo que se refiere a la calidad y disponibilidad de informaciones, como también su comunicación entre países, el taller fue orientado hacia la elaboración de propuestas para la estructuración del SIS-MERCOSUR a partir de los principales indicadores disponibles de salud en la región fronteriza, datos de la situación epidemiológica, de las cuestiones referentes a la financiación consideradas las realidades, necesidades y limitaciones observadas.

Para que el taller asegurara la participación de todos los presentes en el Seminario,

fueron utilizadas metodologías de planificación estratégica y los participantes fueron divididos en tres grupos, cada uno discutiendo un tema específico:

GRUPO I - Aspectos Organizacionales (estructuras e instrumentos para la gestión y proceso de integración);

GRUPO II - Regulación y Financiación (incluyendo informatización y flujo de informaciones); y

GRUPO III - Aspectos Político-Institucionales (incluyendo relaciones entre gestores, control social, armonización, etc).

Los temas fueron abordados, entre cada grupo, teniendo en cuenta tres escenarios estratégicos, considerando el horizonte temporal, limitaciones respecto al proceso de integración y aporte de financiación adicional:

Escenario I
Transfronterizo e Inmediato:

- Acciones que pueden ser realizadas independientes del proceso de integración (cuando hay indefiniciones respecto a los instrumentos y procesos de integración);
- Acciones que no implican en recursos adicionales, pero que pueden fortalecer etapas futuras del proceso de integración;
- Acciones que dan continuidad y optimizan la utilización y calidad de las acciones actualmente existentes en el ámbito transfronterizo.

Escenario II
Armonización Intra Países y Mediano Plazo:

- Acciones que contribuyen para la definición y crean las bases para viabilizar la implantación de los instrumentos y proceso de integración (avanzan hacia la armonización);
- Acciones que amplían la integración en la medida de la capacidad financiera y operacional existente en los países, sin incremento significativo de nuevos recursos financieros;
- Acciones con el objetivo de consolidar aquellas del escenario I.

Escenario III
Armonización Inter Países y Largo Plazo:

- Acciones que implantan y consolidan instrumentos y proceso de integración, o sea, que armonizan las estructuras, políticas y economías de la salud entre los países;
- Acciones que amplían la capacidad financiera y operacional de los países para la implantación y consolidación del SIS, o sea, crea estructuras y genera recursos para el SIS;
- Acciones cuyos resultados son observables a largo plazo.

El trabajo de los grupos fue iniciado con la presentación de algunos DESAFIOS existentes y/o previsibles, conclusiones trazadas a partir de la discusión del día anterior. Amén de ello, cada grupo buscó incluir los demás DESAFIOS por escenario, relacionados a los temas atribuidos a los grupos. Luego de la definición de los mismos, fueron atribuidas las ACCIONES ya en ejecución relacionadas a la superación de cada desafío y, finalmente, aquellas que todavía deben ser realizadas.

Por fin, el grupo temático 'Regulación y Financiación' listó PLAZOS estimados para la realización de las acciones descriptas y PARTÍCIPES involucrados en la ejecución de estas acciones. Esta última etapa fue realizada solamente por este grupo temático, una vez que en los demás grupos no hubo tiempo hábil para su realización.

Los resultados de los trabajos podrán ser vistos en las planillas que siguen, de acuerdo con el resumen a continuación:

Taller	**Escenario I** **Transfronterizo e Inmediato**	**Escenario II** **Armonización Intra Países y Mediano Plazo**	**Escenario III** **Armonización Inter Países y Largo Plazo**
GRUPO **I** — Aspectos Organizacionales (estructuras e instrumentos para la gestión y proceso de integración).	Desafíos y acciones: — en ejecución — futuras	Desafíos y acciones: — en ejecución — futuras	Desafíos y acciones: — en ejecución — futuras
GRUPO **II** — Regulación y Financiación (incluyendo informatización y flujo de **I**nformaciones).	Desafíos y acciones: — en ejecución — futuras	Desafíos y acciones: — en ejecución — futuras	Desafíos y acciones: — en ejecución — futuras
GRUPO **III** — Aspectos Político-**I**nstitucionales (incluyendo relaciones entre gestores, control social, armonización, etc).	Desafíos y acciones: — en ejecución — futuras	Desafíos y acciones: — en ejecución — futuras	Desafíos y acciones: — en ejecución — futuras

GRUPO TEMÁTICO: ASPECTOS ORGANIZACIONALES

Tabla I – Aspectos Organizacionales – Desafíos por Escenario

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONALES		
DESAFÍOS ESCENARIO I	**DESAFÍOS ESCENARIO II**	**DESAFÍOS ESCENARIO III**
• Conocer el perfil de salud en las fronteras (epidemiológico, sanitario y ambiental)	• Organizar y regular la demanda asistencial, disciplinando los flujos y centros de referencia (mediana y alta complejidad)	• Definir instrumentos jurídicos para operacionalizar el SIS
• Conocer la capacidad instalada y el flujo de las demandas en la línea de frontera • Aproximar y/o compatibilizar capacitación y formación profesional	• Crear instrumento único de identificación de usuarios, observando las legislaciones de cada país • Posibilitar el libre ejercicio profesional en la frontera	• Integrar gestión y formación de recursos humanos • Estimular la gestión integrada de las inversiones
• Formalizar en el nivel local acciones de salud transfronteriza	• Desarrollar sistema de información epidemiológica integrado para faja de frontera	• Integrar sistemas de informaciones gerenciales
• Facilitar el intercambio de informaciones ya disponibles	• Elegir entre los estados parte acciones de salud prioritarias de acuerdo con el diagnóstico local	

TABLA 2 – ASPECTOS ORGANIZACIONALES
ESCENARIO I - TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO - ACCIONES POR DESAFÍOS

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONALES				
ESCENARIO I: TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO				
Desafíos	**Acciones**		**Plazos**	**Partícipes importantes todavía no involucrados**
1) Conocer el perfil de salud en las fronteras (epidemiológico, sanitario y ambiental)	**Acciones complementarias necesarias**	**Iniciativas en curso**		
	Solicitar a los estados partes que presenten informaciones sobre situación de salud en las fronteras de acuerdo con el seminario OPAS	Sistematización de indicadores en el área de influencia del proyecto Itaipú		
	Realizar recolección de informaciones en cada estado parte (a ser parte del estudio BID)	Creadas comisiones técnicas locales (multinacionales o binacionales) 1- Proyecto Itaipú 2- RS / Uruguay		
	Crear grupos técnicos para evaluar y sistematizar el diagnóstico de los estados parte (a ser parte del estudio BID)	Propuesta de documento que contiene situación de salud en las fronteras en los estados parte – a ser discutido en agosto de 2004		
2) Conocer la capacidad instalada y el flujo de las demandas en la línea de frontera	Implantar sistema estandarizado para registro de las atenciones prestadas en la región de frontera	**Registro de las atenciones prestadas en la región de frontera entre Brasil y Uruguay**		
	Consolidar en banco de datos común informaciones sobre capacidad instalada en las unidades asistenciales en las fronteras	Registro de la capacidad instalada en Brasil disponible en el SUS		
		Estudio sobre el uso de los servicios de salud pública de Uruguay en la frontera con Brasil		

TABLA 2 – ASPECTOS ORGANIZACIONALES
ESCENARIO I - TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO - ACCIONES POR DESAFÍOS (CONT.)

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONALES				
ESCENARIO I: TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO				
Desafíos	Acciones		Plazos	Partícipes importantes todavía no involucrados
	Acciones complementarias necesarias	Iniciativas en curso		
3) Aproximar y/o compatibilizar capacitación y formación profesional	Tornar disponibles los polos de educación permanente para capacitación fronteriza	Capacitación conjunta en el área de influencia del Proyecto Itaipú		
	Identificar programas en los otros países para complementar los polos	MS está creando polos de educación permanente en Brasil		
		Proyecto de capacitación integrada básica en vigilancia en salud - Brasil/Uruguay ya iniciado		
		Programas de capacitación en áreas específicas para MERCOSUR ya en implementación		
4) Formalizar en el nivel local acciones de salud transfronteriza	Formar grupos técnicos (jurídico, etc.) para analizar y definir instrumentos de formalización	Convenios de la Itaipú con ministerios de salud de Brasil y Paraguay para asistencia local		
	Posibilitar realización de licitaciones internacionales por los municipios fronterizos para compra de servicios de salud	Comisión binacional asesora de salud en la frontera Brasil/Uruguay		
		Convenio Barra do Quaraí/Bella Unión (Uruguay) para asistencia hospitalaria - en discusión		
5) Facilitar el intercambio de informaciones ya disponibles	Producir informes periódicos con información de salud en la frontera	*Sitio* del SGT-11 en la internet		

TABLA 3 - ASPECTOS ORGANIZACIONALES
ESCENARIO II - ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO - ACCIONES POR DESAFÍOS

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONALES				
ESCENARIO II: ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO				
Desafíos	**Acciones**		**Plazos**	**Partícipes importantes todavía no involucrados**
	Acciones complementarias necesarias	**Iniciativas en curso**		
1) Organizar y regular la demanda asistencial, disciplinando los flujos y centros de referencia (mediana y alta complejidad)	Definir los flujos para atender las demandas de acuerdo con la complejidad de la red	GTs binacionales para integración de la asistencia (ejemplo Uruguay/Paraguay)		
	Crear mecanismo e instancias de regulación	Implantación del PDR/PPI/PDI en Brasil		
2) Crear instrumento único de identificación de usuarios observando las legislaciones de cada país	Extender la tarjeta fronteriza a todas las fronteras MERCOSUR	Implantación de la tarjeta SUS		
	Priorizar la implantación de la tarjeta SUS en la región de frontera	Implantación de la tarjeta transfronteriza Brasil/Uruguay		
3) Posibilitar el libre ejercicio profesional en la frontera	Implementar negociación con consejos profesionales y órganos gubernamentales competentes	Acuerdo Brasil-Uruguay para autorización de residencia, estudio y trabajo a ciudadanos fronterizos		
	Implementar con el Ministerio de Educación la validación de los cursos del área de la salud de los estados parte			

TABLA 3 - ASPECTOS ORGANIZACIONALES
ESCENARIO II - ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO - ACCIONES POR DESAFÍOS (CONT.)

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONALES				
ESCENARIO II: ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO				
Desafíos	**Acciones**		**Plazos**	**Partícipes importantes todavía no involucrados**
	Acciones complementarias necesarias	**Iniciativas en curso**		
4) Desarrollar sistema de información epidemiológica integrado para la franja de frontera	Ampliar y armonizar las relaciones de enfermedades/daños de notificación obligatoria	Comisiones binacionales para integración de información (Uruguay/Paraguay)		
	Implementar sistemas oficiales de información integrados en la franja de frontera	Lista parcial de daños de notificación ya implantada		
	Crear comisiones binacionales para integración de información con los demás miembros del MERCOSUR			
5) Elegir entre los estados parte acciones de salud prioritarias de acuerdo con el diagnóstico local	Ampliar y extender protocolos de atención prioritaria a toda la franja de frontera	Protocolo que define como prioridad en salud de atención a la epidemia de ETS/SIDA en las fronteras Brasil-Argentina		
		GTs Brasil/Uruguay para desarrollar acciones de control de zoonosis		

TABLA 4 - ASPECTOS ORGANIZACIONALES
ESCENARIO III - ARMONIZACIÓN INTER PAÍSES Y LARGO PLAZO - ACCIONES POR DESAFÍOS

GRUPO: ASPECTOS ORGANIZACIONALES				
ESCENARIO III: ARMONIZACIÓN INTER PAÍSES Y LARGO PLAZO				
Desafíos	**Acciones**		**Plazos**	**Partícipes importantes todavía no involucrados**
	Acciones complementarias necesarias	**Iniciativas en curso**		
1) Definir instrumentos jurídicos para operacionalizar el SIS	**Realizar estudios comparativos de legislación**	N/d		
	Verificar las resoluciones internalizadas que contribuyan a la definición de los instrumentos			
	Elaborar propuesta de instrumento			
	Encaminar propuesta a los foros competentes			
2) Integrar gestión y formación de recursos humanos	Realizar estudios comparativos curriculares	Fue propuesta la contratación de estudios comparativos curriculares en el Seminario Internacional de Recursos Humanos		
	Definir reglamentación para el ejercicio profesional			
	Establecer estándar mínimo de calificación profesional			
	Crear polo de educación permanente para actuación en las áreas fronterizas y en el MERCOSUR			
3) Estimular la gestión integrada de las inversiones	Elaborar normas asistenciales y operacionales para estructuración del sistema	N/d		
4) Integrar sistemas de informaciones gerenciales	Estimular la alimentación de las informaciones de la página	*Sitio* del SGT-11 Salud en la internet		
	Propon er mecanismos de integración			
	Definir lo que es relevante para constar en el sistema de informaciones			
	Realizar estudios comparativos de los sistemas de información			

GRUPO TEMÁTICO: REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN

TABLA 5 - REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN - DESAFÍOS POR ESCENARIO

<table>
<tr><th colspan="3">GRUPO: REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN.</th></tr>
<tr><th>DESAFÍOS ESCENARIO I</th><th>DESAFÍOS ESCENARIO II</th><th>DESAFÍOS ESCENARIO III</th></tr>
<tr><td>• Integración de las discusiones sobre compensación financiera para los municipios de la frontera;</td><td>• Inducción a la realización de diagnóstico detallado sobre la capacidad instalada en los sistemas de salud de los cuatro países, en lo que se refiere a la asistencia y a la producción de insumos y tecnologías, así como a las demandas que podrían ser referidas a los otros países;</td><td>• Creación de fondos de cohesión y desarrollo estructural para áreas estratégicas:
⇒ Costeo de acciones ya desarrolladas (atención);
⇒ Costeo de acciones nuevas (atención);
⇒ Expansión en proyectos multilaterales (gestión, investigación, información, desarrollo tecnológico, producción de insumos, etc.)</td></tr>
<tr><td>• Estímulo a los países para la realización de estudios sobre costos, necesidades y demandas interfronteras;</td><td>• Búsqueda conjunta y articulada de recursos externos para inversiones estratégicas;</td><td rowspan="3">• Compartir estándares de información del proceso de registro de eventos y de la identificación de usuarios, profesionales y servicios para efectos del sistema de informaciones: Brasil: Tarjeta Nacional de Salud.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">• Compartir las discusiones actuales sobre sistemas de información y el uso de informaciones (observatorio de salud del MERCOSUR o de las regiones de frontera)</td><td>• Estímulo para la realización de estudios sobre el costo de acciones y servicios de salud ofrecidos en los cuatro países;</td></tr>
<tr><td>• Creación de un incentivo para atención a la salud con el objetivo de garantizar el acceso en la condición de visitantes a los extranjeros a los municipios brasileños de la frontera del MERCOSUR.</td></tr>
</table>

TABLA 6 - REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN
ESCENARIO I - TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO - ACCIONES POR DESAFÍOS

GRUPO: REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN				
ESCENARIO I: TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO				
Desafíos	**Acciones**		**Plazos**	**Partícipes importantes todavía no involucrados**
	Acciones complementarias necesarias	**Iniciativas en curso***		
1) Integración de las discusiones sobre compensación financiera para los municipios de la frontera;	Introducir el tema transfrontera en el Plan Nacional de Salud	* El grupo consideró que ninguna de las Acciones discutidas fue desencadenada todavía, por lo tanto son nuevas acciones que se deben implementar	Inmediato	Informe del seminario
	Creación de mecanismos especiales de financiación para municipios fronterizos;		18 meses	MS, Gestores del SUS
	Crear mecanismo de compensación extra financiera para municipios fronterizos			
	Crear programas de calificación específica para municipios fronterizos;		6 meses	CRESEMS, SES, SMS, MS y otros
	Definición de las áreas de influencia de los municipios fronterizos;		6 meses	SGT 11
	Creación de foro permanente de gestores, de las tres esferas de gobierno, para municipios de frontera;		Inmediato hasta 6 meses	CONASS, CONASEMS, MS y Consejos Municipales de Salud
	Habilitación de municipios MERCOSUR, por adhesión.		Comienzo del proceso 6 a 18 meses	Consejos Municipales de Salud, Comité de Frontera, SES, SMS y MS
	Aumentar crédito de los municipios Ex: municipios turísticos			
	Establecer mecanismos que permitan superar el subregistro de la atención en las fronteras;		Continuo	Gestores del Sistema de Información

TABLA 6 – REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN
ESCENARIO I - TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO - ACCIONES POR DESAFÍOS (CONT.)

GRUPO: REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN				
ESCENARIO I: TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO				
Desafíos	**Acciones**		**Plazo**	**Partícipes importantes todavía no involucrados**
	Acciones complementarias necesarias	**Iniciativas en curso**		
1) Integración de las discusiones sobre compensación financiera para los municipios de frontera;	Diagnóstico de muestras por área de interface de las atenciones efectuadas en la frontera (demanda de servicio)		6 meses	Gestores
	Crear mecanismos de contratación por el SUS de servicios en municipios en la frontera de otros países (tratamiento fuera del domicilio).		6 meses	MS – SAS
	Articular el tema del MERCOSUR con las acciones internacionales del MS Ex: Cúpula Mundial de la Sociedad de Información, Comité ISO Internacional		Inmediato	Coordinación Nacional del SGT-11, AISA y DIPE
2) Estímulo de los países a la realización de estudios sobre costos, necesidades y demandas interfronteras	Dar publicidad a las deliberaciones del foro para los demás países.		Inmediato	Consejo de Ministros, SGT Nº 11, comisiones afines del SGT-11
	Armonizar acciones de promoción en la frontera (calendario, etc.)		Inmediato	Gestores de Salud en Iberoamérica
3) Compartir las discusiones actuales sobre sistemas de información y el uso de informaciones (observatorio de salud del MERCOSUR o de las regiones de frontera)	Publicación de los estándares y procesos de captura y uso de los sistemas de información de los países.		18 meses	DATASUS, Núcleo de Articulación I (NA-1)/RMS

TABLA 7 - REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN
ESCENARIO II - ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO - ACCIONES POR DESAFÍOS

GRUPO: REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN				
ESCENARIO II: ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO				
Desafíos	Acciones		Plazos	Partícipes importantes todavía no involucrados
	Acciones complementarias necesarias	Iniciativas en curso		
1) Inducción a la realización de diagnóstico detallado sobre la capacidad instalada en los sistemas de salud de los cuatro países, en lo que se refiere a la asistencia y a la producción de insumos y tecnologías, así como a las demandas que podrían ser referidas a los otros países;	Estudios de mecanismos de compensación inter países;		36 meses	OPS, ANS y SGT-11
	Elaborar diagnóstico multisectorial de los municipios fronterizos;		24 meses	OPS y Agencias Financiadoras
	Desarrollar metodología comparada para cotejo de costos en procedimientos preseleccionados;		24 meses	SGT-11
	Mapear centros de referencia de prestación de servicios de salud en el MERCOSUR;		24 a 60 meses	RMS y SGT-11
	Integración de los actuales mecanismos de identificación de usuarios en los sistemas de salud de los países;		48 meses	RMS
	Estudios de legislación de la prestación de servicios del MERCOSUR.		24 meses	SGT-11

TABLA 7 - REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN
ESCENARIO II - ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO - ACCIONES POR DESAFÍOS (CONT.)

GRUPO: REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN				
ESCENARIO II: ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO				
Desafíos	Acciones		Plazos	Partícipes importantes todavía no involucrados
	Acciones complementarias necesarias	Iniciativas en curso		
2) Búsqueda conjunta y articulada de recursos externos para inversiones estratégicas;	Crear proyecto internacional junto con OPS, con fondos de los cuatro países, para examinar la constitución de fondos multilaterales.		24 meses	SGT-11 RMS
	Identificación de áreas prioritarias para inversiones estratégicas;		24 meses	SGT-11
	Establecer estándares de acreditación para servicios y profesionales del MERCOSUR.		24 a 60 meses	OPS, SGT-11, SAS, SGTES, ANVISA y ANS
3) Estímulo para la realización de estudios sobre el costo de acciones y servicios de salud ofrecidos en los cuatro países;	Desarrollar metodología específica para establecer el origen / nacionalidad de las personas atendidas.		24 meses	SGT-11
4) Creación de un incentivo para atención a la salud para garantizar el acceso en la condición de visitantes a los extranjeros a los municipios brasileños de la frontera del MERCOSUR.	Firmar pactos de garantía de acceso entre países.		48 a 60 meses	RMS

TABLA 8 - REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN
ESCENARIO III - ARMONIZACIÓN INTER PAÍSES Y LARGO PLAZO - ACCIONES POR DESAFÍOS

GRUPO: REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN				
ESCENARIO III: ARMONIZACIÓN INTER PAÍSES Y LARGO PLAZO				
Desafíos	Acciones		Plazos	Partícipes importantes todavía no involucrados
	Acciones complementarias necesarias	Iniciativas en curso		
1) Creación de fondos de cohesión y desarrollo estructural para áreas estratégicas: • Costeo de acciones ya desarrolladas (atención); • Costeo de acciones nuevas (atención); • Expansión en proyectos multilaterales (gestión, investigación, información, desarrollo tecnológico, producción de insumos, etc.).	Normalizar la prestación de servicios de salud en el MERCOSUR		5 a 10 años	Ejecutivo y Legislativo de los países
	Crear fondo de cohesión social con programas específicos para la salud			
	Establecimiento de criterios para la división de recursos y gestión			
	Crear fondo internacional de gestión compartida en salud			
	Crear fondo de compensación			
2) Compartir estándares de información del proceso de registro de eventos y de la identificación de usuarios, profesionales y servicios para efectos del sistema de informaciones: • Brasil: Tarjeta Nacional de Salud.	Identificación única de los usuarios entre los países participantes Definición de mecanismos de acceso y de periodicidad de disponibilidad de datos		5 a 10 años	Ejecutivo y Legislativo de los países
	Establecer estándares registros de informaciones esenciales e informaciones compartidas de salud		10 años	Ejecutivo y Legislativo de los países

GRUPO TEMÁTICO: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONALES

TABLA 9 – ASPECTOS POLÍTICO INSTITUCIONALES – DESAFÍOS POR ESCENARIO

GRUPO: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONALES		
DESAFÍOS ESCENARIO I	DESAFÍOS ESCENARIO II	DESAFÍOS ESCENARIO III
Fortalecer la movilización interna Brasil-fronteras.	Promover el equilibrio de las atenciones a la salud (básica).	Ampliar el diagnóstico de la realidad de los Sistemas de Salud del MERCOSUR, incluyendo la movilización de los institutos de investigación.
Promover participación interna de los países del MERCOSUR.	Dimensionar el grado de desequilibrio en las fronteras.	Ampliar la movilización de la sociedad civil con amplio diálogo con gestores, trabajadores y usuarios en las regiones de frontera, con el objetivo de la relevancia de la integración para los gobiernos.
	Equilibrar el interior de los países (evitar migración a las fronteras). Incluir en la pauta de revisión de la política de regionalización del SUS las regiones fronterizas en el MERCOSUR.	Establecer una cultura de proceso en la integración del MERCOSUR. Fomentar las acciones por medio de un fondo común.

TABLA 10 - ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONALES
ESCENARIO I - TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO - ACCIONES POR DESAFÍOS

GRUPO: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONALES				
ESCENARIO I: TRANSFRONTERIZO E INMEDIATO				
Desafíos	Acciones		Plazos	Partícipes importantes todavía no involucrados
	Acciones complementarias necesarias	Iniciativas en curso		
1) Fortalecer la movilización interna Brasil-fronteras.	Proponer una agenda de definición y revisión de prioridades			
	Identificar los partícipes directos involucrados en los proyectos de integración de las regiones fronterizas.	Itaipú		
	Identificar alianzas técnicas y financieras.	VIGILANCIA SANITARIA		
	Promover actividades conjuntas en las regiones de fronteras.	Vigilancia Epidemiológica		
2) Promover participación interna de los países del MERCOSUR.	Estructurar centros de referencia en salud del MERCOSUR.	Acciones regulares del MERCOSUR		
	Identificar y promover buenas prácticas en regiones fronterizas.			
	Crear espacios/foros en las fronteras integrados por los países para articular y decidir la ejecución de acciones locales			

TABLA 11 - ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONALES
ESCENARIO II - ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO - ACCIONES POR DESAFÍOS

GRUPO: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONALES				
ESCENARIO II: ARMONIZACIÓN INTRA PAÍSES Y MEDIANO PLAZO				
Desafíos	Acciones		Plazos	Partícipes importantes todavía no involucrados
	Acciones complementarias necesarias	Iniciativas en curso		
1) Promover el equilibrio de las atenciones a la salud (básica). 2) Dimensionar el grado de desequilibrio en las fronteras. 3) Equilibrar el interior de los países (evitar migración a las fronteras).	Proponer una agenda de definición y revisión de prioridades			
	Priorizar la atención primaria en los países del MERCOSUR.			
	Firmar protocolo entre países para priorizar atención primaria en las fronteras.			
	Incluir en la pauta de revisión de la política de regionalización del SUS las regiones fronterizas en el MERCOSUR.			
	Desarrollar proyectos para fortalecimiento de los servicios en regiones de frontera menos desarrolladas.			

TABLA 12 – ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONALES
ESCENARIO II – ARMONIZACIÓN INTER PAÍSES Y LARGO PLAZO – ACCIONES POR DESAFÍOS

GRUPO: ASPECTOS POLÍTICO-INSTITUCIONALES				
ESCENARIO III: ARMONIZACIÓN INTER PAÍSES Y LARGO PLAZO				
Desafíos	**Acciones**		**Plazos**	**Partícipes importantes todavía no involucrados**
	Acciones complementarias necesarias	**Iniciativas en curso**		
1) Ampliar el diagnóstico de la realidad de los Sistemas de Salud del MERCOSUR, incluyendo la movilización de los institutos de investigación;	Realizar diagnóstico: ✓ De las regiones fronterizas de salud; ✓ De las acciones y servicios de salud; ✓ De las demandas por integración; ✓ De las iniciativas de integración; ✓ De las necesidades para el fortalecimiento de los procesos de integración.			
2) Ampliar la movilización de la sociedad civil con amplio diálogo con gestores, trabajadores y usuarios en las regiones de frontera, con el objetivo de la relevancia de la integración para los gobiernos	Realizar actividades en las regiones de fronteras para SES y CODEMS, con MS para discutir prioridades y estrategias			
	Estimular eventos de la sociedad civil con otros socios en las regiones de frontera			
3) Establecer una cultura de proceso en la integración del MERCOSUR.	Realizar actividades en las regiones de fronteras para SES y CODEMS, con MS para discutir prioridades y estrategias			
	Estimular eventos de la sociedad civil con otros socios en las regiones de frontera			
	Estimular el uso de símbolos del MERCOSUR en el cotidiano de los países.			
	Promover la cultura MERCOSUR en eventos, inclusive en los específicos de la salud.			
4) Fomentar las acciones por medio de un fondo común.	Crear fondos con recursos de la balanza comercial del MERCOSUR (x %), entre los países para financiar acciones de salud.			

11. UNA AGENDA PARA VIABILIZAR EL SIS-MERCOSUR[1]

Gilberto Antônio Reis.
Médico de la Secretaría Municipal de Salud de Betim/MG y Profesor del Curso de Especialización en Salud Pública de la Universidad del Estado de Minas Gerais

Sulamis Dain
Profesora Titular del Instituto de Medicina Social de la UERJ

Alcindo Antônio Ferla
Médico, doctor en educación (UFRGS), fue Secretario Sustituto de la Secretaría de Estado de Salud de Río Grande del Sur (1999 a 2002) y actualmente es asesor de la dirección del Grupo Hospitalario Nossa Senhora da Conceição y consultor del Departamento de Información e Informática del SUS / Ministerio de Salud.

Janice Dornelles de Castro
Economista, con Maestría en planeamiento y financiamiento en salud (LSE/Londres), doctora en salud colectiva (UNICAMP) y profesora del Curso de Maestría en Salud Colectiva de la Universidad de Vale do Rio dos Sinos (Unisinos).

Maria Lectícia de Pelegrini
Enfermera, sanitarista, con Maestría en ciencias de la salud (Unisinos) y actualmente es asesora de la dirección del Grupo Hospitalario Nossa Senhora da Conceição.

La colecta de sugerencias e informaciones relevantes para la elaboración del documento base del Proyecto del SIS-MERCOSUR, considerando la experiencia brasileña, se hizo a través de tres actividades articuladas y complementarias:

- Realización de un taller con la participación de técnicos del Ministerio de Salud, entre ellos del Subgrupo de Trabajo (SGT) Nº 11 "Salud" del MERCOSUR, y de la Organización Panamericana de la Salud - OPS.
- Estudios elaborados por expertos sobre experiencias internacionales de organización de la asistencia a la salud en regiones fronterizas, las experiencias brasileñas de alianzas entre municipios para atención a la salud y estudio de las condiciones de sustentabilidad del SIS-MERCOSUR con el enfoque de la economía de la salud.
- Realización de seminario que reúna los profesionales que desarrollaron las actividades anteriores con gestores municipales y provinciales de las regiones de frontera, además de representantes de experiencias en desarrollo en esas regiones.

Tanto en los artículos encomendados cuanto en las distintas ponencias durante el seminario, la aproximación con más detalles de la realidad de los municipios de frontera

1 Basada en el resultado de los debates en reuniones, talleres, seminarios y el esfuerzo de investigación sobre integración regional.

y también de los sistemas nacionales de salud de los cuatro países fue relevante. Juzgamos pertinente que las próximas etapas de actividades diplomáticas para la integración entre los sistemas de salud de los cuatro países incluyeran la realización de estudios diagnósticos (de capacidad instalada, de necesidades reprimidas, de perspectivas, de los ejes orientadores de la planificación, de costo y precio de productos y servicios, en particular de mediana y alta complejidad tecnológica), como así también se desarrolle un esfuerzo conjunto para la inducción de agendas de investigación comunes a los órganos nacionales de los cuatro países responsables por el fomento a la investigación y el desarrollo tecnológico, así como a los institutos y órganos de investigación.

Un importante aspecto a ser dimensionado de forma más adecuada es la caracterización del volumen y del tipo de las atenciones interfronterizas que ya ocurren. Estudios y relatos indican que hay un gran flujo transfronterizo informal, que no es capturado por los innumerables sistemas de información existentes. Sobre ese problema, es importante poner en relieve que, en la evaluación de los consultores, cualquier iniciativa que dificulte o amenace los flujos actualmente existentes tendrá, como efecto más rápido, el retorno a la informalidad, puesto que las redes de solidaridad para la atención a la salud son efectivas no solamente en esos flujos interfronterizos, sino que es una constatación fácilmente comprobable en los grandes centros urbanos brasileños. Una acción de comunicación que afirme la garantía del acceso a los servicios de salud en flujos transfronterizos puede ser un eficiente mecanismo para un mejor ordenamiento de esos flujos, con la captura de informaciones necesarias para el diseño de estrategias de compensación financiera o, también, para el adecuado dimensionamiento de los servicios de salud en las regiones de frontera. Parece igualmente estratégico desarrollar acciones en ese sentido en las regiones donde ya se verifica un flujo más significativo de atenciones transfronterizas y/o donde ya se desarrollan iniciativas locales de regulación de la oferta y del acceso a esos servicios. Las experiencias de Itaipú Binacional, del Estado de Paraná y del Municipio de Foz de Iguazú, y del Estado de Rio Grande do Sul con Uruguay muestran un importante grado de solidez para propiciar un esfuerzo adicional en ese sentido.

Del mismo modo, el refuerzo a la agenda conjunta de discusiones sobre la implementación de proyectos/políticas de información e informática en salud se muestra oportuno, porque se verifica actualmente una fase incipiente de cambios en dicha área en los cuatro países. La migración conjunta a estándares tecnológicos y de representación de información compatibles e integrables entre ellos tiene, en estos momentos de transición, una oportunidad singular. Por otra parte, sugerimos la búsqueda de fuentes internacionales de recursos para, en complemento a las fuentes ya existentes en los presupuestos nacionales, avanzar en la implantación de proyectos de identificación de usuarios, profesionales y servicios, a ejemplo de lo que viene sucediendo en Brasil con la implantación de la Tarjeta Nacional de Salud. Dicho proyecto, de relevancia destacada internacionalmente, viene despertando el interés en

los demás países del bloque, y puede ser un importante estímulo para el reordenamiento de los sistemas nacionales de información e informática, según las directivas que están siendo destacadas internacionalmente e implementadas en el proyecto brasileño.

Respecto a la financiación, las distintas alternativas presentadas resultaron adecuadas. La adopción de una estrategia para la formalización del proceso de integración se debe hacer preservando la posibilidad de la implementación de modelos mixtos de financiación, a ser definidos y pactados en acuerdos multilaterales establecidos *a posteriori*. Se debe resaltar la sugerencia de que, inclusive antes de la recolección de datos para permitir la construcción de propuestas mejor basadas en la realidad, teniendo en vista el volumen de demandas regulares e informales que se observa ya en los municipios brasileños de la región de las fronteras con países del MERCOSUR, se cree un incentivo financiero para garantizar, como mínimo, los estándares actuales de atención a ciudadanos de otros países con soportes adecuados de los gobiernos federal y estaduales/provinciales/departamentales a los municipios de la línea de frontera, paralelamente a la adopción de medidas que fomenten la cooperación internacional en nivel local para organización de redes asistenciales transfronterizas. Más aun, tal iniciativa puede representar una experiencia piloto para la validación de nuevos componentes de las estrategias de aproximación.

De acuerdo a las evidencias sistematizadas hasta el momento, dicho incentivo podría tomar la forma de una transferencia en la modalidad fondo a fondo, tomando como base la población del municipio mismo. Teniendo en cuenta lo que se puede verificar por la revisión de relatos y estudios anteriores, un incentivo equivalente al intervalo de 30 a 50% de las transferencias *per capita* para la atención básica, además de representar un pequeño impacto financiero para el gobierno brasileño, también tendría condiciones de permitir el incremento en las acciones de regulación actualmente desarrolladas, tales como el registro de los ciudadanos, de los procedimientos demandados y realizados, y algún flujo de contrarreferencia para los servicios de salud del país de origen. También parece adecuado que esa transferencia sea antecedida por la firma de un compromiso de adhesión entre el Ministerio de Salud y los respectivos Municipios y Estados/Provincias/Departamentos, describiendo con más precisión las obligaciones de las partes y los mecanismos de prestación de cuentas. La participación más activa de los Consejos de Salud está indicada, sea porque tienen esa prerrogativa asegurada legalmente (esa ha sido una deliberación reiterada en las últimas Conferencias Nacionales de Salud), sea porque la formación de una red social transfronteriza parece ofrecer efectos más rápidamente en lo que se refiere al control social que el acuerdo de estrategias similares en los trámites diplomáticos, que tienen ya bajo su responsabilidad la construcción de mecanismos para la integración/ armonización de la gestión.

La propuesta concreta, que considera las asimetrías entre los sistemas de salud de Brasil y de los demás países del MERCOSUR, sería la de crear una categoría de gestión, la de los municipios SIS-MERCOSUR, en la cual se habilitarían, por adhesión, los municipios

brasileños de frontera que se dispusieran a operar en ámbito transfronterizo. Habría clara identificación de esta condición de gestión, destacándose los proyectos en ellos desarrollados, así como para su identidad visual (sello SIS-MERCOSUR), institucional y política.

Esta condición de gestión, inicialmente en el ámbito de las acciones del SUS, podría ser finalmente generalizada para los demás países, en los territorios de frontera, y también, en Brasil, para las fronteras No-MERCOSUR.

Los municipios habilitados en la condición de municipios SIS-MERCOSUR recibirían crédito suplementario fondo a fondo y también tendrían que planificar sus acciones transfronterizas en el espacio del PDI y del PDR, juntamente con las acciones de los demás municipios.

Formaría parte de la condición de habilitación para gestión SIS-MERCOSUR:

- Capacitación de profesionales de Salud para operar en ámbito transfronterizo.
- Armonización de los calendarios de vacunación transfronteriza.
- Acreditación de los servicios y de los profesionales.
- Adaptación de los sistemas de información, dentro de la estructura de los sistemas de información del SUS.
- Definición de la referencia y de la contrarreferencia.

La habilitación SIS-MERCOSUR ocurriría no sólo en el campo de la gestión plena de la atención básica, como también en el campo de la gestión plena del sistema, para municipios previamente habilitados en esta condición.

En este caso, el PDI y el PDR deberían reflejar los nuevos flujos de acciones y establecer recursos adicionales para adaptar la oferta a este estándar ampliado de demanda.

La posibilidad de comprar servicios financiados por el SUS y pagados según su tabla de remuneración de procedimientos en territorio transfronterizos del MERCOSUR debería ser observada.

- Las acciones de los municipios del SIS-MERCOSUR deberían integrar los Observatorios de Frontera, a los cuales se deberían incorporar las experiencias ya en curso en la frontera Brasil-Uruguay y en la empresa Itaipú Binacional, con el intento de difusión de las buenas prácticas transfronterizas.
- En estas regiones se deberían desarrollar los primeros Centros de Referencia del MERCOSUR, tanto en el campo de las especialidades médicas, como en el campo de la enseñanza de los profesionales de salud.

Teniendo como referencia las actividades desarrolladas en Brasil, sugerimos que los demás Estados parte desarrollen procesos internos de construcción de consenso en torno del análisis de situación y elaboración de propuestas para implementación del SIS-MERCOSUR, involucrando los diversos partícipes que actúan en el área de la salud en sus regiones de frontera, para que se construya una agenda común ejecutable para Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.

El análisis de la experiencia internacional sugiere la necesidad de una separación

entre principios de la armonización de los sistemas de salud de los países y la operación concreta de proyectos transfronterizos. No obstante ello, sugerimos que todas las iniciativas relacionadas a las acciones de salud, sean internas de cada país, bilaterales o multilaterales, sean inmediatas o a largo plazo, pasen a ser tomadas teniendo como referencia un conjunto conocido y compartido de valores que orienten el proceso más general para la aproximación de los sistemas de salud de los cuatro países, como condición fundamental para la sustentabilidad a largo plazo del SIS-MERCOSUR.

Los estudios y debates realizados apuntan como diferencias significativas el estándar de financiación y la concepción pública del sistema de salud brasileño en relación a los demás países, diferencias que pueden representar gran obstáculo para la integración de los sistemas de salud de los cuatro países. Además, la cooperación entre los sistemas de salud, según demostró el análisis de la experiencia europea, enfrenta dificultades asociadas a diferentes encuadramientos jurídicos, cuestiones de responsabilidad civil, restricciones en materia de planificación de sistemas diferentes y mecanismos de reembolso, puesto que la adquisición de cuidados de salud puede tener efectos en el país prestador y en el país del beneficiario.

Para avanzar, sería necesario disponer de:

- Garantía de calidad, estándares y protocolos clínicos, acreditación de profesionales en estándares semejantes, acreditación de instituciones.
- Otros aspectos no clínicos de la calidad, tales como la garantía sobre uso y manipulación de los equipamientos.
- Sistemas de información para pacientes y sistemas para los cuales son referidos (médicos y servicios).
- Consistencia de los procedimientos de contratación y reembolso.
- Legalidad de las transacciones entre fronteras.
- Uso de sistemas e infraestructura de informaciones compatibles.

Por otra parte, hay un relativo consenso acerca de algunos valores que pueden ser traducidos en el funcionamiento del sistema de salud. Entre esos consensos, la búsqueda de equidad parece merecer relieve en el momento actual, pudiendo constituir un importante propulsor de un estándar inicial de acuerdo sobre la organización y el funcionamiento de los sistemas de salud. El movimiento de afinar compromisos comunes en la búsqueda de equidad está siendo ejercido en el momento actual, conforme demuestran las prioridades de los cuatro países presentadas en la XXI Reunión Ordinaria del SGT Nº 11. A ejemplo de lo que se ha verificado en el área de Vigilancia en Salud, parece ser oportuna la definición de otras áreas para el acuerdo y formalización de metas de corto y mediano plazos.

En ese sentido, fueron identificadas acciones de salud específicas que pueden desarrollar los cuatro países, tales como el cuidado materno-infantil; el cuidado de los jóvenes, con énfasis en el apoyo a las acciones de prevención centradas en HIV/SIDA e infec-

ciones sexualmente transmisibles; programas de tratamiento y control de la transmisión de la tuberculosis, malaria, hanseniasis, fiebre amarilla, cólera y leishmaniasis. Siendo de responsabilidad estatal en todos los países del MERCOSUR, el campo de la prevención independe de la naturaleza pública o privada de los sistemas de salud y de sus gradaciones de financiación. Otra área identificada como de interés común es la producción de medicamentos y asistencia farmacéutica. El conjunto de estas acciones -y otras de naturaleza semejante que se identifiquen-, constituye un denominador común de políticas que podrá ser ampliado a través de la cooperación entre los países.

Hubo consenso, en los foros realizados, sobre la importancia estratégica y política de avances formalmente constituidos, aunque parciales y localizados, en la definición de mecanismos comunes de regulación en el área de la salud. El cuadro regulatorio debe ser claro y transparente en lo que respecta a la adquisición de cuidados de salud, permitiendo a las instancias competentes de los Estados Partes su utilización para celebración de acuerdos. Tales mecanismos podrán desempeñar un rol estratégico en la superación de las desigualdades actualmente existentes, sea en la estructura y en el funcionamiento de los sistemas de salud o en la situación de salud de la población, contribuyendo a la armonización de las condiciones de acceso a las acciones y servicios de salud y de calidad de la atención ofertada.

Sugerimos que la agenda de ese proceso de integración contemple el diseño de estrategias para cada uno de los países, para universalizar el acceso y estandarizar, como mínimo, la calidad de la atención básica y urgencia/ emergencia a ser brindada a la población como puerta de entrada al SIS-MERCOSUR, asegurando gratuidad en ese nivel de atención. Vale recordar que el acceso se refiere a la accesibilidad física, financiera y a la información, comprendiendo los siguientes aspectos:

- Porcentaje de la población comprendida por el régimen con financiación pública;
- gama de servicios disponibles al amparo del régimen con financiación pública;
- acceso al seguro de salud privado, de carácter voluntario;
- tiempo de espera para obtención de un servicio;
- disponibilidad de servicios de buena calidad;
- disponibilidad de tratamientos innovadores;
- precio de los servicios de cuidados de salud y nivel de coparticipación de costos;
- *opciones a disposición de las personas (como acuerdos en materia de derivación o prestadores contratados);*
- variaciones de carácter socioeconómico; e
- información sobre servicios y profesionales, incluyendo su movilidad.

En las cuestiones relativas a la calidad, se incluyen las condiciones de entrada en el mercado, las condiciones procesales y la evaluación del ejercicio de la actividad médica individual, abarcando especialmente los siguientes aspectos:

- Estándares nacionales con base en pruebas de eficacia;

- mecanismos organizativos destinados a garantizar cuidados seguros y de alta calidad;
- metodologías de seguimiento y evaluación;
- seguridad del enfermo; y
- experiencia del enfermo.

El análisis de la viabilidad de las propuestas presentadas en la perspectiva brasileña debe considerar:

- El espacio de gobernabilidad del Ministerio de Salud de Brasil, que tomó para sí la iniciativa del proyecto del SIS-MERCOSUR; y
- los recursos necesarios para la implementación del proyecto (recursos financieros, organizacionales, cognitivos y políticos) que están bajo control del Ministerio de Salud de Brasil.

El encadenamiento cronológico de las operaciones relacionadas a los desafíos colocados para viabilizar el proyecto debe tomar como referencia el horizonte temporal del actual gobierno brasileño, o sea, diciembre de 2006. Diversas operaciones podrán sobrepasar ese plazo. En ese caso, las bases para la conclusión de esas operaciones a largo plazo deberán estar consolidadas en el horizonte de tiempo referido. De esa forma, deben ser identificadas operaciones para:

- El corto plazo o inmediatas, a ser concluidas hasta diciembre de 2004;
- El medio plazo, hasta diciembre de 2005; y
- El largo plazo, a partir de enero de 2006.

Operaciones a Corto Plazo o Inmediatas

Aspectos organizacionales:

- Formalizar la garantía de acceso, en los estándares actuales, a la atención a ciudadanos de otros países. Recomendamos la institución, por el Ministerio de Salud brasileño, de proceso de habilitación de municipios de la línea de frontera para atención a extranjeros, con revisión de sus límites financieros y soporte técnico en alianza con las secretarías estaduales/provinciales/departamentales de salud. Juzgamos ser posible diseñar una propuesta con viabilidad técnica para la creación de transferencias fondo a fondo, a partir de la adhesión de los municipios de frontera brasileños a un menú de obligaciones formales con capacidad de ajustar flujos, suplir parte de las deficiencias actuales e inducir nuevos estándares de integración entre los países. A partir de la experiencia brasileña de financiación, indicamos la transferencia en la modalidad fondo a fondo. La inexistencia actual de datos sobre la referencia poblacional de extranjeros no nos parece un impedimento para operacionalizar tal transferencia, ya que es posible establecer prelimi-

narmente una estimativa a partir de la población del propio municipio. Las acciones de vigilancia, de información y de referencia y contrarreferencia de ciudadanos de otros países nos parecen imprescindibles como responsabilidad formal de los municipios para adhesión a las transferencias.

- Identificar o desarrollar, en alianza con la OPS, metodología adecuada al análisis de aspectos de oferta y demanda por acciones de salud en las regiones de frontera que contemple la organización de los servicios de salud, por nivel de atención (primaria, secundaria y terciaria) y formas de gestión, destacando la oferta y las condiciones de acceso a los servicios de urgencia y emergencia, atención hospitalaria y unidades de referencia (en especial de hemodiálisis, terapia intensiva y transplantes). Ese estudio es de fundamental importancia para el diseño de estrategias de integración y para la proposición de modelos de financiación para la atención interfronteriza. Esa preocupación está siendo procesada, como lo demuestra el Acta de la XXI Reunión Ordinaria del Subgrupo de Trabajo Nº 11 "Salud" del MERCOSUR, que estudia una metodología para diagnóstico y análisis de las capacidades instaladas en los municipios de frontera, así como la demanda que ya está siendo atendida. A la vez que se realiza ese diagnóstico, sugerimos un mapeo complementario de áreas de interés de los cuatro países. Esa acción de diagnóstico general de capacidad instalada y de demanda puede ser recortada para los municipios de frontera. Ella tendrá gran capacidad para permitir la movilidad de los escenarios y de las estrategias para la financiación de la atención a la salud ofrecida entre los sistemas de salud de los países del MERCOSUR.
- Fomentar la realización de estudios sobre el perfil de salud en las fronteras del punto de vista epidemiológico, sanitario y ambiental.
- Incluir en la pauta de revisión de la política de regionalización del SUS las regiones fronterizas No-MERCOSUR.

Aspectos Político-Institucionales:

- Realizar estudios sobre la estructura jurídico-normativa e institucional de los sistemas de salud de los países, en cuestiones relacionadas a la integración transfronteriza con flujo de recursos financieros, destacando la disponibilidad de recursos presupuestarios propios y el grado de facilidad de captación de fuentes externas de recursos que puedan ser utilizados en el área de la salud, además de los instrumentos, flujos y metodología de prestación de cuentas, y control del uso de recursos públicos.
- Identificar o desarrollar instrumentos de gestión que posibiliten la formalización en el nivel local de las acciones de salud transfronterizas a través de alianzas entre los municipios brasileños y los diversos prestadores de los sistemas de salud de los países

vecinos, considerando la autonomía de los municipios brasileños en la gestión del SUS al nivel local y las peculiaridades de los municipios y sistemas de salud de los demás países.

- Orientar a los municipios brasileños sobre la posibilidad de realizar licitaciones internacionales para compra de servicios asistenciales en países vecinos.
- Realizar el "SEMINARIO INTERNACIONAL DE INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES DE SALUD EN LAS FRONTERAS FÍSICAS DEL MERCOSUR" en agosto de 2004, con el objetivo general de apoyar la integración de las acciones de salud en las fronteras físicas del MERCOSUR, estableciendo el grado de prioridad de cada una y las estrategias operacionales necesarias. Sugerimos como producto final de ese seminario la composición de una agenda para el análisis y definición de áreas estratégicas para la inducción de avances en el proceso de integración, y la realización de talleres locales y/o regionales después del seminario para concreción de las acciones en la forma pactada.
- Tramitar la firma del (de los) pacto(s) entre los países, en reunión prevista para octubre/2004.

Regulación y Financiación:

- Fomentar la realización de estudios sobre el costo de acciones y servicios de salud ofrecidos en las regiones de frontera por los cuatro países.
- Estimular el compartir las discusiones actuales sobre sistemas de información en salud y proyectos de identificación de usuarios, profesionales y servicios de salud, así como el intercambio de las actuales tecnologías disponibles.
- Iniciar el intercambio de informaciones con la estandarización de informes mínimos a partir de los sistemas ya existentes, posibilitando la instalación inmediata de Observatorios de Salud del MERCOSUR en las regiones de frontera.
- Integrar las discusiones que van ocurriendo en los cuatro países sobre medidas de compensación financiera para municipios de frontera y estimular el avance de esas discusiones.

2. Operaciones a Mediano Plazo

Aspectos organizacionales:

- *Organizar la demanda asistencial, disciplinando los flujos e identificando centros de referencia para mediana y alta complejidad.*
- *Crear un instrumento único de identificación de usuarios observando las legislaciones de cada país.*

- *Posibilitar el libre ejercicio profesional en la frontera garantizando procedimientos claros, simples y transparentes de habilitación profesional, para facilitar y desarrollar la movilidad de los profesionales de la salud.*
- *Elegir entre los Estados Partes acciones de salud prioritarias de acuerdo al diagnóstico local, integrando y fortaleciendo proyectos de atención estratégicos.*
- *Empezar a compartir los servicios de referencia para la atención de alta densidad tecnológica y creación de redes transnacionales de desarrollo tecnológico.*

Aspectos Político-Institucionales:

- *Reglamentar, por medio de ley complementaria, que actualmente se tramita como proyecto de ley, el artículo 20 párrafo 2° de la Constitución Federal que trata de la definición de franja de frontera y considerar, necesariamente, los antecedentes de la legislación brasileña, así como las Resoluciones Incorporadas al Ordenamiento Jurídico en los cuatro Estados Partes del MERCOSUR.*

Regulación y Financiación:

- *Iniciar la planificación integrada para la ampliación de la capacidad operacional en áreas de mayor demanda en la región de frontera. Fue sugerida, con esa finalidad, la creación de cámaras de desarrollo regional de los sistemas de salud con la participación de prestadores privados y públicos, además de representantes de la sociedad civil.*
- *Promover la compatibilidad entre los sistemas de información referentes a la prestación de servicios de salud.*
- *Desarrollar un sistema integrado de información epidemiológica para la faja de frontera.*
- *Establecer mecanismos de resarcimiento entre operadoras de planes de salud, y entre éstas y el servicio público.*
- *Iniciar la búsqueda, conjunta y articulada entre los países, de recursos externos para inversiones estratégicas, poniendo en marcha un proceso solidario de identificación de fuentes de recursos para la salud.*
- *Fomentar la realización de diagnóstico detallado sobre la capacidad instalada en los sistemas de salud de los Estados Partes, en lo que se refiere a la asistencia y a la producción de insumos y tecnologías, así como a las demandas que podrían ser referidas a los otros países.*

3. Operaciones a Largo Plazo

Aspectos organizacionales:

- Adoptar una política común de atención a la salud mediante articulación entre las redes de servicios con procesos acordados de referencia y contrarreferencia.
- Integrar la gestión y formación de recursos humanos.

Aspectos Político-Institucionales:

- Identificar las condiciones de derechos y deberes de los usuarios en la estructura legal e institucional de los cuatro países, como también el establecimiento de estándares comunes para orientar el acceso, la oferta y la calidad de las acciones y de los servicios de salud disponibles, y los mecanismos que se utilizarán para dirimir dudas al respecto.
- Ampliar la movilización de la sociedad civil con amplio diálogo con gestores, trabajadores y usuarios en las regiones de frontera, observando la relevancia de la integración para los gobiernos.

Regulación y Financiación:

- Crear fondos de cohesión y desarrollo estructural para áreas estratégicas como costeo de acciones ya desarrolladas (atención); costeo de acciones nuevas (atención) y expansión en proyectos multilaterales (gestión, investigación, información, desarrollo tecnológico, producción de insumos, etc.). La definición de fuentes de recursos -propios de los países y/o captados en proyectos de cooperación- y de mecanismos de seguimiento y control, y de estructuras para la gestión de esos recursos debe ser objeto de pacto y formalización entre los países, involucrando no solamente las estructuras ejecutivas de los gobiernos, sino también los demás poderes. Si bien esa estrategia implica en un transcurso considerable de tiempo, también es verdad que, embrionariamente, puede ser desarrollada por medio de la búsqueda integrada de fuentes externas de financiación, así como en la definición de recursos propios de los cuatro países, para utilización en proyectos nacionales, de acuerdo a prioridades definidas en conjunto por los demás países.
- Comenzar a compartir estándares de información, del proceso de registro de eventos y de la identificación de usuarios, profesionales y servicios para efectos del sistema de informaciones.

Ese es el conjunto de operaciones que consideramos necesarias y suficientes para la

implementación del SIS-MERCOSUR. El diseño final del proyecto y de su implementación espera las propuestas de los demás Estados Partes y las deliberaciones de las instancias competentes del MERCOSUR.

ANEXO

GRUPO DE TRABAJO ITAIPÚ/SALUD

Joel de Lima
AS/FE — Itaipú Binacional

Itaipú Binacional siempre actuó, por medio de sus Direcciones, en alianza con las autoridades brasileñas y paraguayas de todas las esferas de gobierno, en el sentido de minimizar el impacto causado a la región con la construcción de la usina hidroeléctrica.

La actual Dirección de Itaipú Binacional, amparada en el concepto de la responsabilidad social, ha ampliado las acciones de la Empresa buscando la mejoría del Índice de Desarrollo Humano, maximizando su intervención en varios sectores, entre ellos, la salud.

A fin de orientar las acciones de Itaipú en el área de la salud, garantizándole mayor impacto y resolutividad, fue creado el Grupo de Trabajo Itaipú/Salud, compuesto por 12 integrantes, de los cuales 6 son brasileños y 6 paraguayos, según la siguiente distribución:

Brasil:

- 1 Representante de la Itaipú Binacional
- 1 Representante de la Fundación de Salud Itaiguapy
- 1 Representante del Ministerio de Salud
- 1 Representante de la Secretaría de Estado de Salud de Paraná
- 1 Representante de la Secretaría Municipal de Salud de Foz de Iguazú
- 1 Representante del CRESEMS de la 9ª Regional de Salud

Paraguay:

- 2 Representantes de la Itaipú Binacional
- 1 Representante de la Fundación Tesãi
- 1 Representante del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
- 1 Representante de la 10ª Región Sanitaria de Alto Paraná
- 1 Representante de la 14ª Región Sanitaria de Canindeyú.

El Grupo de Trabajo, de carácter permanente y consultivo, vinculado a Itaipú Binacional, tiene por objetivo proponer las estrategias para inserción de las Fundaciones de Salud instituidas por Itaipú Binacional en la organización y apoyo a las acciones de salud en su área de influencia, región de la frontera entre Brasil y Paraguay, que comprende 27

municipios brasileños y 30 municipios paraguayos, en consonancia con las respectivas políticas públicas nacionales del sector salud.

A partir de las orientaciones del Grupo de Trabajo, fue creado el Programa Salud en la Frontera, coordinado por la Asistencia de la Dirección Financiera Brasileña, y por la Asistencia de la Dirección General Paraguaya, con los siguientes objetivos operacionales:

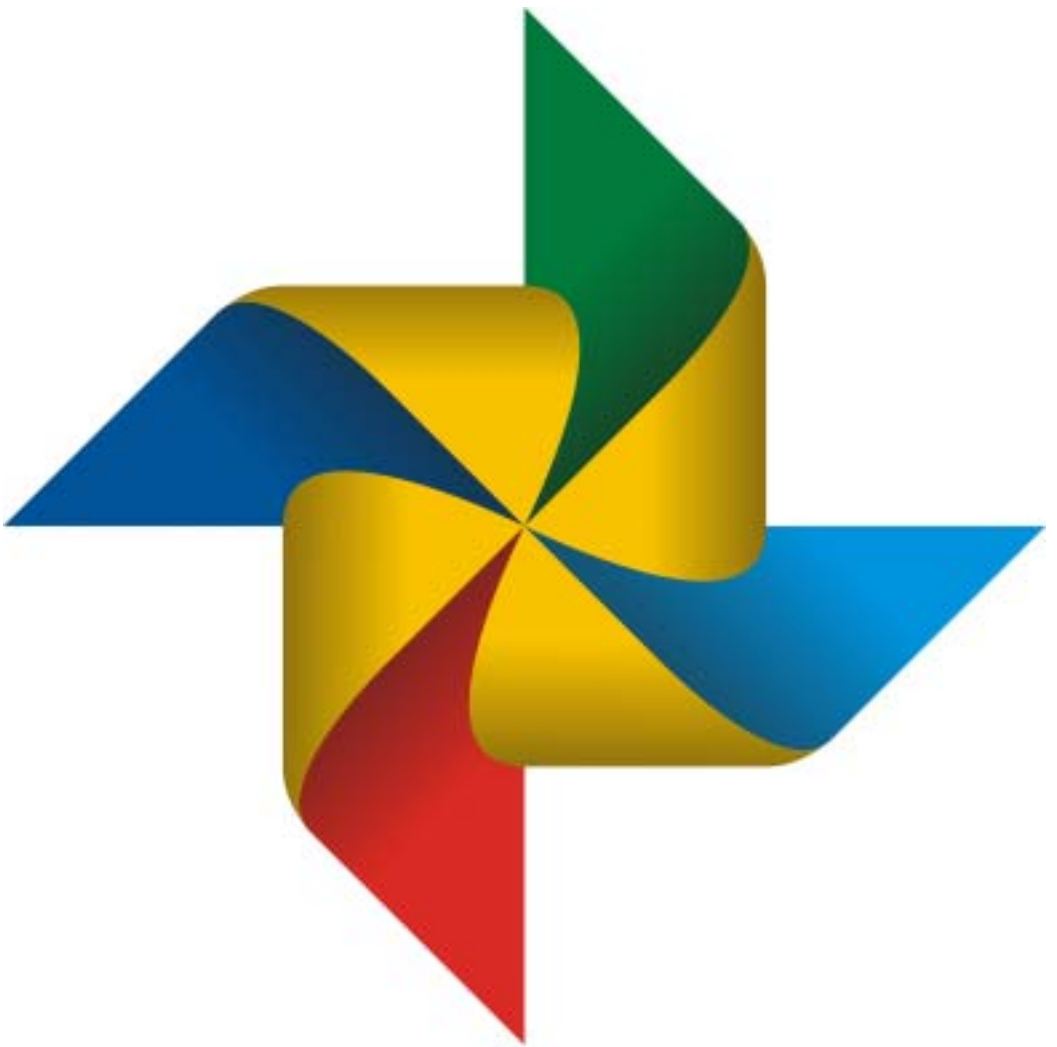
- Apoyo a la organización de las acciones de salud en la región de Alto Paraná y Canindeyú, Paraguay;
- Apoyo a la organización de las acciones de salud en las 9ª y 20ª Regionales de Salud del Estado de Paraná, Brasil;
- Apoyo a la integración de las acciones de salud en la frontera para la promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, en conjunto con las instancias gubernamentales de Brasil y de Paraguay.

Atendiendo a los objetivos estratégicos del Programa, fueron definidas algunas actividades prioritarias para los años de 2004 y 2005:

- Realizar 2 cursos anuales de capacitación en administración pública para gestores de salud;
- Realizar 1 curso bienal de especialización en administración hospitalaria para gestores de los hospitales vinculados al sistema público de salud;
- Realizar cursos de sensibilización, motivación y humanización para los trabajadores de los servicios públicos de salud;
- Implantar la gestión participativa en las Fundaciones de Salud Itaiguapy y Tesãi, con la creación de oidoría y representación de los trabajadores en las instancias decisorias;
- Realizar talleres de integración entre los equipos de los hospitales de las Fundaciones de Salud Itaiguapy y Tesãi;
- Realizar 1 curso bienal de especialización en medicina de familia y comunidad para los profesionales médicos que actúan en la atención básica;
- Realizar 1 curso anual de especialización en salud de la familia, para profesionales de nivel superior que actúan en la atención básica;
- Realizar jornadas binacionales de discusión sobre temas sensibles de salud en la región de la frontera;
- Realizar 1 curso modular de vigilancia en salud para los dirigentes de los servicios públicos de salud;
- Realizar cursos de capacitación para agentes promotores de salud;

- Realizar el I Congreso Binacional de Atención Primaria a la Salud en la Frontera;
- Realizar el I Seminario Binacional sobre Control Social en Salud Pública;
- Realizar actividades en el Día Mundial sin Tabaco, con acciones conjuntas entre órganos gubernamentales de Brasil y Paraguay, y la Itaipú;
- Realizar actividades en el Día Mundial de Combate a la Droga y al Alcoholismo, con acciones conjuntas entre órganos gubernamentales de Brasil y Paraguay, e Itaipú;
- Realizar actividades en el Día Mundial del Combate al SIDA, con acciones conjuntas entre órganos gubernamentales de Brasil y Paraguay, e Itaipú;
- Realizar la I Semana de Inmunización en la Frontera, con campaña conjunta de multivacunación involucrando órganos gubernamentales de Brasil y Paraguay, e Itaipú;
- Realizar actividades del Día del Combate al Dengue, con acciones conjuntas entre órganos gubernamentales de Brasil y Paraguay, e Itaipú;
- Realizar la Semana de Salud de la Mujer, con acciones conjuntas entre órganos gubernamentales de Brasil y Paraguay, e Itaipú;
- Revisar los documentos de intención y convenios firmados entre la Itaipú Binacional y los Ministerios de Salud de Brasil y de Paraguay;
- Realizar un Seminario con autoridades representativas de los Ministerios de Salud de Brasil y de Paraguay, a fin de debatir el modelo de descentralización de las acciones y servicios de salud;
- Realizar cursos de capacitación de recursos humanos para operacionalización de los sistemas de información en salud;
- Crear un sistema de información en salud para la frontera, priorizando las áreas de inmunización, población excluida, vigilancia epidemiológica, y atención a la salud.

El Grupo de Trabajo se reúne ordinariamente una vez al mes, para evaluar las acciones ejecutadas y definir las prioridades y estrategias de las nuevas acciones. Las decisiones del grupo son tomadas por consenso y dirigidas a la Dirección de la Itaipú Binacional.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)
MINISTÉRIO DA SAÚDE – BRASIL

série técnica

Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

10

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS)
MINISTÉRIO DA SAÚDE — BRASIL

série técnica

Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde

VALIDAÇÃO DE UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DAS CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS E DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM NÍVEL LOCAL

10

BRASÍLIA — DF
2006

Organização Mundial da Saúde (OMS)
Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

Ministério da Saúde — Brasil
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Departamento de Atenção Básica (DAB)

VALIDAÇÃO DE UMA METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO RÁPIDA DAS CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS E DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) EM NÍVEL LOCAL (*)

Celia Almeida
MD, MPH, PhD, Pesquisador Titular
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

James Macinko
PhD, Professor de Saúde Pública
New York University, EUA

Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 10

BRASÍLIA — DF
2006

(*) Esta pesquisa foi financiada pela ENSP/FIOCRUZ, Programa PED, mas contou também com aportes financeiros da Fundação Fulbright (bolsa de pesquisador visitante para James Macinko) e da Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório do Brasil (para o trabalho de campo da enquete com usuários dos serviços de atenção básica), além de apoio logístico da Secretaria Municipal de Petrópolis.

Elaboração, distribuição e informações
Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Setor de Embaixadas Norte, 19
70.800-400 – Brasília – DF
http://www.opas.org.br
Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm
1. Coordenador do Projeto
Júlio Manuel Suárez
2. Conselho editorial
OPAS/OMS
3. Equipe Técnica/OPAS
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
4. Revisão
Eliana Silva
5. Adaptação de Capa, Projeto Gráfico e DTP
All Type Assessoria Editorial Ltda
6. Tiragem:
1.000 exemplares

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde — Representação do Brasil

Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Célia Almeida/James Macinko. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

215p.: il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde; 10)

ISBN: 85-87943-57-X

1. Políticas de saúde 2. Serviços de Atenção Básica. 3. SUS – Brasil. I. Almeida, Célia, Macinko, James. II. Título. III. Organização Pan-Americana da Saúde. VI. Brasil. Ministério da Saúde. V. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde.

NLM: W84

2006 © Organização Pan-Americana da Saúde

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial. As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis (SMS/Petrópolis), pelo interesse e disponibilidade em colaborar com a pesquisa, em todas as suas fases, participar da discussão dos resultados, assim como disponibilizar todos os dados e informações necessários e solicitados.

Agradecemos especialmente a:

Aparecida Silva Barbosa – *Secretária Municipal de Saúde de Petrópolis*

João Werneck de Carvalho Filho – *ex-Secretário Municipal de Saúde de Petrópolis*

Paulo Klingelhoefer de Sá – *Coordenador da Atenção Básica, SMS/Petrópolis*

Celina Souza Leite – *Apoio logístico, SMS/Petrópolis*

Hélita Maria de Oliveira Peixoto Costa – *(supervisora administrativa), SMS/Petrópolis*

Isabela Vogel – *Residente de Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Petrópolis/FASE*

Suzana Rezende Papoula – *Supervisora do PSF, SMS/Petrópolis*

Norma Sueli de Oliveira Castro – *Supervisora do PSF, SMS/Petrópolis*

Mônica Beatriz Oliveira da Costa – *Supervisora do PSF, SMS/Petrópolis*

Mônica da Silva Coelho Maia – *Supervisora do PSF, SMS/Petrópolis*

Odair da Silva Baltar – *Supervisor do PSF, SMS/Petrópolis*

Eliane dos Santos de Oliveira – *Pesquisadora assistente, DAPS/ENSP/FIOCRUZ*

Agradecemos também a todos os enfermeiros, médicos e outros profissionais que trabalham nas unidades de atenção básica de saúde no Município de Petrópolis e que participaram da pesquisa. Aos motoristas e pessoal administrativo das unidades e da SMS/Petrópolis que apoiaram e colaboraram com o trabalho de campo.

À Barbara Starfield pelo apoio ao nosso trabalho e sugestões sempre pertinentes.

À Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / FIOCRUZ, especialmente à Escola de Governo, pelo financiamento de boa parte da pesquisa e por todo apoio adicional recebido.

À Organização Pan-Americana de Saúde, Escritório do Brasil, Unidade Técnica de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, pelo financiamento do trabalho de campo da enquete de usuários, e, especialmente, a Julio Manuel Suárez pelo entusiasmo e apoio à pesquisa.

A Renato Möller Neto, da PRODEMAN, Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), e sua equipe, incluindo os entrevistadores André Luis Ribeiro, Verônica Nunes de Souza e Vinícius Rangel do Nascimento.

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAPS – Departamento de Administração e Planejamento em Saúde
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
ESB – Equipes de Saúde Bucal
ESF – Equipe de Saúde da Família
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAHO – *Pan-American Health Organization*
PCAT – *Primary Care Assessment Tool*
PIB – Produto Interno Bruto
PROESF – Programa de Expansão da Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
SIAB – Sistema de Informação à Atenção Básica
SIPACS – Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde Tradicional
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estimativas do Tamanho da Amostra por Conglomerados 73
Tabela 2 – Alguns dados sobre o município de Petrópolis, 2002. 82
Tabela 3 – Capacidade Instalada na área de saúde,
Petrópolis e Rio de Janeiro, 2003. 83
Tabela 4 – Gasto direto com saúde, público e privado,
Petrópolis e Rio de Janeiro, 2001-2002.....84
Tabela 5 – Indicadores de saúde e cobertura,
Petrópolis e Rio de Janeiro, 2001-2002.....85
Tabela 6 – Acesso por tipo de unidade (informantes-chave),
Petrópolis, 2003 89
Tabela 7 – Porta de entrada por tipo de unidade (informantes-chave),
Petrópolis, 2003 91
Tabela 8 – Vínculo por tipo de unidade (informantes-chave),
Petrópolis, 2003 92
Tabela 9 – Elenco de serviços por tipo de unidade
(informantes-chave), Petrópolis, 2003 95
Tabela 10 – Coordenação por tipo de unidade
(informantes-chave), Petrópolis, 2003 99
Tabela 11 – Enfoque familiar por tipo de unidade
(informantes-chave), Petrópolis, 2003 101
Tabela 12 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade
(informantes-chave), Petrópolis, 2003 103
Tabela 13 – Formação profissional por tipo de unidade
(informantes-chave), Petrópolis, 2003 104
Tabela 14 – Índice composto total, por tipo de unidade
(informantes-chave), 2003 106
Tabela 15 – Descrição da população entrevistada, Petrópolis, 2004 107
Tabela 16 – Acesso por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 109
Tabela 17 – Porta de entrada por tipo de unidade (usuários),
Petrópolis, 2004 111
Tabela 18 – Vínculo por tipo de unidade (usuários),
Petrópolis, 2004 112
Tabela 19 – Elenco de serviços por tipo de unidade (usuários),
Petrópolis, 2004 114

Tabela 20 – Coordenação por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 117
Tabela 21 – Enfoque familiar por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 119
Tabela 22 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004..... 120
Tabela 23 – Formação profissional por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 121
Tabela 25 – Índice composto total de atenção básica por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 122
Tabela 26 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, unidades do PSF, Petrópolis, 2004..... 127
Tabela 27 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, UBS, Petrópolis, 2004 129
Tabela 28 – Regressão logística multivariada para auto-avaliação do usuário sobre seu estado de saúde, Petrópolis, 2004..... 134
Tabela 29 – Auto-avaliação da confiança dos informantes-chave nas sua respostas, Petrópolis, 2004. 136

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Acesso por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003 90
Gráfico 2 – Vínculo por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003 93
Gráfico 3 – Elenco de serviços por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003 96
Gráfico 4 – Coordenação por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003 100
Gráfico 5 – Enfoque familiar por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003 102
Gráfico 6 – Orientação comunitária por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003 103
Gráfico 7 – Formação profissional por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003 105
Gráfico 8 – Acesso por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 110
Gráfico 9 – Porta de entrada por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 111
Gráfico 10 – Vínculo por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 113
Gráfico 11 – Elenco de serviços, por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 115
Gráfico 12 – Coordenação por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 118
Gráfico 13 – Enfoque familiar por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 119
Gráfico 14 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004 120
Gráfico 15 – Profissionais de saúde por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004. 121
Gráfico 16 – Variação no índice composto total de atenção básica por tipo de unidade, Petrópolis, 2004 123
Gráfico 17 – Distância da média do índice total de atenção básica unidades do PSF, Petrópolis, 2004 124

Gráfico 18 – Distância da média do índice total de AB, UBS, Petrópolis, 2004 125
Gráfico 19 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, PSF, Petrópolis, 2004 128
Gráfico 20: Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, UBS, Petrópolis, 2004 129
Gráfico 21 – Relação entre o índice composto total da atenção básica e probabilidade de estar com boa saúde, por faixa etária, Petrópolis, 2004 134
Gráfico 22 – Proposta de algoritmo para solicitar as respostas do questionário..... 137
Gráfico 23 – Acesso por unidade 163
Gráfico 24 – Porta de Entrada por unidade..... 163
Gráfico 25 – Vínculo por unidade 164
Gráfico 26 – Elenco de serviços por unidade 164
Gráfico 27 – Coordenação por unidade..... 165
Gráfico 28 – Foco Familiar por unidade 165
Gráfico 29 – Orientação para a comunidade por unidade..... 166
Gráfico 30 – Formação profissional por unidade..... 166

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Avanços obtidos com o PSF e desafios a serem enfrentados 51
Quadro 2 – Definições das dimensões essenciais da atenção básica em saúde...68
Quadro 3 – Testes empregados na validação dos instrumentos 77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Atenção básica e sua relação com o sistema de saúde como um todo 42
Figura 2 – Processo de investigação.....75
Figura 3 – Desenvolvimento dos índices compostos 76

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS **5**
LISTA DE SIGLAS **7**
LISTA DE TABELAS **9**
LISTA DE GRÁFICOS **11**
LISTA DE QUADROS **13**
LISTA DE FIGURAS **13**
PREFÁCIO **19**
APRESENTAÇÃO **21**
RESUMO EXECUTIVO **23**
Objetivos 23
Marco teórico e revisão da literatura 24
Metodologia 26
Plano de análise 30
Resultados, conclusões e recomendações 31
I. INTRODUÇÃO **37**
Objetivos 38
II. MARCO TEÓRICO **39**
III. UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL **45**
IV. MECANISMOS INSTITUCIONAIS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA **61**
V. METODOLOGIA **67**
A. Medidas 67
B. Seleção de entrevistados 71
C. Plano de análise 75
D. Considerações éticas 79
VI. RESULTADOS **81**
A. Um perfil do Município de Petrópolis 81
B. Primeira etapa da pesquisa: entrevistas com profissionais e gestores 87
1. Acesso 88
2. Porta de entrada: atenção ao primeiro contato 90
3. Vínculo 91
4. Elenco de serviços 94
5. Coordenação 97

6. Enfoque familiar 101
7. Orientação para a comunidade 102
8. Formação profissional 104
9. Índice composto total de atenção básica 105
C. Segunda etapa da pesquisa: enquete com os usuários dos serviços 106
1. Acesso 108
2. Porta de entrada 110
3. Vínculo 111
4. Elenco de serviços 113
5. Coordenação 116
6. Enfoque familiar 118
7. Orientação para a comunidade 120
8. Formação profissional 121
9. Índice composto total de atenção básica 122
D. Análise de desempenho das unidades 122
VII. VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E DA METODOLOGIA 127
A. Comparação entre as fontes de dados 127
B. Relação entre organização e desempenho dos serviços de atenção básica e percepção dos usuários entrevistados sobre seu estado de saúde 131
C. Validação dos indicadores (perguntas): testes estatísticos 135
D. Considerações sobre o instrumento (questionário) 136
VIII. DISCUSSÃO 139
IX. CONCLUSÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES 145
REFERÊNCIAS 147
ANEXOS 153
ANEXO I: CARTÃO DE RESPOSTA 155
ANEXO II: TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS 157
ANEXO III: UNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA – ETAPA 1 159
ANEXO IV: UNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA – ETAPA 2 161
ANEXO V: DESEMPENHO POR ÍNDICE COMPOSTO DE ATENÇÃO BÁSICA 163
ANEXO VI: *CRONBACH'S ALPHA*: ETAPA 1 (PROFISSIONAIS NAS UNIDADES) 167
Acesso 167
Vínculo 167
Elenco de serviços 168
Coordenação 169
Enfoque familiar 170

Orientação para a comunidade 170
Formação profissional 170
Índice composto total 171
ANEXO VII: *CRONBACH'S ALPHA*: ETAPA 2 (USUÁRIOS) 173
Acesso 173
Porta de entrada 173
Vínculo 174
Elenco de serviços 175
Coordenação 176
Enfoque familiar 176
Orientação para a comunidade 177
Formação profissional 177
Índice composto total 178
ANEXO VIII: QUESTIONÁRIOS 179

PREFÁCIO

Na visão da OPAS, a experiência de saúde familiar e o fortalecimento da atenção primária no Brasil têm grande valor no enfrentamento do desafio de melhorar o acesso, a resolução das demandas em saúde, o estímulo à participação social e a contribuição para a redução das desigualdades.

Na Região das Américas, a Organização vem acompanhando diversas iniciativas voltadas à atenção primária que possam permitir mudanças no nível de saúde da população e buscando destacar aquelas que envolvem ações de promoção de saúde, prevenção e manejo de doenças, de forma resolutiva e de qualidade, e que propiciem mudanças no nível de saúde.

Nesse sentido, a presente publicação, coincidente com as políticas e esforços internacionais por melhorar a qualidade de vida da população, desempenha um importante papel ao apresentar mecanismos de avaliação e monitoramento da organização e do desempenho do sistema de serviços de saúde. Especificamente em relação à atenção básica, em nível local, poderá permitir a identificação de problemas, dificuldades ou elementos da organização e desempenho do sistema que produzam maior impacto sobre a saúde e bem-estar da população.

Por isso, a OPAS tem a satisfação de lançar mais este volume da Série Técnica, pois considera que essa experiência é de crucial valor na idéia de fortalecer as iniciativas de melhoria dos sistemas locais de saúde das Américas.

Horácio Toro
Representante da OPAS no Brasil

APRESENTAÇÃO

São inegáveis os avanços obtidos com a ampliação e qualificação das ações no âmbito da Atenção Básica no Brasil, advindos da implementação do Sistema Único de Saúde e da crescente descentralização dos serviços. Todo um conjunto de estratégias e normatizações, em especial a garantia de finaciamento especifico, possibilitaram à ampla maioria dos municípios brasileiros a assunção de um novo papel no sistema de saude, tendo sob sua responsabilidade a organização e prestação de serviços na esfera local.

A principal estrategia nacional para a qualificação da atencao básica tem sido, sem duvida, a saúde da família, que ampliou o vínculo e a responsabilização das equipes da atenção básica com a população assistida, bem como inseriu novas práticas no tradicional escopo das ações realizadas por essa equipes.

De maneira sintética, podemos dizer que a idéia àquela época, e que permanece, era aproximar as equipes de saúde da realidade da população. Por isto o desenho da equipe em regime integral de trabalho com, profissionais que pudessem garantir a integralidade da atenção e do cuidado, traduzidos nas figuras do enfermeiro, do médico de família, dos auxiliares e dos agentes comunitários da saúde.

Esse esforço nacional de implantação da estratégia de saúde da família, possibilitou uma significativa ampliação do acesso aos serviços de atenção básica. Terminamos 2005 superando 24.000 equipes e promovendo o cuidado a mais de 80 milhões de cidadãos brasileiros.

O desafio que agora se apresenta, após uma ampla expansão, é o da qualificação da rede de atenção básica, acompanhada por um processo consistente de monitoramento e avaliação. Alguns importantes passos vem sendo dados, pelo Ministério da Saúde, no sentido da institucionalização da avaliação na atenção básica, incluindo financiamento de estudos acadêmicos nesse campo, apoio ao desenvolvimento de parcerias entre serviços e centros formadores, contratação de instituições para realização de pesquisas avaliativas, desenvolvimento de metodologias de avaliação da atenção básica, entre outros.

É neste contexto que o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde apresentam, na série técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde o relatório final desse estudo que discute e propõe formas de medir e avaliar importantes elementos estruturais de um sistema de saúde com base na Atenção Primária à Saúde - APS. A validação de uma metodologia de avaliação da APS, internacionalmente utilizada, é uma importante contribuição para esse momento de consolidação da saúde da família no Brasil.

Neste estudo, conceitos como acessibilidade, aceitabilidade, integralidade, abrangência da atenção, cuidado apropriado e baseado na família e na comunidade são fortemente abordados, sendo proposta uma representação da atenção básica que incorpora as dimensões internacionalmente utilizadas, mas que avança numa combinação de outros elementos, levando a uma noção mais ampla de atenção primária, mais próxima à proposta no modelo brasileiro.

O estudo tambem presta uma importante contribuição categorizando as pesquisas realizadas no campo de avaliação da atenção básica, que é seguida de discussões dos principais e mais relevantes trabalhos realizados recentemente no país.

A metodologia proposta é descrita de forma clara e objetiva, possibilitando a sua disseminação.

Por fim, destaca-se a importância de contarmos com mais uma ferramenta de avaliação, no campo da atenção básica. Metodologias como esta, que apontam fortalezas e debilidades do modelo proposto para a atenção básica no Brasil, certamente contribuirão para o preenchimentos das lacunas existentes.

Esperamos que esta metodologia possibilite aos gestores, técnicos, pesquisadores e todos os envolvidos na consolidação da atenção básica no Brasil, a realização de aproximações sucessivas de nossa "imagem objetivo" que é de uma atenção básica de qualidade, resolutiva e que contribua na reorganização do sistema de saúde brasileiro, possibilitando a melhoria de indicadores de saude da população brasileira.

Luis Fernado Rolim Sampaio
Diretor do Departamento de Atenção Básica (DAB)
Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)
Ministério da Saúde (MS)

RESUMO EXECUTIVO

Durante a última década, o Brasil experimentou grandes mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços de saúde, sendo que a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as características inovadoras incluem-se a ênfase em reorganizar os serviços de atenção básica, centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção. Entretanto, as pesquisas e metodologias existentes para medir o alcance dessas mudanças ainda são insuficientes.

Daí o interesse em avaliar o alcance dessa reestruturação e, mais amplamente, o impacto dessas inovações na organização da atenção básica e na provisão de serviços, assim como o resultado da ação dos serviços de atenção básica na saúde da população em nível local.

O propósito dessa pesquisa foi contribuir para o processo de desenvolvimento e utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento da organização e do desempenho do sistema de serviços de saúde, especificamente da atenção básica, em nível local. Pretende-se proporcionar mecanismos de medida regular e periódica das mudanças produzidas, monitorando-as ao longo do tempo, identificando problemas, dificuldades e os elementos da organização e desempenho do sistema que produzem maior impacto sobre a saúde e bem-estar da população. Nesse sentido, esta pesquisa complementa outras atividades de avaliação quem têm sido levadas a cabo seja pelo Ministério da Saúde, seja por outros centros de pesquisa e organizações nacionais ou internacionais.

Objetivos

O objetivo geral da pesquisa foi testar, num município específico – Petrópolis, no Rio de Janeiro – uma nova metodologia de avaliação rápida para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) no SUS. Essa metodologia trabalhou com diferentes fontes de dados – secundários e rotineiros, informantes-chave (profissionais e gestores) e usuários dos serviços – para medir aspectos críticos desses serviços em nível municipal.

Os objetivos específicos foram:

1. Adaptar uma metodologia para medir as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) em nível municipal e aplicá-la no Município de Petrópolis, Rio de Janeiro.

2. Adaptar e aplicar os instrumentos específicos para o levantamento de dados, utilizando informantes-chave (entrevistas com profissionais de saúde nas unidades de AB; e com gestores e supervisores da Secretaria Municipal de Saúde–SMS) e enquete populacional (com usuários dos serviços de AB).
3. Comparar os diferentes pontos de vista desses distintos atores, a partir das fontes de dados.
4. Validar a metodologia de uso de informantes-chave para a avaliação rápida, organizacional e de desempenho dos serviços de atenção básica em nível local.
5. Elaborar um perfil dos serviços de atenção básica no Município de Petrópolis, comparando determinadas dimensões organizacionais entre as unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBSs).

Espera-se que essa metodologia possa ser aplicada futuramente a um número maior de municípios para determinar tendências no alcance das dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica em nível nacional.

Marco teórico e revisão da literatura

A pesquisa elabora um marco teórico baseado na revisão do conceito de atenção primária e seus distintos significados ao longo do tempo, discutindo a importância que adquire nas reformas setoriais contemporâneas e na retomada recente de sua importância nesse contexto. Analisa também os atributos (ou dimensões) da atenção primária, elegendo aquelas consideradas essenciais para uma avaliação em termos de impacto na saúde da população.

A partir de uma combinação da definição de atenção primária orientada aos serviços de saúde com uma noção mais ampla de atenção básica, que reflete o conceito comunitário e multissetorial da atenção primária, concebido para os países em desenvolvimento, foi elaborada, com base na literatura disponível, uma lista dos principais atributos da atenção básica (ou dimensões essenciais) – acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, enfoque familiar, orientação para a comunidade e formação profissional – que foram trabalhadas nessa pesquisa.

A revisão da literatura internacional demonstra que sistemas de saúde organizados levando em consideração as dimensões descritas acima estão, geralmente, correlacionados com custos mais baixos, maior qualidade dos serviços e um alto grau de satisfação do usuário, assim como com melhor saúde da população, mesmo nas análises controladas por outros determinantes da saúde como Produto Interno Bruto–PIB *per capita*, renda *per capita*, número de médicos, uso de tabaco e uso de álcool.

O Ministério da Saúde brasileiro definiu a atenção básica, em 1999, como ações, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. Esta definição inclui alguns elementos do conceito de atenção primária elaborado por Barbara Starfield, tais como a porta de entrada e elenco de serviços, mas não considera outras dimensões essenciais, tais como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária.

É feita uma revisão da literatura nacional disponível sobre o tema da atenção básica e detecta-se que há um considerável volume de pesquisas que vêm sendo desenvolvidas no Brasil nos últimos anos. Entretanto, de maneira geral, a maioria delas aporta mais elementos de diagnóstico da situação, apresentando algumas sugestões e recomendações; e raras são as que se propõem explicitamente a avaliar o desempenho de serviços de atenção básica, tendo como objetivo a elaboração de uma proposta de monitoramento.

Em termos muito genéricos, pode-se identificar quatro tipos de pesquisas: 1) estudos de caso, incluindo teses de doutorado ou mestrado, sobre a implementação de um programa específico ou de uma política de atenção básica; 2) grandes pesquisas sobre a implementação do Programa de Saúde da Família–PSF em vários municípios (que é a maioria); 3) pesquisas sobre o funcionamento de um serviço específico ou processo de trabalho na atenção básica, como trabalho em equipe, ou ainda atenção a uma doença específica; e 4) análises históricas sobre o desenvolvimento da política de atenção básica ou de programas especiais (principalmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde–PACS e PSF).

Em síntese, com base na literatura analisada, existem poucas evidências sobre o impacto da reforma da atenção básica na saúde da população. As evidências existentes são referidas mais às avaliações de ações sobre populações específicas (sobretudo mulheres e crianças), áreas geográficas delimitadas (cidades, municípios ou estados) e, muitas vezes, focalizando na descrição do processo de implantação do PSF. Poucas pesquisas analisam o sistema de atenção básica como um todo e muitas delas tratam de avaliar o impacto da atenção utilizando indicadores que podem ser sensíveis a muitos fatores externos a esse nível de atenção (como a taxa de mortalidade infantil, que pode variar em função do grau de pobreza, acesso à água potável, educação e renda da mãe, entre outros). Por outro lado, são escassas as pesquisas voltadas para avaliação organizacional ou de desempenho da AB.

Foi elaborada também uma análise crítica dos mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da AB, tais como o Pacto da Atenção Básica e o Sistema de Informação à Atenção Básica (SIAB).

Conclui-se, de forma sintética, que o Pacto ainda não pode ser considerado um sistema de avaliação de desempenho, nem permite pesquisas detalhadas. É uma ferramenta que possibilita ter uma idéia geral do sistema de atenção básica. Permite também gerar hipóteses sobre possíveis problemas existentes, mas não fornece elementos para formular respostas a esses problemas, nem para definir "correções de rota". Necessita também melhor desenvolvimento técnico em termos de formulação (em nível federal) e de capacidade de implementação (em nível estadual e municipal). E o SIAB, por sua vez, é um sistema de informação bastante complexo que oferece dados que possibilitam monitoramento, avaliação e pesquisa, mas, até o momento, essa potencialidade não tem sido bem explorada na avaliação do sistema. Por esse motivo, está sob revisão, para que seja capaz de monitorar o conjunto de ações desenvolvidas em unidades de atenção básica, sejam elas referidas a equipes PSF ou não.

Em resumo, a necessidade de instrumentos ágeis e efetivos para uma avaliação organizacional e de desempenho da AB em nível local é confirmada pela revisão da literatura disponível e dos instrumentos governamentais existentes.

Metodologia

O estudo foi realizado no Município de Petrópolis, Rio de Janeiro, que foi escolhido para testar a metodologia pela facilidade de acesso, por ser de médio porte, com uma população diversificada e por ter um sistema local de saúde com razoável tradição histórica no desenvolvimento da atenção básica. O PSF funciona no município em algumas localidades há cerca de seis anos, sendo que atualmente está em processo de expansão com novas equipes sendo implantadas; e as unidades básicas tradicionais funcionam regularmente em todo o município há algumas décadas. Os serviços públicos de atenção básica atendem a cerca de 75% dos estratos mais pobres da população que não possuem planos privados de saúde (PAHO, 2000). Além disso, as autoridades municipais na área de saúde foram muito receptivas à avaliação proposta pela pesquisa.

A metodologia foi elaborada a partir da adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT),* formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (Starfield 2000; 1998). Esses instrumentos e a metodologia proposta foram utilizados para medir os aspectos críticos dos serviços de atenção primária nos países europeus. Pesquisadores norte-americanos demonstraram que esses instrumentos possibilitaram avaliar as dimensões essenciais da atenção básica de maneira válida e confiável (Shi *et al* 2001).

A aplicação da metodologia teve como objetivo estabelecer a sua validade, aperfeiçoar os instrumentos, adaptando-os à realidade brasileira, testar sua aplicação, comparar as respostas dos informantes-chave com os dados secundários existentes, coletados rotineiramente, e aqueles obtidos a partir de uma enquete com os usuários dos serviços de AB. Embora a metodologia já tenha sido aplicada em outros países latino-americanos, ainda não havia sido utilizada no contexto brasileiro.

A pesquisa foi realizada em duas etapas.

Primeira etapa:

Foram elaboradas duas versões do instrumento (questionário), traduzidas do espanhol para o português e adaptadas à realidade brasileira: uma para uso com os informantes-chave das unidades de atenção básica e a outra para os informantes-chave da SMS. Cada instrumento contem cerca de 90 perguntas específicas sobre as dimensões essenciais da atenção básica (92 o de profissionais e 94 o dos gestores). Cada uma das perguntas corresponde a indicadores de atenção básica utilizados nas pesquisas e experiências internacionais sobre esse nível de atenção. Construiu-se um indicador geral para cada uma das oito dimensões da atenção básica mencionadas anteriormente. Alguns indicadores foram modificados em relação aos originais do questionário PCAT, para melhor refletir o contexto brasileiro, como por exemplo, a lista de serviços oferecidos na atenção básica, que está voltada para as prioridades da política e o perfil epidemiológico da população do Brasil.

O entrevistado respondeu a cada pergunta segundo uma escala de possibilidades pre-estabelecida, à qual se atribuiu um valor entre zero e cinco. As respostas foram somadas e o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado para cada pessoa entrevistada. As respostas foram então analisadas individualmente e também por tipo de unidade (do PSF ou Unidade Básica Tradicional – UBS). Como as perguntas e as escalas são iguais para todos os entrevistados foi possível a comparação entre unidades (PSF e UBS tradicional) e entre entrevistados (profissionais e gestores) (ver questionários no Anexo VIII).

Segunda etapa:

Foi feita a tradução do inglês para o português do instrumento do *Primary Care Assessment Tool–PCAT* voltado para a enquete de usuários dos serviços de atenção básica e a adaptação das perguntas à realidade nacional e local. Registra-se que o instrumento original do *PCAT* para usuários dos serviços é constituído de dois questionários separados – um para adultos e outro para os pais das crianças atendidas (ou acompanhantes).

Para tentar simplificar o instrumento, nesta pesquisa utilizou-se um único questionário, com perguntas referentes a três grupos – usuários adultos, acompanhantes de crianças e acompanhantes de idosos ou incapacitados – o que se mostrou problemático, como veremos mais adiante. A recomendação explícita, depois da realização do trabalho de campo, foi a de utilizar dois questionários diferentes – um para os acompanhantes (de crianças, idosos ou incapacitados) e outro para usuários adultos.

O questionário para usuários contem cerca de 100 perguntas, a maioria delas utilizadas também no questionário para profissionais e gestores de saúde, nas mesmas dimensões essenciais da AB, mas incluiu também algumas perguntas sobre demografia e saúde do usuário, resultando em um total de 107 perguntas no questionário para adultos e 110 no questionário para os acompanhantes. Os dados demográficos e socioeconômicos foram incluídos para poder cruzar as informações com aquelas oriundas da experiência do usuário no momento da atenção. Alguns indicadores foram revistos ou modificados para melhor refletir a realidade nacional. Como na primeira etapa, às respostas a cada pergunta atribui-se um valor entre zero e cinco. Mas foram adicionadas duas novas opções – "não sabe" e "recusa responder" – para captar todas as possibilidades nas entrevistas com usuários dos serviços (ver questionários no Anexo VIII).

Finalmente, varias técnicas foram empregadas para explicar a escala de respostas e facilitar a entrevista. Para cada entrevistado (seja usuário, profissional, supervisor ou gestor) foram explicadas as diferentes opções para responder, mostrando-se um cartão com as respostas graficamente representadas, identificando-se que era igual a distância relativa entre cada resposta. Os entrevistadores também explicaram para os entrevistados que cada resposta tinha um valor numérico (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5), que também correspondeu ao número de vezes que o evento perguntado aconteceu, numa semana típica de sete dias. Além dessas respostas, existiam também as opções "recusa" e "não sabe", que foram codificadas na análise como valores em branco (i.e. como "*missing*"). Menos de 5% das perguntas tinham essas respostas.

Da mesma forma que anteriormente, as respostas de cada usuário foram somadas e o valor médio de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado para cada pessoa entrevistada. Estas respostas foram analisadas individualmente e também segundo o tipo de unidade de atendimento (PSF ou UBS tradicional). O fato das perguntas e escalas serem iguais para cada usuário(a), profissionais nas unidades, supervisores e gestores do sistema entrevistados(as) facilitou a comparação entre diferentes tipos de organização de serviços e diferentes fontes de dados.

A seleção dos entrevistados foi diferente em cada uma das etapas da pesquisa.

Na primeira etapa, existem dois grupos de respondentes: o primeiro foi constituído pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que responderam ao questionário sobre a unidade na qual trabalham (PSF ou UBS tradicional); o segundo, pelos gestores da SMS e supervisores dessas unidades. As unidades foram identificadas a partir do censo das unidades de saúde do Município de Petrópolis (unidades do PSF, postos e centros de saúde tradicionais). O médico ou enfermeiro foi entrevistado em cada unidade. Já os informantes-chave para o nível municipal foram selecionados entre os gestores e supervisores do PSF e das UBS tradicionais que tivessem pelo menos cinco anos de experiência na SMS de Petrópolis. Os informantes-chave responderam ao questionário em nível da gestão do município. Todas as entrevistas foram realizadas por um dos pesquisadores e duraram menos de 20 minutos.

Na segunda etapa – enquete com usuários dos serviços – o universo de estudo foi constituído por todos os usuários adultos dos serviços públicos de atenção básica ou acompanhantes adultos de crianças ou incapacitados, também usuários dos serviços. A unidade da amostra foi constituída pelas unidades, postos e centros de saúde públicos que prestam atenção básica à população de Petrópolis. Como já havia informações sobre as dimensões da atenção básica em todas as unidades do município (40 unidades), pela realização da primeira etapa da pesquisa, foram selecionados usuários dessas unidades para informar sobre a sua experiência na atenção, tendo como pré-requisito ter recebido algum atendimento anteriormente na unidade. Assim, foram selecionados aleatoriamente, na fila de atendimento em cada unidade, entre os usuários agendados ou não, 12 pessoas de cada serviço para serem entrevistadas. A amostra final incluiu 468 pessoas.

Foi realizado o treinamento de três entrevistadores para a aplicação do instrumento, especialmente contratados para esse fim e que já possuíam experiência com enquetes populacionais na área de saúde. O treinamento incluiu a discussão dos objetivos do questionário; leitura e análise crítica das perguntas; instruções sobre os filtros para seleção do respondente, sobre o Termo de Consentimento, questões éticas da pesquisa e o correto preenchimento das respostas; e os critérios de seleção dos usuários a serem entrevistados para que fosse garantida a aleatoriedade da amostra. A técnica para definição dos entrevistados constituiu na escolha, na fila de espera da unidade, a partir de uma tabela de números aleatórios. Antes de iniciar as entrevistas, os entrevistadores receberam a lista de unidades e o número aleatório da amostra para cada uma. Ao chegar à unidade, os entrevistadores identificavam o começo da fila e começavam entrevistar a enésima pessoa na fila, segundo o número aleatório correspondente. Quando terminavam a entrevista passavam para a próxima enésima pessoa na fila. Para obter maior representatividade da

população nos usuários entrevistados cada unidade foi visitada duas vezes, em dois dias consecutivos.

Também integrou o treinamento um pré-teste feito com os próprios pesquisadores e o pré-teste final do instrumento, após os ajustes e sugestões de modificações que surgiram durante o treinamento, que foi realizado com usuários do Centro de Saúde Germano Sinval Faria, da ENSP/FIOCRUZ.

Plano de análise

Um dos objetivos da pesquisa foi testar e validar uma metodologia de avaliação rápida que permitisse uma visão crítica da organização e do desempenho dos serviços de atenção básica em nível municipal. Para tal, foram construídos índices compostos que correspondem às oito dimensões da atenção básica consideradas essenciais e selecionadas para avaliação nesta pesquisa.

Os índices compostos foram construídos como descrito a seguir. Cada questionário tem cerca de 100 perguntas específicas, que correspondem a um indicador relacionado com uma determinada dimensão da atenção básica. Existiam seis opções de resposta para cada pergunta e essas opções foram iguais para cada tipo de entrevistado (profissional de saúde na unidade, supervisor/gestor e usuário). Cada resposta ("nunca", "quase nunca", "algumas vezes"; "muitas vezes" "quase sempre" e "sempre") foi então convertida em um *escore* ou escala, que variou entre 0 e 5. O escore "0" correspondeu à resposta "nunca", "1" correspondeu à resposta "quase nunca" etc. Depois, os escores dos indicadores foram somados para construir um índice composto para cada dimensão da AB. Por exemplo, todos os escores das perguntas sobre acesso foram somados e a média dessa soma representou o índice composto "acesso". Esse processo foi seguido para construir oito índices compostos, isto é, um índice composto para cada dimensão da AB. Finalmente, foi criado um índice composto total, que é o resultado da soma de todos os oito índices compostos. Esse último índice representa a experiência total na atenção básica.

Outro objetivo da pesquisa foi validar a metodologia de informantes-chave *vis a vis* a triangulação com outras fontes de dados (dados secundários e entrevistas com usuários), avaliando a concordância e discordância entre diferentes fontes.

Para a validação dos dados coletados a partir dos informantes-chave foram empregados vários mecanismos, incluindo: **a)** determinação das propriedades do instrumento (tais como consistência entre itens e análise de fatores); e **b)** utilização de técnicas qualitativas (triangulação) e quantitativas para medir a validade dos dados coletados com os dados obtidos dos informantes-chave.

Foram utilizados vários testes para a construção e validação dos instrumentos: auto-avaliação do informante (na primeira etapa), consistência entre itens (técnica de Cronbach's alpha), análise de fatores e regressão logística multivariada (*Odds Ratio*, na segunda etapa). O teste de X^2 foi realizado para detectar as diferenças entre os tipos de unidades e entre as diversas fontes de informação (por exemplo, usuários *versus* profissionais nas unidades). Para a segunda fase da pesquisa, o teste-F foi empregado em vez do teste X^2, pois a amostra dos usuários foi uma amostra por conglomerados e, por isso, foi necessário ajustar os desvios-padrão para o agrupamento dos entrevistados nas unidades.

Além desses, outros mecanismos foram utilizados também para assegurar a validade das respostas. Em primeiro lugar, todo informante-chave foi selecionado segundo seu cargo atual, o número de anos que trabalha na municipalidade pesquisada e suas credenciais profissionais. Segundo, vários informantes-chave foram selecionados para informar sobre o mesmo município, permitindo avaliar a concordância interavaliador. E terceiro, todo entrevistado foi solicitado a avaliar a sua própria confiança nas respostas dadas. Ou seja, foi perguntado que porcentagem das respostas foi extraída de dados previamente existentes e que porcentagem foi unicamente devida à opinião/experiência pessoal do informante.

Finalmente, os resultados dessa sondagem foram cotejados com dados já existentes, estudos de caso, relatórios e outros documentos disponíveis para comparar e avaliar a validade das respostas apresentadas pelos informantes. Esse processo de "triangulação" (usando várias fontes de dados para confirmar a sua validade) é muito comum nas pesquisas qualitativas.

Resultados, conclusões e recomendações

A análise dos dados incluiu: a) construção de um perfil da atenção básica no Município de Petrópolis, com base nos dados secundários; b) comparação das respostas das diferentes fontes de dados (profissionais nas unidades, gestores/supervisores e usuários dos serviços); c) análise do desempenho das unidades de atenção básica no município; d) análise da percepção dos usuários sobre a atenção recebida em relação à percepção sobre seu estado de saúde, controlada por outros determinantes da saúde; e) apresentação à equipe da SMS dos resultados das entrevistas com os profissionais, os supervisores e gestores, mostrando as diferenças entre os dois tipos de serviços (PSF e as unidades tradicionais); f) apresentação dos resultados da enquete populacional com os usuários à equipe da SMS e aos profissionais das unidades, mostrando as diferenças entre os dois tipos de serviços (PSF e as unidades tradicionais) e a comparação entre as distintas fontes de informação; e g) validação dos instrumentos e da metodologia usando técnicas estatísticas.

A aplicação da metodologia de avaliação demonstrou que os instrumentos (questionários) elaborados nesta pesquisa são capazes de discriminar claramente a especificidade das duas modalidades de atenção básica no município, além de fornecer informações práticas e objetivas sobre o alcance das dimensões essenciais dos serviços da atenção básica e os problemas que devem ser enfrentados para melhorar a organização e o desempenho desse nível de atenção no município.

As ferramentas testadas com os informantes-chave (profissionais, supervisores e gestores) foram aplicadas de forma rápida (menos de 20 minutos por entrevista). E o uso de gestores e supervisores como informantes-chave é complementar aos resultados obtidos com os informantes-chave das unidades.

A apresentação dos resultados da primeira etapa (entrevistas com informantes-chave) aos gestores, em reunião realizada em Petrópolis em agosto de 2003, provocou um diálogo muito interessante entre os pesquisadores, os gestores da SMS, do PSF e os das unidades tradicionais, que não apenas ajudou a interpretar alguns dos resultados encontrados, como também possibilitou a discussão das diferentes práticas adotadas em cada unidade específica, concluindo-se pela necessidade de compartilhá-las. Discutiu-se ainda a inconveniência de "acabar" com as unidades tradicionais, como preconizado pelo Ministério da Saúde, e a importância de integrá-las ao PSF, sendo que existe a proposta de implementar, numa área específica do município, o PSF dentro da própria unidade básica tradicional. Ao mesmo tempo, os gestores manifestaram interesse em continuar efetuando essa avaliação periódica das características organizacionais das unidades para monitorar as possíveis mudanças na sua atuação e, ao longo do tempo, avançar na avaliação do impacto dessas mudanças na saúde da população.

Em relação à enquete com os usuários dos serviços de atenção básica, confirma-se a hipótese de que é um valioso instrumento para detectar sejam fortalezas sejam debilidades das unidades, além de permitir comparar as avaliações dos usuários com as dos profissionais que trabalham nos serviços, as dos supervisores e gestores, como apresentado nos resultados. Ainda que sua realização exija maior esforço técnico, as entrevistas podem ser aplicadas em cerca de 20 minutos. A enquete com os usuários dos serviços permite refinar a avaliação anterior, feita com os gestores e profissionais.

A comparação entre as diferentes fontes de dados permite ainda identificar aquelas unidades cujo desempenho parece ser melhor em relação às demais, assim como aquelas práticas operacionais que, aparentemente, funcionam melhor. Da mesma forma, indicam também a necessidade de maior aprofundamento da análise e avaliação em serviços ou dimensões específicas.

Nessa perspectiva, alguns "êxitos" alcançados pelo sistema de atenção básica de Petrópolis podem ser assinalados, assim como alguns dos principais desafios.

Em geral, as unidades do PSF atingiram índices melhores nas dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica do que as UBS tradicionais, mas em algumas dimensões as UBS apresentaram valores equivalentes, o que pode ser explicado pela maior tradição do município no desenvolvimento da atenção básica tradicional e pouco tempo de implementação do PSF (cerca de cinco anos). Por outro lado, existem desafios importantes a serem superados, sobretudo no que diz respeito ao acesso, porta de entrada, elenco de serviços e coordenação.

As principais conclusões da pesquisa podem ser resumidas como se segue.

1. A aplicação do questionário permitiu identificar a especificidade dos diferentes tipos de unidades da rede de atenção básica do município, assim como alguns dos principais problemas de organização e desempenho.
2. Os gestores e supervisores concordaram com as respostas obtidas dos profissionais das unidades em 45% dos casos no PSF e 67% dos casos nas UBS tradicionais e ambulatórios. Esse resultado não seria o esperado, uma vez que o PSF possui um sistema de informação específico.
3. Existem diferenças entre a percepção dos usuários sobre a atenção que recebem e a opinião dos gestores sobre o desempenho das unidades. Isso sugere a necessidade de uma maior aproximação entre gestores e a população. E as entrevistas com os usuários identificaram alguns **pontos fortes** do sistema AB em Petrópolis, tais como o estabelecimento de razoável vínculo entre profissionais e usuários; e um bom desempenho dos profissionais de saúde.
4. Segundo os profissionais e gestores, as unidades PSF tiveram valores mais altos que as UBS tradicionais nas seguintes áreas: alguns indicadores de acesso, elenco de serviços, coordenação, formação profissional e gestão; e índices compostos de porta de entrada, enfoque familiar e orientação para a comunidade. Já em relação ao vínculo o índice é muito alto, seja nas unidades do PSF, seja nas UBS tradicionais.
5. Segundo os usuários, as unidades PSF tiveram valores mais altos que as UBS tradicionais nas seguintes áreas: alguns indicadores de acesso, vínculo, elenco de serviços e formação dos profissionais; e índices compostos de porta de entrada, enfoque familiar e orientação para a comunidade.
6. Apesar das diferenças nos valores médios, os resultados mostraram uma variação considerável no desempenho das unidades. Em geral, as unidades do PSF tiveram valores maiores do que as UBS; entretanto algumas UBS tiveram desempenho igual ou superior a algumas unidades PSF. Essa variação entre as unidades (PSF ou

UBS tradicional) indica que algumas estão melhores que outras, o que sugere a **possibilidade de melhora**, a partir de intervenções específicas.

7. O índice composto total da AB está correlacionado com a auto-avaliação de saúde segundo a percepção dos usuários, controlando por outros determinantes da saúde. Isso pode sugerir que uma boa experiência na AB, seja no PSF ou na UBS, é importante para melhores níveis de saúde da população. Entretanto, essa hipótese deve ser comprovada com estudos longitudinais.

Em relação à metodologia e aos instrumentos elaborados e testados, concluiu-se que:

1. O questionário com informantes-chave pode ser utilizado de forma rotineira para monitoramento e avaliação **rápida** das mudanças organizacionais da AB, pela própria SMS, e pode ser aplicado (ou autopreenchido pelos profissionais, gestores e supervisores) em cerca de uma semana.
2. A utilização de um único questionário para a enquete de usuários (pacientes e acompanhantes) trouxe alguns problemas. Sendo assim, foi elaborado um questionário específico para acompanhantes, a partir do já existente e utilizado na pesquisa, a ser aplicado em separado.
3. O processo de validação (comparação de fontes, análises estatísticas tais como análise de fatores, *Cronbach's alpha* e triangulação com dados secundários) sugere que a metodologia de avaliação da AB utilizada nesta pesquisa é **válida** para monitorar a organização e o desempenho desses serviços em nível municipal.

Pode-se dizer que apesar de Petrópolis ter realizado avanços importantes na atenção básica, enfrenta ainda vários desafios, como: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, melhorar elenco de serviços e a a coordenação, aumentar a orientação para a comunidade e fomentar a participação comunitária.

A apresentação dos resultados finais da pesquisa à SMS de Petrópolis, em agosto de 2004, realizada em duas etapas – uma para o *staff* da SMS, supervisores e gestores com cargo de coordenação, além da então secretária municipal de saúde; e outra para todos os profissionais que trabalham na rede de atenção básica (cerca de 100 profissionais), além de pesquisadores da Universidade e representantes do Ministério da Saúde – foi um interessante momento de debate, onde não apenas os achados da pesquisa foram referendados e reconhecidos como verdadeiros pelo próprio pessoal local, por exemplo, em relação às unidades com melhor ou pior desempenho, mas também os instrumentos foram considerados válidos e passíveis de utilização pela equipe local. Ao mesmo tempo, a então secretária municipal de saúde manifestou interesse em que a pesquisa

pudesse continuar avaliando outros níveis de atenção no sistema de saúde do município, na perspectiva de apoiar a sua reorganização e melhorar o atendimento às demandas de saúde da população.

Por fim, identificam-se algumas limitações da pesquisa que, entretanto, não invalidam seus resultados. Entre elas, destacam-se:

1. Informantes-chave: o número de profissionais entrevistados na primeira fase foi definido pelo número de unidades, escolhendo-se os informantes-chave em cada serviço, como mencionado. Isso possivelmente limitou a possibilidade de detectar outras diferenças significativas entre os serviços, dado o número pequeno de unidades no sistema de atenção básica no município.
2. Temporalidade das respostas: as entrevistas foram realizadas durante uma época particularmente difícil para o município, em que houve mudança de dirigente da SMS e falta de insumos para a atenção, como por exemplo, falta de medicamentos para controle de hipertensão, e isso talvez tenha influenciado negativamente algumas respostas. Entretanto, essa situação pode ocorrer com qualquer avaliação; e problemas com logística, falta de insumos ou dificuldades na atenção afetam o desempenho dos serviços. Mas, exatamente para detectar esses problemas é que a pesquisa foi desenhada.
3. Generalização de resultados: os resultados obtidos em Petrópolis são limitados à experiência desse município e, portanto, não podem ser generalizados. Entretanto, o que pode ser repassado para os demais municípios é a pertinência do uso dessa metodologia para avaliar a organização e desempenho dos serviços de atenção básica.
4. Perfil da rede de AB: o perfil da rede de serviços de atenção básica em Petrópolis, assim como a avaliação organizacional e de desempenho, está incompleto porque não foi possível incluir informantes-chave que trabalham no setor privado e a experiência dos usuários que utilizam esses serviços. Pesquisas futuras devem tentar incluir o setor privado para determinar se a oferta, organização e desempenho desses serviços é diferente do observado no setor público.
5. Correlações estatísticas: em relação à associação entre a experiência de atenção básica e o estado de saúde do usuário, mesmo se tratando de um grupo populacional constituído geralmente por indivíduos "doentes" as pessoas que responderam que tinham boa experiência nos serviços de atenção básica foram aquelas que mais freqüentemente informaram que seu estado de saúde era bom ou muito bom. Isso pode significar que a boa experiência do usuário com as unidades de atenção básica foi um fator importante para que ele respondesse que seu estado de saúde era

bom ou muito bom; ou então, o fato do usuário considerar que tem “boa saúde” pode significar também que a sua demanda de atenção básica é pequena e, sendo assim, sua experiência com a atenção recebida pode ser considerada boa. Nenhuma pesquisa transversal pode determinar a relação causa-efeito. Pesquisas futuras devem incluir elementos de avaliação longitudinal no desenho metodológico para testar essa relação.

I. INTRODUÇÃO

Desde os anos 90 o Brasil vem reformando seu sistema de saúde, a partir da definição de novas formas de financiamento e de reorganização da oferta de serviços. Nesse processo, a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Vários fatores têm contribuído para essa priorização, entre eles a necessidade de se desenvolver e disponibilizar para a população serviços básicos que sejam mais acessíveis, eqüitativos e de melhor qualidade. Para responder a esse desafio, o Ministério da Saúde vem utilizando diversas estratégias, destacando-se os programas especiais – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desde 1991, e o Programa de Saúde da Família (PSF), desde 1994 – assim como o Piso da Atenção Básica (PAB), introduzido com a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 1996) e atualizado com as Normas Operacionais de Assitência à Saúde de 2001 e 2002 (NOAS 2001 e 2002), como parte do processo de descentralização.

O PSF em particular vem sendo considerado como a estratégia prioritária do governo para a reestruturação não apenas da atenção básica, mas também do modelo assistencial, juntamente com o PAB, e apresentou um crescimento considerável. De 900 equipes em 900 municípios, em 1996 (Aguiar, 1998), passou para quase 5.000 equipes em 1.870 municípios, em 1999, e 10.025 equipes em 3.059 municípios, em 2000; e, em 2004, existiam mais de 19.943 equipes de saúde da família atuando em 4.565 municípios e mais de 188 mil agentes comunitários de saúde presentes em 5.175 municípios (Aguiar, 1998; MS, 2000; 2004). Segundo o MS, em 2004, o PSF atendia quase 60 milhões de pessoas, ou seja, cerca de 38% da população brasileira (Machado, 2004).

Entre as características inovadoras do programa incluem-se a ênfase em reorganizar os serviços de atenção básica centrando-os na família e na comunidade e integrando-os aos outros níveis de atenção. Entretanto, as pesquisas e metodologias existentes para medir o alcance do programa nestas novas dimensões ainda são insuficientes (MS, 2003).

Daí o interesse em avaliar o alcance dessa reestruturação e, mais amplamente, o impacto dessas inovações na organização da atenção básica e na provisão de serviços, assim como o resultado na saúde da população dessas mudanças na organização de serviços em nível local.

O propósito desta pesquisa é contribuir para o processo de desenvolvimento e utilização de instrumentos de avaliação e monitoramento da organização e do desempenho

do sistema de serviços de saúde, especificamente da atenção básica em nível local. Pretende-se proporcionar mecanismos de medida regular e periódica das mudanças produzidas, monitorando-as ao longo do tempo, identificando problemas, dificuldades e os elementos da organização e desempenho do sistema que produzem maior impacto sobre a saúde e bem-estar da população. Nesse sentido, a pesquisa complementa outras atividades de avaliação quem têm sido levadas a cabo pelo Ministério da Saúde por outros centros de pesquisa e organizações nacionais e internacionais.

Objetivos

O objetivo geral da pesquisa foi testar, num município específico – Petrópolis, Rio de Janeiro – uma nova metodologia de avaliação rápida para medir as características organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) no SUS. Esta metodologia utiliza diferentes fontes de dados – secundários e rotineiros, informantes-chaves (profissionais e gestores) e usuários dos serviços – para medir aspectos críticos desses serviços em nível municipal.

Os objetivos específicos foram:

1. Adaptar uma metodologia para medir as dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica (AB) em nível municipal e aplicá-la no Município de Petrópolis, Rio de Janeiro.
2. Adaptar e aplicar os instrumentos específicos para o levantamento de dados, utilizando informantes-chave (entrevistas com profissionais de saúde nas unidades de AB; e com gestores e supervisores da Secretaria Municipal de Saúde–SMS) e enquete populacional (com usuários dos serviços de AB).
3. Comparar os diferentes pontos de vista desses distintos atores, a partir dessas fontes de dados.
4. Validar a metodologia de uso de informantes-chave para a avaliação rápida, organizacional e de desempenho, dos serviços de atenção básica em nível local.
5. Elaborar um perfil dos serviços de atenção básica no Município de Petrópolis, comparando determinadas dimensões organizacionais entre as unidades do Programa Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBSs).

Espera-se que essa metodologia possa ser aplicada, futuramente, a um número maior de municípios para determinar tendências no alcance das dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica em nível nacional.

II. MARCO TEÓRICO

Nas últimas décadas, de maneira geral, todos os países vêm reformando seus sistemas de serviços de saúde, orientados por objetivos de alcance de maior eficiência, eqüidade e qualidade na atenção, sendo que novos modelos e paradigmas de reforma vêm sendo difundidos mundialmente. Na América Latina, esses processos têm sido particularmente importantes, pois ao mesmo tempo em que estão vinculados às políticas de ajuste macroeconômico e à reforma do Estado, são concomitantes ao aumento impactante da pobreza e das desigualdades, *pari passu* à deterioração das instituições públicas, exacerbadas exatamente por essas mesmas políticas (Fanelli *et al*, 1992; Hoeven & Stewart, 1993; Cominetti, 1994). Paralelamente, assistimos a mudanças muito mais radicais dos sistemas de saúde, com resultados pífios em relação ao preconizado pelas agendas de reforma, ou mesmo piora das condições previamente observadas (Almeida, 2002 a e b). Mais recentemente, esses resultados tem levado à formulação de estratégias que apontem para a reconstrução de sistemas de saúde mais eqüitativos e com serviços de melhor qualidade (Infante, 2000).

A atenção básica em saúde tem desempenhado papel de destaque nessas reformas contemporâneas. Inicialmente pensada numa perspectiva restrita, como uma forma de diminuir o gasto hospitalar, particularmente alto em todos os sistemas de saúde, vem sendo retomada de forma mais ampla, voltada para a "reversão do modelo assistencial", excessivamente centrado na assistência médica, e recomenda-se que deve fazer parte integral das estratégias de desenvolvimento econômico e social (World Bank 1993; WHO 2001a). Entretanto, o impacto da atenção básica no alcance desses objetivos não foi sistematicamente investigado. Quase um quarto de século após Alma Ata (1978) existe pouca evidência disponível sobre o impacto da atenção básica na saúde da população e, menos ainda, no desenvolvimento socioeconômico ao longo do tempo (Hill *et al* 2000).

A discussão recente sobre a avaliação dos sistemas de serviços de saúde reconhece a importância de definir os seus limites, explicitando-se claramente as áreas passíveis de intervenção direta das autoridades sanitárias (PAHO, 2001a). No que toca à atenção básica, a avaliação se enfrenta com o problema adicional de que não existe consenso na literatura sobre uma definição, tendo sido conceituada de forma diferente, no tempo e no espaço.

Assim, em 1978, na Declaração de Alma Ata, a atenção primária foi aprovada como a principal estratégia para atingir a meta de "Saúde para todos no ano 2000" (Assembléia Mundial da Saúde, 1977) e definida como:

> *A atenção essencial à saúde baseada em práticas e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis a indivíduos e famílias de uma comunidade, a um custo compatível com o estágio de desenvolvimento de cada país ... É função central dos sistemas de saúde de cada país e principal enfoque do desenvolvimento social e econômico da comunidade ... É o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde* (WHO, 1978, tradução livre)[1].

Esse enfoque interrelacionava pelo menos dois significados: uma prescrição geral que advogava que os sistemas sanitários deveriam dar prioridade à assistência básica, antecipando e evitando os problemas de saúde e os agravamentos das doenças, quebrando os ciclos perversos produtores das enfermidades; e um conjunto mínimo de ações e serviços que compunham a Atenção Primária, que se estendia para além do campo estrito dos serviços de assistência médica, focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e da nutrição adequada, saúde materno-infantil (incluindo planejamento familiar), medidas de prevenção, provisão de medicamentos essenciais, garantia de acesso aos serviços etc. (Walt, 1994; Almeida, 1995).

A proposta da Atenção Primária, promovida também pela UNICEF, conjuntamente com a OMS, foi acolhida entusiasticamente pelos países da periferia, mas tratado de forma muito mais cautelosa no mundo central.

Posteriormente, esse significado foi mudando e se confundindo com o de atenção básica, sendo que, para alguns autores, se refere a um determinado nível de atenção; para outros, é um conjunto de serviços ou intervenções em saúde ou uma estratégia de conscientização das comunidades para melhora de seus problemas coletivos de saúde (Vuori, 1985).

A relação melhor conhecida entre atenção básica e o resto do sistema de saúde é o sistema de referência e contra-referência entre esse nível e a atenção especializada ou

1 *"Essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods and technology made universally accessible to individuals and families in the community through their full participation and at a cost that the community and country can afford to maintain… It forms an integral part of the country's health system…and of the social and economic development of the community. It is the first level of contact on individuals, the family and community…bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process"* (WHO, 1978:1).

hospitalar, sendo que o principal objetivo da atenção básica seria de "porta de entrada" no sistema de saúde, sobretudo nos países mais ricos, numa perspectiva de racionalizar custos e diminuir a sobre-utilização dos serviços especializados e mais caros; ou seja, o acesso dos usuários aos serviços especializados e hospitalares só seria garantido a partir de uma referência formal do nível básico, exceto em casos de urgência ou emergência. Na prática, existe pouca evidência de que sistemas que empregam a atenção básica como porta de entrada de fato tenham custos mais baixos do que outros sistemas com livre acesso aos serviços especializados ou hospitalares (Delnoij *et al.*, 2000).

Por outro lado, o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema pode ser justificado também com base nos princípios da vigilância epidemiológica. Um sistema integrado de atenção básica deveria resolver a maioria dos problemas de saúde da população e referir para os demais níveis apenas aquela parcela dos usuários dos serviços básicos, que "realmente" tem "necessidade" da atenção especializada. Assim, o "valor preditivo positivo" da atenção especializada seria melhorado porque a população atendida (referida pela atenção básica) teria uma prevalência elevada de doença, diferente da população geral. Essa "triagem", efetuada pelo nível básico, seria particularmente importante para evitar intervenções especializadas desnecessárias, mais caras, ou que podem até provocar efeitos adversos ou indesejáveis.

Além dessa relação com os níveis de maior complexidade, a atenção básica também tem uma interface com os serviços de saúde não assistenciais, tais como programas de vigilância sanitária, de controle de vetores, de saneamento ou de educação em saúde nas suas várias modalidades (empregando a mídia, entre outros mecanismos). Esses programas podem ou não ser organizados pela mesma entidade responsável pela prestação ou financiamento da atenção básica ou pelo setor saúde. Não obstante, a atenção básica tem relação com esses programas, uma vez que eles contribuem para diminuir as causas de doenças na população, mudar o comportamento das pessoas e das comunidades em relação à saúde, ou mesmo aumentar a demanda para os serviços de saúde.

Essa noção da atenção básica reconhece papel importante da participação da comunidade na melhora de suas condições de vida, mas admite também que entidades externas ao sistema saúde podem ser as principais responsáveis no desenvolvimento dessas ações. Em síntese, se a atenção básica for limitada somente à provisão de serviços individuais de saúde, não teria possibilidade de influir nas outras condições políticas, sociais, econômicas e ambientais que integram o desenvolvimento humano sustentável.

Neste trabalho, elaboramos um modelo teórico (ou uma representação) da atenção básica que tenta incorporar essas diferentes dimensões (Figura 1). A ênfase está posta

nas características e funções essenciais da atenção básica e nas suas relações com os outros elementos do sistema de saúde e demais setores relacionados, definido de forma ampla pela Organização Mundial da Saúde como *todas as ações cuja principal intenção é promover a saúde* (WHO 2000:5). Esse modelo pode ser utilizado para descrever qualquer unidade de atenção básica, seja pública, privada ou não governamental.

Figura 1 – Atenção básica e sua relação com o sistema de saúde como um todo

No meio do círculo, na Figura 1, a atenção básica é composta pelas ações de promoção, prevenção e cura, centradas na pessoa, na família e na comunidade, que devem resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Incluem-se aí serviços básicos de assistência médica, como o tratamento cotidiano da maioria das doenças agudas, crônicas e traumatismos mais comuns; controles pré-natais e outros; vacinações; visitas domiciliares; planejamento familiar; educação em saúde; nutrição e atenção a problemas não graves de saúde mental, entre outros. Entretanto, a atenção básica tem uma abrangência maior do que o mero fornecimento de serviços de assistência médica, inter-relacionando e integrando outras dimensões funcionais do sistema de saúde e de outros setores, representadas pelas linhas que irradiam do círculo central e estabelecem as conexões assinaladas. Ao conectar a atenção básica com outras ações intersetoriais o que se propõe é que ela possa influir nas demais ações necessárias para as mudanças nos determinantes não biológicos da saúde, sem ser a responsável direta pela execução dessas atividades, que podem ser concebidas, financiadas e implementadas por outros níveis de atenção do sistema de saúde ou outros setores, como os de educação, saneamento,

meio ambiente ou desenvolvimento econômico. Por outro lado, a atenção básica deve ser responsável pela criação e manutenção da inter-relação entre esses níveis ou setores e a saúde das populações. E o grau de participação da atenção básica nessas ações vai variar segundo o elenco de ações desenvolvidas e a disponibilidade de recursos.

Devido à tendência mundial à descentralização e privatização de serviços públicos de saúde, atualmente muitas das ações originalmente pensadas em Alma Ata como parte da atenção primária estão sendo desenvolvidas por organizações não governamentais ou empresas privadas que, na maioria dos casos, não tem relação formal com o setor saúde (WHO 2001b). Isso justifica a definição da atenção básica pelas funções que cumpre, sendo que essas definições funcionais também são úteis para avaliar os determinantes da saúde que podem ser mais especificamente enfrentados pelos serviços de saúde. Historicamente, as próprias definições de atenção básica dificultaram a medida do seu impacto na saúde da população (Starfield, 1992; 2003). Para Starfield, esse desafio pode ser superado pelo exame dos elementos estruturais e processuais da atenção básica.

Entre os elementos estruturais, quatro definem o potencial da atenção primária – acesso, elenco de serviços, população adscrita e continuidade (ou atenção contínua). E os elementos processuais incluem a utilização de serviços e o reconhecimento das necessidades de saúde da população. É necessário pelo menos um dos quatro elementos estruturais e pelo menos um dos dois elementos processuais para medir o potencial e alcance de cada um dos atributos da atenção primária (desempenho), que são: porta de entrada, longitudinalidade, elenco de serviços e coordenação (Starfield, 2003).

Nessa perspectiva Barbara Starfield elaborou a seguinte definição de atenção primária:

> *Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária... A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação... Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde... É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde* (Starfield, 2003:28).

É desejável combinar a definição orientada aos serviços de saúde, de Starfield, com uma noção mais ampla de atenção básica que reflita o conceito comunitário e multissetorial da atenção primária, como concebido para os países em desenvolvimento.

Pesquisas internacionais demonstram que sistemas de saúde que são organizados levando em consideração as dimensões descritas acima estão, geralmente, correlacionados com custos mais baixos, maior qualidade dos serviços e um alto grau de satisfação do usuário (Berman 2000; Bindman *et al*, 1996; Boerma & Fleming, 1998; Bunker, 2001; Casanova & Colomer, 1996; Starfield, 1994), assim como com melhor saúde da população, mesmo nas análises controladas por outros determinantes como PIB *per capita*, renda *per capita*, número de médicos, uso de tabaco e uso de álcool (Macinko *et al*, 2003).

O Ministério da Saúde brasileiro definiu a atenção básica como um conjunto de ações de saúde, de caráter individual ou coletivo, desenvolvidas no primeiro nível de atenção dos sistemas de serviços, voltadas para promoção da saúde, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (Ministério da Saúde, 1999). Esta definição inclui alguns elementos da definição de atenção primária elaborada por Starfield, tais como a porta de entrada e elenco de serviços. Mas outras dimensões essenciais, como coordenação, vínculo com o usuário, enfoque familiar e orientação comunitária, não são consideradas.

III. UMA REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

A provisão de serviços de atenção básica é uma prioridade da política nacional de saúde no Brasil desde meados dos anos 90 (Levcovitz *et al.*, 2001; Almeida 2000; Almeida, *et al*. 1999; Lucchese, 1996). Em 2001, aproximadamente US$ 1.8 bilhões (do governo federal, dos estados e municípios) foram gastos nos programas especiais – Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – quantidade que representa quase a quarta parte de todos os gastos nacionais em saúde; e 95% dos provedores de atenção básica foram financiados com recursos públicos (World Bank, 2002). Para 2004, a previsão do governo era alocar mais de R$ 2 bilhões no Piso de Atenção Básica (PAB). Além disso, o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) pretende executar US$ 550 milhões ao longo de seis anos (2003-2009) (PROESF, 2004).

Várias pesquisas sobre a atenção básica vêm sendo desenvolvidas no Brasil nos últimos anos. Na revisão da literatura realizada neste estudo, a maioria desses trabalhos aporta mais elementos de diagnóstico da situação do que resultados de avaliações em profundidade dos serviços ou programas de atenção básica, e menos ainda análises de desempenho.

Em termos muito gerais, pode-se identificar quatro tipos de pesquisas: 1) estudos de caso, incluindo teses de doutorado ou mestrado, sobre a implementação de um programa específico ou política de atenção básica; 2) grandes pesquisas sobre a implementação do PSF em vários municípios (que é a maioria); 3) pesquisas sobre o funcionamento de um serviço ou processo de trabalho na atenção básica, como trabalho em equipe ou atendimento para uma doença especifica; e 4) análises históricas sobre o desenvolvimento da política de atenção básica ou de programas específicos (principalmente o PSF). Apresentamos a seguir uma breve resenha desses trabalhos.

Svitone *et al*. (2000) apresenta uma avaliação das experiências do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no Ceará. A implementação do programa foi associada a mudanças positivas no comportamento da população em relação à saúde, melhora nos indicadores de saúde e aumento da participação comunitária com repercussão no processo de desenvolvimento da comunidade. Os autores observam que desde a implementação do PACS o estado apresentou um decréscimo na taxa de mortalidade infantil e aumento na cobertura de vacinações; mas também identificam barreiras no processo de utilização de serviços de atenção médica e outras intervenções que não são cobertas pelos agentes.

A pesquisa não incluiu grupos-controle, mas examina a tendência nos indicadores nos últimos 10 anos. Entre as características do programa associadas com a melhora nos indicadores de saúde incluem-se: ênfase da participação comunitária na identificação de problemas e na gestão do programa; utilização de mapas da comunidade e a adscrição da população a serviços definidos; foco na família; implementação de visitas domiciliares; e atenção ao primeiro contato. E os seguintes fatores são considerados desfavoráveis ao êxito do programa: deficiência dos mecanismos de referência e contra-referência, barreiras no acesso e utilização dos serviços médicos e as próprias condições socioeconômicas e ambientais da população adscrita ao programa.

Assunção *et al* (2001), por sua vez, avaliou a adequação das unidades de atenção básica no atendimento e acompanhamento de portadores de diabetes em Pelotas, Rio Grande do Sul. O diabetes é um traçador importante para avaliar a qualidade da atenção básica, uma vez que o paciente portador dessa doença necessita de acompanhamento contínuo, permanente, longitudinal e precisa mudar seus hábitos de vida, o que requer orientação e educação para a saúde. Além disso, quando o atendimento é adequado a doença pode ser controlada. O estudo de corte transversal examinou 32 clínicas, 61 médicos e 378 pacientes. Os autores constataram que 50% dos pacientes tinham níveis de glicemia elevados e somente em 6 a 11% deles a doença foi considerada adequadamente controlada. A partir desses resultados, os autores concluíram que a qualidade da atenção básica para essa doença não era de boa qualidade e sugeriram que a melhora dessa situação poderia ser conseguida com maiores investimentos no treinamento dos profissionais (inclusive médicos) e em infra-estrutura dos serviços.

Outros autores examinaram a preferência das mulheres pelos serviços de atenção básica fornecidos pelo setor privado, em detrimento do SUS. Assim, Behague *et al* (2002) realizou uma pesquisa etnográfica em Pelotas sobre as percepções de usuárias das clínicas privadas sobre a qualidade da atenção, comparando-as com uma análise técnica da qualidade do serviço. Os achados da pesquisa informam que as mulheres valorizam mais positivamente a atenção que recebem nos serviços privados do que aquela prestada no SUS, mesmo quando esses serviços foram avaliados de pior qualidade técnica. Curiosamente essa mesma percepção foi prevalente também entre os médicos do SUS. Os autores concluíram que a preferência pela atenção privada está relacionada parcialmente à idéia de que este subsetor tem melhores instalações e tecnologia disponível.

Dantos *et al* (2000), por sua vez, numa pesquisa de corte transversal, entrevistaram 400 mulheres no período pós-parto, perguntando sobre o atendimento recebido durante a gravidez, tipos de controles que realizaram e as razões para a escolha do lugar de atendimento no acompanhamento pré-natal. Cinqüenta e um por cento das mães receberam

atendimento num posto de saúde do SUS, sendo que as mulheres mais pobres foram as que tiveram maior probabilidade de atendimento numa unidade pública de saúde. A razão principal para a escolha de um posto de saúde do SUS foi à proximidade da casa da usuária; e a razão principal para o não uso dos serviços públicos (postos de saúde) foi a percepção de baixa qualidade da atenção. Em relação à qualidade do atendimento, os autores encontraram diferenças entre os dois tipos de unidades – pública e privada. As mulheres atendidas pelas unidades do SUS informaram ter recebido menos suplementação de ferro, ter realizado menos consultas médicas e menos exames complementares com uso de tecnologia mais sofisticada, quando comparadas com as atendidas nas clínicas privadas. Entretanto, tiveram maior probabilidade de receber número adequado de vacinações contra tétano do que as mulheres atendidas nas clínicas privadas.

Santos *et al* (2000) avaliaram a assistência à saúde da mulher e da criança no estado do Rio de Janeiro. Numa amostra de conveniência eles encontraram uma subutilização de serviços de atenção básica, sobretudo nos controles para câncer de mama e de útero, e um baixo número de visitas pós-parto. Porém, como a amostra não foi aleatória não é possível generalizar os resultados para o resto da população.

Wayland *et al* (2002), por sua vez, realizaram uma pesquisa qualitativa sobre participação comunitária onde foram comparadas experiências no Brasil e na Bolívia: entrevistaram membros da comunidade, profissionais de saúde e gestores do sistema sobre as suas concepções a respeito da "comunidade". Constatou-se que cada informante tinha uma idéia diferente sobre o que seria a "comunidade" e o autor demonstrou que podem existir diferenças importantes entre o entendimento dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários dos serviços sobre o conceito da participação comunitária e o papel apropriado da comunidade na promoção da saúde.

Várias pesquisas foram realizadas, também nos últimos anos, sobre o Programa de Saúde da Família (PSF). Goulart (2003) analisou as políticas da implantação do PSF em cinco municípios. O autor constatou que entre os fatores que favorecem o desenvolvimento do PSF nos municípios examinados se incluem: 1) capacidade de liderança política e do setor saúde, sobretudo no processo de tomada de decisão; 2) formação e qualificação técnica das equipes de profissionais que atuam no programa; 3) base ideológica favorável ao programa e "empreendedora", associada a uma certa característica de "militância pró-PSF" no município; 4) existência de práticas sociais e políticas que vão além da noção médica de saúde; 5) investimento em padrões "efetivamente substitutivos" do modelo de atenção, buscando a neutralização da competição e do antagonismo com os elementos estruturais e ideológicos dos "velhos regimes de práticas"; 6) desenvolvimento de inovações gerenciais; e 7) sustentabilidade financeira do programa.

Outra grande avaliação do PSF analisou dez centros urbanos e a metodologia se constituiu na realização de entrevistas com gestores do sistema e profissionais (médicos e enfermeiros) que trabalham nas unidades de saúde; e com uma amostra de usuários dos serviços (Ministério da Saúde, 2003). Os resultados dessa avaliação apontam oito principais recomendações:

1. Melhorar o processo de preparação para a implantação das equipes de saúde da família (ESF): ampliar a base de apoio para superar resistência política e burocrática, negociar com corporações médicas e de enfermagem, preparar material para difundir a importância das atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
2. Seguir um processo de implantação mais lógico: evitar "implantação paralela" do PSF e formação de "ilhas" de população sem cobertura.
3. Diferenciar a situação nos grandes centros urbanos, que é distinta daquela encontrada nas áreas ou cidades menores e requer mais recursos: aumentar as faixas de financiamento do Ministério da Saúde segundo cobertura municipal do PSF, adaptar algumas unidades para abrigar maior número de ESF, reduzir o número de famílias adscritas por ESF, criar incentivos salariais para ESF que atuem em áreas de maior risco social e epidemiológico.
4. Modificar várias práticas para melhor atender e atrair potenciais usuários: incentivar a participação de usuários de renda mais alta, modificar o horário de atendimento para possibilitar o acesso dos trabalhadores, considerar descrição por lugar de trabalho em vez de lugar de residência, melhorar estratégias de acolhimento.
5. Ajustar os serviços oferecidos nas unidades e também nas visitas domiciliares: considerar causas externas na educação em saúde, realizar coleta de material de exames nas próprias unidades, ampliar capacitação e responsabilidades das ESFs no acompanhamento de portadores de doenças crônicas.
6. Melhorar o sistema de referência e contra-referência: criar protocolos e mecanismos de comunicação, estabelecer meios que propiciem a referência para os serviços de emergência, criar um "segundo nível de complexidade de atenção básica" constituído por especialistas em algumas clínicas básicas, realizar investimentos necessários nas unidades de maior complexidade.
7. Estimular mais ações comunitárias e intersetoriais.
8. Aprimorar e aumentar o processo de capacitação para os profissionais das ESFs.

Uma avaliação realizada com os médicos e enfermeiros que trabalham no PSF construiu um perfil destes profissionais, identificando fatores comuns entre eles e áreas para

formação adicional (Ministério da Saúde, 2000). Os resultados principais desta avaliação são sintetizados a seguir.

Entre os médicos entrevistados observou-se que:

- 55,9% eram homens, tinham em média 39 anos de idade e 12 de formado, graduaram-se em escola de medicina de natureza pública (73,8%); 37,2% fizeram curso de residência médica (sendo a pediatria, a medicina geral comunitária e a gineco-obstetrícia as principais especialidades escolhidas); 39,5% fizeram outro curso de especialização; e 23,6% têm título de especialista.
- A maioria sentia necessidade de aprimoramento profissional, preferindo os cursos de capacitação de curta duração e os de especialização como forma de aprimoramento, sendo que 56,2% escolheram medicina interna, medicina geral comunitária e pediatria como área de atuação.
- 42,6% tinha tempo médio de trabalho no PSF de menos de um ano e 40,5% tinham contrato de trabalho temporário, carga horária de trabalho semanal de 35-40 horas, com renda média de cerca de US$2.229,00; 45,5% possuíam outro vínculo empregatício no setor público e cerca de 20% já haviam atuado em PSF de outro município.
- 69,3% avaliavam as condições de trabalho como desfavoráveis e 67,9% consideravam a atividade profissional desgastante, mas a relação entre os membros da equipe era tida como boa ou excelente por 82,4% e o futuro do PSF é visto com otimismo por mais da metade desses profissionais.

Entre os enfermeiros entrevistados constatou-se que:

- 90,6% eram mulheres, têm em média 34 anos de idade e 8 de formadas e 70,7% graduaram-se em escola de enfermagem de natureza pública. Apenas 37,1% fizeram habilitação profissional nas especialidades de enfermagem em saúde pública, obstétrica ou médico-cirúrgica; e 35,5% fizeram um curso de especialização, sendo que 19,2% têm título de especialista.
- Também sentiam necessidade de aprimoramento profissional, sendo os cursos preferidos os de especialização e pós-graduação estrito senso (mestrado/doutorado), como forma de aprimoramento; e 33,5% trabalhavam na área de enfermagem em saúde pública e enfermagem em unidades de saúde.
- 44,0% atuavam no PSF há menos de um ano, sendo 38,9% com contrato temporário, carga horária de trabalho semanal de 35-40 horas e renda média de US$1.123,00; 25,8% possuíam outro vínculo empregatício no setor público e 17,3% já haviam atuado em PSF de outro município.
- 62,0% avaliavam as condições de trabalho como desfavoráveis e 58,9% consideravam a atividade profissional desgastante, mas a relação entre os membros da equipe

era tida como boa/excelente por 83,2% e o futuro do PSF era visto com otimismo por mais da metade desses profissionais.

Existe ainda uma pesquisa que pretendeu conhecer e avaliar a opinião do gestor municipal sobre algumas dimensões consideradas importantes no PSF (Machado, 2000). Nesse estudo foram entrevistados cerca de 200 gestores de cidades de diferentes portes, em distintas unidades da federação de todo o país. Os principais resultados foram:

1. O PSF é considerado uma estratégia que conseguiu ser implementada principalmente nos municípios do interior do país, mais especificamente das cidades de menos de 50.000 habitantes das regiões Nordeste (Ceará e Pernambuco) e Sudeste (Minas Gerais e São Paulo).
2. A percepção do PSF, sob a ótica do gestor municipal, é positiva, pois, na sua visão, o Programa presta assistência de qualidade às famílias, possibilitará a mudança do modelo assistencial, com reorganização dos serviços, e permite o desenvolvimento de ações básicas/preventivas.
3. A equipe de saúde da família preconizada pelo Ministério da Saúde é considerada "ideal" pela maioria dos gestores. Entretanto, a metade deles refere que, dependendo da situação do município, um odontólogo e um assistente social deveriam ser incluídos na equipe.
4. As especialidades médicas consideradas fundamentais para o que o PSF se propõe são medicina interna, pediatria e ginecologia/obstetrícia. Em relação à enfermagem, deveria contemplar principalmente profissionais com formação em saúde pública e enfermagem obstétrica.
5. Para melhor capacitação profissional, seja devido à deficiência da graduação ou porque existe dificuldade de se encontrar um profissional "generalista" no mercado, os gestores são favoráveis à criação de Cursos de Especialização em Saúde da Família e de Programas de Residência do tipo multiprofissional.

Segundo essa pesquisa, os avanços obtidos com o PSF *vis a vis* os desafios a serem enfrentados podem ser sintetizados como no Quadro 1.

Quadro 1 – Avanços obtidos com o PSF e desafios a serem enfrentados

Avanços	Desafios
1. Maior acesso aos serviços de saúde 2. Melhoria na qualidade do atendimento 3. Atendimento de demanda organizada 4. Vínculo da equipe com a comunidade 5. Aumento da satisfação dos usuários 6. Trabalho em equipe 7. Maior resolutividade dos serviços de saúde 8. Assistência integral 9. Territorialização do atendimento 10. Tratamento domiciliar 11. Economia nas internações	1. Conseguir financiamento adequado que permita ampliação de cobertura 2. Melhorar a referência e contra-referência 3. Melhorar a disponibilidades de médicos 4. Desenvolver ações de avaliação e acompanhamento 5. Resolver o problema legal de contratação dos profissionais 6. Melhorar a capacitação dos profissionais 7. Diminuir a rotatividade de profissionais 8. Incluir novos profissionais na equipe 9. Superar dificuldade de deslocamentos 10. Enfrentar problemas quanto às diferenças salariais e baixos salários dos profissionais 11. Conseguir que o médico e o enfermeiro residam no município do PSF.

Fonte: Machado, 2000.

Uma outra pesquisa foi elaborada para analisar a evolução da implantação do PSF no Brasil (Vieira da Silva & Hartz, 2000). A estratégia metodológica utilizada foi realizar um *estudo ecológico* em municípios brasileiros que implantaram o Programa até dezembro de 2001. Para caracterização do perfil dos municípios foram constituídos quatro grupos, considerando-se o período de implantação do Programa: de 1994 a 1998, 1999, 2000 e 2001.

Os indicadores selecionados para esse estudo foram: a) situação socioeconômica e demográfica dos municípios (taxa de urbanização em 2000; taxa de alfabetização em maiores de 15 anos em 2000); b) Gestão e financiamento do SUS e complexidade da rede de serviços de saúde (percentual de municípios habilitados em gestão plena do sistema em 1999 e 2000; número de consultas médicas especializadas por habitante/ano; número de hospitalizações por local de ocorrência); c) Implantação do PSF (percentual da população coberta pelo PSF em 1998, 1999, 2000 e 2001; percentual da população coberta pelo PACS em 1998, 1999, 2000 e 2001).

Para a execução do projeto, foi desenvolvido um sistema informatizado que permite capturar e compatibilizar dados e indicadores provenientes de diversos sistemas de informação de saúde e criar bases de dados integradas. Segundo os autores, esta ferramenta, desenvolvida pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), além de contribuir para a continuidade dos projetos de avaliação da implantação do PSF no Brasil, seria utilizada para atividades de ensino da instituição e disponibilizada para os gestores de saúde.

Os principais resultados da pesquisa incluem a constatação de:

1. Grande expansão da estratégia de saúde da família, a partir de 1998, com a implantação do PSF em municípios de todas as regiões e estados e a ampliação das respectivas coberturas populacionais nos municípios.
2. Heterogeneidade do processo de implantação nas regiões, iniciando-se pelo Nordeste, Norte e Sudeste, e estendendo-se para o Sul e o Centro-Oeste do país.
3. Progressivo aumento de municípios que implantaram o PSF com elevadas coberturas populacionais, indicando a adoção da estratégia como reorientadora da atenção básica, o que deve ser analisado considerando o porte populacional dos municípios.
4. Adesão precoce dos municípios maiores ao programa, pois grande parte dos municípios de regiões metropolitanas implantou o PSF em 1998, ainda que com baixas coberturas populacionais. A implantação do PSF nesses municípios deveria ser ressaltada devido à sua potencial contribuição à reorientação dos sistemas de saúde em nível regional e estadual, além de que, dado o grande porte populacional desses municípios, mesmo baixas coberturas estão relacionadas a grandes contingentes populacionais.
5. Crescimento da implantação do PSF em municípios com baixas taxas de urbanização no período de 1998 a 2001, sendo que a partir de 2000 a ampliação do PSF envolveu, principalmente, os municípios menores.
6. Implantação do PSF bastante expressiva em municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema de saúde.
7. Implantação prioritária do PSF em municípios com altas coberturas do PACS, principalmente nas regiões Norte e Nordeste.
8. Aumento progressivo, no período 1998 a 2001, da implantação do PSF em municípios com menor complexidade da rede de serviços de saúde, ou seja, municípios que não produziam consultas especializadas e internações.

Escorel *et al*. (2002) analisou os fatores facilitadores e limitantes da implementação do PSF em dez grandes centros urbanos no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a Equipe de Saúde da Família (ESF) e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à sua articulação com a rede de serviços de saúde.

A amostra de municípios selecionados buscou incluir situações diversificadas de implantação do PSF, de forma a detectar o maior número de fatores que facilitavam ou dificultavam o processo. A partir do critério geral de que os municípios tivessem acima de 100.000 habitantes, os demais critérios selecionaram experiências "bem-sucedidas", municípios que apresentavam "dificuldades ou singularidades" e cidades nas quais o

processo encontrava-se em "fase inicial", seja da implantação do programa seja de conversão do modelo de Atenção Básica.

Alguns dos principais resultados incluem elementos de diagnóstico da situação do Programa em nível nacional e uma série de recomendações:

- A implementação do PSF em grandes centros urbanos tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial à saúde que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos, sendo que a forma de financiamento ainda é um dos maiores obstáculos e sua mudança é uma das principais recomendações da pesquisa. As faixas de financiamento do Ministério da Saúde (MS), segundo cobertura municipal do PSF, são adequadas para grandes centros urbanos, mas a quantidade de ESF (e os recursos financeiros para tal) deve ser extremamente elevada para atingir os patamares de cobertura preconizados, pois o incentivo financeiro que o MS fornece aos municípios para o PSF é relacionado à cobertura que a cidade alcança.
- O PSF apresentou melhores resultados onde foi utilizado como "desculpa para mudanças maiores", ou seja, naqueles municípios que fizeram uma reorganização de toda a rede de saúde, incluindo a hospitalar, com a criação de centrais para marcar consultas e internações, além de organizar os encaminhamentos do PSF para os demais níveis de assistência. Os municípios que fizeram uma expansão muito rápida do programa, praticamente fechando postos de saúde e substituindo-os pelas ESF, tiveram problemas, como o caso de São Gonçalo (Rio de Janeiro). O modelo anterior, de postos de saúde com atendimento tradicional, foi destruído e as equipes não supriram a demanda da população anteriormente atendida nessas unidades. Sendo assim, ainda que o estudo recomende começar a implantação de forma paulatina, chama a atenção para que a substituição não crie "territórios sem atendimento". É recomendável criar ou fortalecer mecanismos de integração da rede municipal de serviços de saúde – centrais informatizadas de marcação de atendimento especializado e de regulação de internações; estabelecer protocolos de atenção para evitar o uso desnecessário de procedimentos mais complexos; e estimular os especialistas a realizarem a contra-referência para as ESF, ampliando a comunicação entre as equipes e serviços de referência.
- A criação de um "segundo nível de complexidade da AB", constituído por especialistas nas clínicas básicas e outras selecionadas, conforme o perfil local de necessidades, possibilitaria a interconsulta, o aumento da resolutividade, a constituição da Unidade de Saúde da Família (USF) como porta de entrada no sistema local de saúde e a integração da rede de serviços. No caso de conversão de grandes

unidades básicas preexistentes, em áreas com elevada densidade demográfica, esse segundo nível poderia ser instalado na mesma unidade de saúde com ESF. Recomenda-se ainda a redefinição dos papéis das "especialidades básicas", para qualificar a referência, e a intensificação das atividades de supervisão, a partir de capacitação específica. Ou seja, a constituição de um sistema integrado de serviços de saúde exige investimentos nos demais níveis de complexidade e não apenas na atenção básica.

- No início de processos de implantação é mais favorável delimitar regiões e nelas integrar as USF aos demais serviços existentes, expandindo posteriormente para outras regiões. Nos grandes centros urbanos, com ampla capacidade instalada nas unidades básicas de saúde (UBS), é recomendável a adaptação dessas unidades para abrigar um determinado número de ESF (até quatro no máximo), propiciando o aumento da qualidade da atenção, devido ao maior intercâmbio entre os profissionais (interconsulta) e maior eficiência no uso de recursos compartilhados.
- A mudança no modelo assistencial, centrada na programação de atividades para grupos de risco e na oferta organizada, assim como na organização da demanda, confronta-se com as demandas individuais por assistência. A adequação entre resposta às necessidades individuais e coletivas é um importante nó crítico da estratégia de Saúde da Família que necessita ser equacionado. Estratégias de acolhimento podem propiciar a desejada articulação, reduzindo barreiras de acesso, percebidas pelas famílias pesquisadas, e contribuindo para o estabelecimento da USF como porta de entrada ou primeiro contato regular.
- A realização das atividades preconizadas para as ESF — educacionais e assistenciais, individuais e em grupo, domiciliares e intersetoriais — exige a redução do número de famílias adscritas por equipe.
- É recomendável estimular a atuação intersetorial das ESF, que é facilitada quando gestores setoriais e o executivo municipal trabalham na perspectiva de articular as intervenções para solução de problemas. A ação intersetorial exige capacitação em relação aos condicionantes do estado de saúde da população.
- Devido a enorme diversidade das populações em grandes centros urbanos, a diretriz da universalidade de cobertura do PSF exige a construção de estratégias específicas para incentivar a utilização desses serviços por grupos de renda mais alta, pois, o que se observa é que a população atendida pelo PSF é caracterizada por ser a mais vulnerável e pertencente a grupos socioeconômicos mais desfavorecidos, podendo-se considerar que a estratégia de Saúde da Família promove expansão de cobertura para esses grupos e, potencialmente, contribui para a maior inclusão social.

Destaca-se ainda que:

- Nas grandes cidades é necessário estudar a possibilidade de as equipes atuarem em locais próximos ao local de trabalho da população adscrita ou estender o horário de atendimento além do convencional, pois a adscrição domiciliar dificulta a provisão de assistência para trabalhadores que, em geral, têm seu lugar de trabalho distante do local de moradia. É recomendável estudar a possibilidade de adscrição por área/local de trabalho ou por meio de "inscrição individual" em USFs próximas aos locais de trabalho. Os autores não esclarecem, entretanto, como ficaria a questão da orientação para a comunidade e o trabalho comunitário nesse tipo de adscrição, elementos fundamentais da AB.
- A adscrição das famílias às ESF deve dar mais ênfase ao vínculo de responsabilidade entre profissionais/população e menos à distribuição formal da população por equipes, pois é necessário organizar os serviços a partir da lógica da população e não apenas da lógica técnica ou dos profissionais.
- O índice de aprovação do trabalho dos agentes comunitários foi de 90%, sendo que a maior parte das famílias relatou que, antes do programa, não tinha acesso a nenhum serviço de saúde. Em cidades como Aracaju (SE) e Camaragibe (PE) as taxas dos que diziam que suas condições de saúde tinham melhorado com o PSF estavam em torno de 80%.
- As principais queixas foram relacionadas à falta de alguns profissionais, como dentistas, pois não houve implantação de programas de saúde bucal vinculados ao PSF na mesma velocidade de outros programas (ou atenção) prioritários (as). Sendo assim, recomenda-se incentivar a implantação de equipes de saúde bucal (ESB) e reavaliar a proporção entre os dois tipos de equipe. O estudo demonstra que a implantação da ESB em grandes centros é ainda incipiente, necessitando de uma avaliação mais detalhada das questões que estão interferindo nesse processo.

Constata-se a existência de resistências por parte de importantes atores, especialmente nas experiências em que se partiu da substituição da rede básica, anteriormente estruturada, pelo PSF, o que exige estratégias abrangentes de ampliação da base de apoio ao programa, com processos de discussão e negociação prévios e periódicos, seja entre gerentes da SMS e profissionais de saúde, seja na mobilização da população, diminuindo as dificuldades e conquistando maior legitimidade. No âmbito profissional, uma área onde esses processos são particularmente críticos é a interface de trabalho entre os médicos, pessoal de enfermagem ou auxiliares e os ACS. Sendo assim, recomenda-se:

- Estabelecer processos de negociação com a corporação médica e de enfermagem para construir consenso sobre os respectivos campos de exercício profissional, de

forma a ampliar as áreas de atuação desses profissionais. Por outro lado, os meios de comunicação e de publicidade instituídos devem, além de prestar informações para a população, difundir a importância das atividades realizadas pelos ACS e demais integrantes das ESF, como forma de fortalecer o vínculo e criar socialmente uma imagem positiva do trabalho desses profissionais no PSF. Além disso, é recomendável estimular a regularidade mensal das visitas domiciliares por ACS, o que exige a redução do número de famílias sob sua responsabilidade.

- Estimular atividades em grupo como forma de criar vínculos de apoio social entre os integrantes das equipes e informar sobre assuntos técnicos/atividades comuns (prevenção de doenças e cuidados com a saúde). A participação dos ACS nas atividades de grupo contribuiria para a sua capacitação e a constituição desses grupos deve ser orientada pelo perfil epidemiológico local.

A estratégia da Saúde da Família, intensiva em força de trabalho, encontra obstáculos na sua implementação que fragilizam o processo de mudança do modelo assistencial. Vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favoreceriam a maior adesão dos profissionais e a formação de vínculos mais sólidos com as comunidades. Por outro lado, recomenda-se:

- É necessário considerar a possibilidade de incentivos que apóiem a redução da rotatividade dos profissionais e consolidem as ESF implantadas. Por exemplo, a criação de incentivos salariais para ESF que atuem em áreas de maior risco social e epidemiológico possibilitaria, talvez, maior permanência dos profissionais nessas áreas.
- Aprimorar o processo de capacitação, garantindo que todos os profissionais realizem o treinamento introdutório, superando a fragmentação programática do conhecimento e articulando na capacitação permanente os aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais, além de estratégias de humanização do atendimento.
- É recomendável também ampliar as responsabilidades e a capacitação de ESF para o acompanhamento de doentes crônicos, tendo em vista a alta proporção de famílias com portadores dessas enfermidades. A função do médico generalista como "coordenador" dos cuidados ao doente crônico deve ser reforçada por meio da melhoria da comunicação entre a ESF e especialistas.

As percepções das famílias sobre os problemas da comunidade guardaram grande coerência com as características domiciliares (condições de vida) e municipais. É recomendável, portanto, enfatizar a realização periódica e uso rotineiro do diagnóstico de saúde, estimulando a participação da população na sua elaboração. Além disso, considerando

a importância das causas externas no perfil epidemiológico das populações de grandes centros urbanos, é recomendável incorporar, ao desenho do modelo assistencial, ações de promoção de saúde relacionadas com esses agravos direcionadas aos adolescentes e adultos jovens.

É preciso fortalecer também o papel desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde nas políticas de saúde em geral e na reestruturação do sistema municipal de saúde e incentivar a criação de Conselhos Locais de Saúde, visando ampliar a participação da população e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade na implementação do PSF.

E, finalmente, os autores referem que é necessário buscar a articulação dos diversos sistemas de informação que possibilite melhor comunicação entre eles, racionalizando o processo de coleta e análise dos dados necessários ao acompanhamento e avaliação do PSF.

Por fim, apenas um dos estudos revisados nesta pesquisa – Vianna & Pierantoni, 2002 – se propõe a desenvolver indicadores para monitoramento do processo de implantação e consolidação do PSF no Brasil e integra o Projeto de Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família no Brasil, financiado pelo Ministério da Saúde, com recursos do Projeto Reforsus (financiado pelo Banco Mundial).

Os objetivos gerais desse trabalho foram: a) avaliar comparativamente o processo de implantação do PSF nos grandes municípios (mais de 100 mil hab.) e seu desempenho na atenção básica; e b) subsidiar a construção de uma proposta de monitoramento da implantação do PSF nesses municípios, levando em consideração as particularidades dos respectivos modelos de atenção básica e do PSF. Os objetivos específicos foram: a) conhecer o modo de funcionamento dos sistemas municipais de saúde nesses municípios e o papel do PSF na (re)organização da atenção básica; b) identificar os principais problemas/obstáculos para a (re)organização da atenção básica e a integração dos distintos níveis de assistência; c) criar indicadores de monitoramento do processo de implantação do PSF nesses municípios; e d) formular recomendações para o aperfeiçoamento do processo de implantação do PSF nesse universo particular.

As etapas de desenvolvimento da pesquisa incluíram:

1. Criar um banco de indicadores de municípios com mais de 100 mil habitantes com PSF implantado, que totalizava 224 municípios com 100 mil ou mais habitantes, segundo o Censo Demográfico de 2000.
2. Criar dois *clusters* ou tipologia de municípios com e sem implantação do PSF, referentes ao Modelo de Atenção Básica e Modelo do PSF.
3. Aplicar um questionário de autopreenchimento (*survey*) com gestores municipais.

4. Fazer entrevistas semi-estruturadas com coordenadores estaduais do PSF, no universo dos municípios estudados.
5. Elaborar indicadores e recomendações, segundo as variáveis descritivas selecionadas pela pesquisa (região, porte, aprendizado institucional, maturidade do PSF e agrupamentos da Atenção Básica e do PSF).

A análise realizada está dividida em duas partes. A primeira trata da classificação dos 224 municípios com 100.000 ou mais habitantes, segundo padrões do modelo da atenção básica, em 2000. Essa classificação cria seis grupos distintos de municípios segundo a combinação de cinco "fatores sintéticos" (produção e oferta hospitalar, produção ambulatorial na atenção básica, cobertura das consultas e das ações básica, gasto com PAB variável e capacidade instalada ambulatorial). Esses fatores sintéticos são criados usando 15 indicadores de insumos, capacidade instalada, produção, gastos e cobertura. Os dados utilizados são do DATASUS, para cada município, em 2000. Uma técnica estatística (análise multivariada – *factor analysis*[2]) foi empregada para reduzir os 15 indicadores aos cinco fatores sintéticos mencionados. Uma outra técnica (análise de agrupamentos – *cluster analysis*)[3] foi empregada com a finalidade de identificar grupos homogêneos de municípios, permitindo a geração de seis grupos ou tipos de municípios, segundo o Modelo de Atenção Básica, e criando seis grupos de acordo com o padrão de valores nos cinco fatores sintéticos. Essa técnica permitiu a criação dos agrupamentos baseados no valor e na distribuição dos fatores, isto é, os grupos de municípios são determinados pela distribuição dos dados e não por categorias criadas pelos pesquisadores.

Na segunda parte, as mesmas técnicas são empregadas para criar uma tipologia de modelos de PSF. Para isso, foram selecionados os municípios com programas de PSF e que tinham dados disponíveis (136 municípios foram selecionados do total de 162 municípios possíveis). Foram empregados 18 indicadores dos municípios em 2000 para criar quatro fatores sintéticos (gastos do PSF/PACS e cobertura do PSF no total da população, cobertura do PACS no total da população, cobertura do PACS na população cadastrada, cobertura do PSF na população cadastrada). Estes quatro fatores revelaram três agrupamentos distintos dos municípios.

2 A análise fatorial (ou *factor analysis*) consiste numa técnica estatística de análise multivariada que se aplica à identificação de fatores que apontem objetivamente para a agregação de um conjunto de medidas. Ao contrário de um indicador criado por uma composição de variáveis arbitrada pelo pesquisador, os fatores derivados da análise fatorial são dimensões abstratas, ocultas sob um determinado conjunto de medidas.

3 Esta técnica se aplica à determinação de proximidades geométricas entre os elementos estudados dentro de um espaço onde a dimensão é dada pelo número de variáveis existentes. Quando se dispõe de um conjunto de dados multivariados, ou seja, uma matriz de dados com *p* variáveis e *n* elementos e deseja-se identificar padrões de similaridades existentes entre os elementos deste conjunto, é possível utilizar a técnica de análise de agrupamentos para a identificação destes padrões.

As técnicas empregadas na análise elaborada por Vianna & Pierantoni (2002) têm vários pontos positivos. Os agrupamentos e fatores foram criados baseados nos próprios dados secundários dos municípios, ou seja, segundo a variabilidade dos indicadores disponíveis. Para uma proposta de monitoramento, é essencial poder replicar a análise facilmente, permitindo monitorar a dinâmica de melhora ou piora dos indicadores. Sendo assim, o uso de dados secundários disponíveis é o procedimento mais lógico e econômico para tal acompanhamento. E essa metodologia possibilita uma análise mais objetiva do desempenho dos municípios. Registra-se ainda o enorme esforço de produção de conhecimento empreendido nesse trabalho.

Mas identificam-se também algumas limitações, pois não é claramente explicitado um modelo de análise teórico e analítico que justifique as técnicas estatísticas utilizadas e a seleção de indicadores. Aponta-se também fragilidade metodológica nessas técnicas estatísticas, primeiro porque a interpretação dos grupos não utiliza categorias operacionais normalmente empregadas na administração/avaliação de programas sociais; e, segundo, porque apesar das fortalezas consideráveis mencionadas e dos resultados interessantes da pesquisa, como proposta de sistema de monitoramento tem deficiências, tais como: muitos dos indicadores propostos (os fatores sintéticos) são pouco operacionais; os indicadores selecionados não são necessariamente estáveis; a técnica de análise fatorial talvez não seja a melhor para o monitoramento do desenvolvimento de um programa de saúde ao longo do tempo, uma vez que os indicadores sintéticos mudarão sempre que se utilizarem novos dados sobre o programa; e não é demonstrada nenhuma correlação entre os indicadores (fatores sintéticos) e os resultados obtidos pelo programa.

De acordo com avaliação recente do PSF, que leva em consideração alguns desses estudos, (Ministério da Saúde, 2003), os resultados mais importantes dessas pesquisas podem ser assim resumidos: 1) não existem grandes dificuldades na implementação do PSF nos municípios de pequeno porte e sem uma capacidade instalada de AB; 2) há maior dificuldade na implementação do PSF quando se substitui o modelo e a rede tradicional (conversão do modelo); 3) existem vários desafios na inserção e desenvolvimento de recursos humanos; 4) apontam-se dificuldades no monitoramento do processo de implementação, incluindo instrumentos e estratégias para a avaliação de processos e resultados; e 5) identificam-se problemas relacionados com a garantia da integração do PSF aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde.

Para concluir, com base na literatura analisada, existem poucas evidências sobre o impacto da reforma da atenção básica na saúde da população. As evidências existentes estão limitadas às avaliações de ações sobre populações específicas (sobretudo mulheres

e crianças), áreas geográficas delimitadas (cidades, municípios ou estados) e restritas, muitas vezes, à descrição do processo de implantação do PSF no curto prazo. Quase nenhuma pesquisa analisa o sistema de atenção básica como um todo e muitas delas tratam de avaliar o impacto da atenção básica usando indicadores que podem ser sensíveis a muitos fatores externos a esse nível de atenção (como a taxa de mortalidade infantil, que pode variar em função do grau de pobreza, acesso à água potável, educação e renda da mãe entre outros). Por outro lado, são escassas as pesquisas voltadas para avaliação organizacional ou de desempenho dos serviços de atenção básica como um todo.

De acordo com Hill *et al*. (2000:107), *"as evidências sobre a efetividade da atenção primária são muito débeis, embora os estudos de caso sobre a sua implementação sejam mais comuns... Há necessidade urgente de uma compreensão mais clara sobre o impacto da atenção primária na mortalidade e morbidade* [da população atendida] *para evitar decisões políticas equivocadas no futuro"* (tradução livre)[4].

Esta afirmação é corroborada pela revisão da literatura nacional apresentada neste trabalho.

4 ..."*the evidence so far on the effectiveness of PHC is rather slim although case studies of implementations are more common…. There is an urgent need to have a clearer understanding of the impact of comprehensive PHC on mortality and morbidity to avoid erroneous policy decisions in the future*" (Hill *et al*, 2000:107).

IV. MECANISMOS INSTITUCIONAIS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica no Brasil conta com pelo menos dois mecanismos operacionais específicos, instituídos pelo Ministério da Saúde, para o seu monitoramento e avaliação: o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica (Pacto) e o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB).

O Pacto de Indicadores da Atenção Básica é um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços desse nível de atenção e foi criado com a intenção de avaliar o alcance das modificações introduzidas na atenção básica (PACS, PSF, PAB) e, mais amplamente, o resultado da ação dos serviços de atenção primária nos indicadores epidemiológicos e demográficos da população em nível local.

Pretende-se, através dele, estabelecer formalmente uma negociação entre gestores das três esferas de governo, que tem por objeto metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Ao fim de cada ano, municípios e estados teriam seu desempenho avaliado em função do cumprimento das metas pactuadas (Aquino *et al*, 2000; Medina & Aquino, 2002).

O Pacto foi criado em 1999 com o Manual para Organização da Atenção Básica que, entre outros objetivos, definiu as áreas de responsabilidade para o município (Ministério da Saúde, 1999). Tem antecedentes, entretanto, nas portarias ministeriais que acompanharam a implementação da NOB 1996. Adotado nacionalmente no período de 1999 a 2002, o processo de pactuação tem sofrido alterações anuais desde então, tanto com relação à forma de condução do monitoramento quanto aos indicadores selecionados para avaliação, e vem sendo reestruturado e normatizado anualmente a partir de portarias do Ministério da Saúde.

Assim, a Portaria nº 3.925 (13/11/1998) instituiu o Manual para Organização da Atenção Básica, que formulava orientações aos gestores municipais do SUS para organização da atenção básica a partir da pactuação de metas entre as três esferas de governo e a definição de indicadores de acompanhamento da sua implementação para 1999; e a Portaria nº 476, de 1999, regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica no Brasil (Brasil, 1998, 1999).

Em 2001, a Portaria nº 1.158 (08/08/2001) definia os componentes que seriam utilizados para a avaliação da atenção básica dos municípios:

1. Pacto da Atenção Básica.
2. Alimentação dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.
3. Estrutura da rede física e dos recursos humanos para atenção básica.
4. Produção de serviços nas áreas de atuação estratégica.

A partir de então o Pacto passou a ser considerado o instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica, assim como serviria de base para a construção do processo de qualificação da gestão municipal (NOAS/SUS/2001). Ainda em 2001, a Portaria nº 723 (10/05/2001) regulamentou o processo de pactuação, definindo:

1. A relação de indicadores a serem pactuados pelos estados.
2. A relação de indicadores a serem pactuados pelos municípios com mais de 80.000 habitantes.
3. A relação de indicadores a serem pactuados pelos municípios com menos de 80.000 habitantes.

O sistema foi desenhado para ser alimentado em nível municipal. Para a avaliação, os municípios e estados devem utilizar o aplicativo SisPacto2004, que é disponibilizado em forma eletrônica, anualmente, no *site* www.saude.gov.br/pacto2004, onde se encontra também a Planilha de Avaliação que deve ser utilizada.

Os indicadores propostos na Portaria nº 723/2001 foram modificados pela Portaria nº 1.121 (17/06/2002) que define também os seguintes componentes da avaliação: 1) avaliação do cumprimento das metas propostas pelo gestor municipal para o ano anterior (portanto, diferentes para cada município); 2) alimentação dos sistemas nacionais de informação em saúde (SIA/SUS, SIH/SUS, SINAN, SINASC, SIM, SI-PNI, SIAB); 3) descrição da estrutura da rede física e dos recursos humanos para a atenção básica; e 4) produção de serviços nas áreas de atuação estratégicas: População; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Controle da Hipertensão; Controle da Diabetes; Controle da tuberculose; Eliminação da hanseníase; Saúde bucal; Ações Gerais (Gestão).

A Portaria definia ainda todos os procedimentos necessários para a formalização do Pacto, submetidos a determinados procedimentos e prazos de entrega:

- *Para municípios:* avaliação do Pacto de 2001 (Planilha de Avaliação validada), assinada pelo gestor municipal; envio à Secretaria Estadual de Saúde para ser homologada (via eletrônica ou impressa em papel); e definição da estrutura da rede física e dos recursos humanos para a atenção básica.
- *Para estados*: consolidar a avaliação do desempenho do Pacto de Indicadores 2001 e avaliar seu próprio desempenho, segundo metas estabelecidas em 2001;

imprimir relatórios assinados pelo gestor estadual e pelo Presidente do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde; enviar ao Ministério da Saúde (*on line* ou papel) para homologação; e enviar ao Ministério da Saúde a Planilha de Avaliação Estadual do Pacto 2001.

Os indicadores de avaliação do Pacto vem sendo revistos ano a ano, desde 2001, segundo os eixos da Agenda Nacional de Prioridades, definida pelo Ministério da Saúde no mesmo ano, estabelecendo-se um número definido de indicadores para os municípios, estados e para o país como um todo.

Além das áreas de atuação estratégica mencionadas, estabeleceram-se também alguns procedimentos marcadores específicos (glicemia capilar para diabetes, inalação/nebulização; aplicação da 3ª dose de DPT; coleta de CCO para mulheres). E, para assegurar a manutenção da habilitação, os municípios deveriam cumprir no mínimo 80% das metas fixadas para todos os indicadores.

Os indicadores são calculados a partir das bases nacionais dos diversos sistemas de informação do Ministério da Saúde, censos e estimativas populacionais. Eventualmente, as bases de dados locais dos estados e municípios podem estar mais atualizadas que as bases nacionais, podendo existir diferenças entre os indicadores disponibilizados e os calculados pelos estados e municípios.

Em 2003, as Portarias nº 456 (16/04/2003) e nº 2.394 (19/12/2003) reafirmam que o Pacto é a base para negociação de metas, com vistas a estabelecer mecanismos e fluxos para pactuação e avaliação de desempenho dos sistemas de atenção básica e da situação de saúde da população, tendo sido proposta a criação de um Grupo de Trabalho no Ministério da Saúde para negociação das metas a serem pactuadas nacionalmente. Ainda em 2003, foi criada a Comissão de Avaliação da Atenção Básica (Portaria nº 676, de 04/06/2003), com os seguintes objetivos: definir critérios, mecanismos e fluxos para avaliação da atenção básica, de acordo com a NOAS-SUS 01/2002; elencar um número básico de indicadores para acompanhamento efetivo e avaliação da atenção básica nos municípios; identificar todos os setores do Ministério da Saúde e instrumentos para acompanhamento da atenção básica; e elaborar estratégias para integração e unificação dos processos de controle, acompanhamento e avaliação da atenção básica. O relatório final da Comissão (de outubro de 2003) reitera os indicadores atuais do Pacto e propõe mecanismos para o seu fortalecimento e dinamização, a serem utilizados como instrumento de gestão, articulados aos demais instrumentos existentes de programação, avaliação e acompanhamento. Propõe-se também apoio técnico e supervisão aos municípios no processo de pactuação, o que é extremamente bem-vindo, dadas as deficiências analisadas a seguir.

Em 2004, o Pacto continha 47 indicadores específicos divididos entre as áreas de atuação mencionadas. O número absoluto de indicadores tem mudado anualmente, de forma importante, estabilizando, entretanto a partir de 2003. A disponibilidade dos dados tem variado ano a ano, mas em geral tem melhorado, e a maioria deles está disponível em nível municipal e estadual. Apesar disso, nenhum indicador está disponível para todos os anos.

Embora existam no Brasil experiências de avaliação de desempenho ou de monitoramento do funcionamento dos sistemas de saúde, não existe nenhuma iniciativa governamental coordenada nacionalmente no sentido de avaliar o impacto na saúde da população do desempenho do sistema de saúde em seu conjunto. Além disso, várias iniciativas locais, levadas adiante principalmente pelas Secretarias Municipais de Saúde, se situam no plano da avaliação do processo de descentralização ou de programas específicos, mas o acesso a esses trabalhos não é fácil, uma vez que nem sempre estão disponíveis para consulta, seja por documentos escritos ou eletrônicos (PRO-ADESS, 2003). Em âmbito federal, o Pacto da Atenção Básica talvez seja a iniciativa mais próxima de desenho de um instrumento de avaliação de desempenho que abarque pelo menos um determinado âmbito do SUS.

A avaliação do Pacto para o período 1996-2003, realizada neste trabalho, permite algumas considerações sobre a validade desse instrumento para o cumprimento dos objetivos propostos:

1. O Pacto é um instrumento ambicioso, que possibilita uma visão panorâmica, ampla, sobre o sistema de atenção básica, mas ainda apresenta muitos problemas.
2. Pretende desenvolver indicadores de longo prazo (séries históricas) que permitam identificar necessidades de mudanças na atenção básica. Mas os indicadores têm mudado de um ano a outro, alguns têm diferentes definições e não estão disponíveis para todos os anos.
3. Utiliza os sistemas de informação existentes, tentando articular as distintas fontes num único sistema de monitoramento (SIMPACTO), mas se ressente com os problemas próprios desses sistemas.
4. A qualidade técnica do Pacto tem melhorado ao longo dos anos, sobretudo nas regulamentações que descrevem a conceituação, interpretação, uso e limitações dos indicadores incluídos. Entretanto, essa documentação define os indicadores (fórmula), mas não indica claramente por que esses indicadores foram escolhidos e não outros. As explicações sobre o uso e interpretação dos indicadores são pouco claras. Por exemplo, não se indica que alguns indicadores são *proxies* de acesso, de resultado, de qualidade etc.

5. Os indicadores estão disponíveis principalmente por meio eletrônico e o programa é de fácil manejo. Entretanto, os dados utilizados para o cálculo dos indicadores nem sempre estão disponíveis, fazendo com que o nível local dependa do nível central para verificação e análise da informação e construção dos indicadores. Sendo assim, muitos dados primários recolhidos em nível local permanecem sem ser analisados ou utilizados porque não estão incluídos nos indicadores definidos pelo nível federal.
6. Muitos dados não estão disponíveis de maneira desagregada (por sexo, grupos sociais, idade, etnia etc), o que dificulta a análise da questão eqüidade. Embora inclua dimensões distributivas (homogeneidade da cobertura vacinal), geográficas (por município) ou ainda de acesso por grupo populacional, não inclui indicadores de eqüidade.
7. A maioria dos indicadores são bem conhecidos como válidos para medir aspectos críticos dos sistemas de saúde. Mas são poucos os indicadores de processo (importante para esse tipo de avaliação) e de resultado (mesmo *proxies*). Para alguns deles existe pouca evidência científica sobre sua validade e confiabilidade.
8. O Pacto foi concebido como uma ferramenta para ser utilizada por gestores de todos os níveis, estando disponível também em nível local, mas não há evidência clara sobre o uso dos indicadores do Pacto no cotidiano dos gestores, no processo de tomada de decisões, principalmente pelas dificuldades de sua confecção e as fragilidades mencionadas. As avaliações disponíveis e os nossos resultados sugerem que ainda não é usado com essa finalidade pela maioria dos gestores em nível local.
9. Para o Pacto tornar-se uma ferramenta de gestão, necessitaria ainda algumas mudanças na formulação dos indicadores:
    - elaborar um marco conceitual e operacional que estabeleça e evidencie as relações entre variáveis sobre a melhora da quantidade e qualidade dos serviços e os resultados na saúde da população;
    - definir indicadores relacionados às funções específicas da atenção básica como vínculo, elenco de serviços, coordenação, porta de entrada, entre outras;
    - focalizar mais nos indicadores específicos da atenção básica (ou sensíveis a esse nível de atenção).

Em síntese, o Pacto ainda não pode ser considerado um sistema de avaliação de desempenho, nem permite pesquisas detalhadas. É uma ferramenta que possibilita ter uma idéia geral dos serviços de atenção básica. Permite também gerar hipóteses sobre possíveis problemas existentes, mas não fornece elementos para formular respostas a

esses problemas, nem para definir "correções de rota". Necessita também melhor desenvolvimento técnico em termos de formulação (em nível federal) e de capacidade de implementação (em nível estadual e municipal).

O SIAB, por sua vez, foi criado em 1998, como uma ampliação do Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (SIPACS). É um sistema de informação que coleta e organiza informações sobre cada usuário do PSF ou PACS e é territorializado, baseado no cadastro populacional que permite o acompanhamento das famílias e as ações dos agentes comunitários e das equipes PSF (Medina & Aquino, 2002). Inclui indicadores sociais e demográficos, indicadores de procedimentos, inclusive visitas domiciliares e consultas médicas, e indicadores de morbidade e mortalidade. Assim, é um sistema de informações complexo que oferece muitas possibilidades de monitoramento, avaliação e pesquisa, mas, até o momento, esta potencialidade não tem sido bem explorada na avaliação do sistema (Medina & Aquino, 2002). Por esses motivos o Ministério da Saúde, juntamente com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), iniciou um processo para reformular o SIAB, ampliando a abrangência do sistema, para que seja mais efetivo no monitoramento do conjunto de ações desenvolvidas em unidades de atenção básica, sejam elas referidas a equipes do PSF ou não (Ministério da Saúde, 2003).

Concluindo, a necessidade de instrumentos ágeis e efetivos para uma avaliação organizacional e de desempenho da AB em nível local é confirmada pela revisão da literatura disponível e dos instrumentos governamentais existentes.

V. METODOLOGIA

O estudo foi realizado no Município de Petrópolis, localizado a duas horas da cidade do Rio de Janeiro. Esse município foi escolhido para testar a metodologia pela facilidade de acesso, por ser de médio porte, com população diversificada e por ter um sistema local de saúde com razoável tradição histórica no desenvolvimento da atenção básica. O PSF funcionava no município há cerca de cinco anos, em algumas localidades, sendo que desde 2003 está em processo de expansão e implantação de novas equipes; e as unidades básicas tradicionais funcionam regularmente em todo o município há algumas décadas. Os serviços públicos de atenção básica atendem cerca de 75% dos estratos mais pobres da população que não possuem planos privados de saúde (PAHO, 2000).

Além disso, os principais gestores do sistema de saúde no município foram muito receptivos à avaliação proposta pela pesquisa.

A. Medidas

Esta avaliação foi realizada a partir da adaptação de instrumentos componentes do *Primary Care Assessment Tool (PCAT),* formulados e validados para avaliar os aspectos críticos da atenção primária em países industrializados, como EUA e Canadá, desenvolvidos na Universidade de Johns Hopkins (Starfield 2000; 1998). Os instrumentos e a metodologia proposta foram utilizados para medir os aspectos críticos dos serviços de atenção primária nos países europeus. Pesquisadores norte-americanos demonstraram que esses instrumentos possibilitaram medir as dimensões essenciais da atenção básica de maneira válida e confiável (Shi *et al.*, 2001).

Com base nos trabalhos de Starfield (1992 e 1998) e na literatura disponível que discute a meta de "Saúde para Todos no Ano 2000", elaboramos uma lista dos principais atributos (ou dimensões essenciais) da atenção básica a ser utilizada na proposta de avaliação trabalhada nesta pesquisa (Quadro 2).

Chamamos a atenção que as dimensões "Elenco de serviços" (*comprehensiveness*, no termo original utilizado por Starfield) e "Coordenação" integram elementos que, na conceituação brasileira, são considerados como parte do termo "integralidade" definido por Pinheiro & Matos (2001, 2003 e 2004), entre outros autores. Esse termo, entretanto, não tem um correspondente evidente na literatura internacional e preferimos manter os conceitos das dimensões trabalhadas por Starfield (1992 e 1998). Por outro lado, a dimensão "Formação profissional", definida no quadro a seguir, não integra o elenco de

dimensões trabalhado por Starfield, mas foi considerada importante nesta avaliação, seja porque existem programas específicos de capacitação para profissionais que atuam neste âmbito da atenção (como os Pólos de Capacitação do PSF), seja porque a "mudança do modelo assistencial" a partir da priorização da atenção básica, preconizada pela política nacional de saúde, exige transformações importantes no processo de trabalho nas unidades desse nível de atenção, o que implica formação profissional específica. Sendo assim, consideramos que é um importante requisito para o alcance de uma boa atenção básica.

A aplicação desta metodologia teve como objetivo estabelecer a sua validade, aperfeiçoar os instrumentos, adaptando-os à realidade brasileira, testar sua aplicação, comparar as repostas dos informantes-chave com dados rotineiros existentes e com uma enquete de usuários dos serviços de AB. Embora essa metodologia já tenha sido aplicada em outros países latino-americanos, ainda não havia sido utilizada no contexto brasileiro.

Quadro 2 – Definições das dimensões essenciais da atenção básica em saúde

Dimensão	Definição
Acesso	Envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso (Starfield *et al.*, 2003: 60).
Porta de Entrada	Implica acesso e uso do serviço de AB a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (Starfield *et al.*, 2003:61), sempre como o primeiro atendimento procurado, excepto nos casos de urgência.
Vínculo (ou *longitudinality*)	Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Assim a unidade de atenção primária deve ser capaz de identificar a população adscrita, bem como os indivíduos dessa população, que deveriam receber atendimento na unidade, exceto quando for necessário realizar consulta especializada ou fazer um encaminhamento. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde (Starfield *et al.*, 2003:62).
Elenco de serviços (*comprehensiveness*)	Implica que as unidades de atenção primária devem estabelecer arranjos para que o paciente receba todo tipo de serviço de atenção à saúde que necessite. Isso inclui o elenco de serviços que a unidade oferece e encaminhamentos para consultas especializadas (nível secundário), serviços terciários, internação domiciliar e outros serviços comunitários (Starfield *et al.*, 2003:62).

Dimensão	Definição
Coordenação (ou integração dos serviços)	Pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas anteriores e novos. Inclui ainda o encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados. Por exemplo, os problemas observados em consultas anteriores ou pelos quais houve algum encaminhamento para outros profissionais especializados deveriam ser avaliados nas consultas subseqüentes (Starfield *et al.*, 2003:63).
Enfoque familiar	Pressupõe a consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento do desafio dos recursos familiares limitados. Resulta do alcance do elenco de serviços e da coordenação. (Starfield *et al.*, 2003:487).
Orientação para a comunidade	Implica o reconhecimento de que todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração (Starfield *et al.*, 2003:489).
Formação profissional	Pressupõe que a atenção básica seja uma área de "especialização" que requer formação específica. Requer que os profissionais de saúde sejam capacitados para desempenhar suas funções segundo as dimensões mencionadas anteriormente.

A pesquisa foi realizada em duas etapas.

Primeira etapa:

Foram elaboradas duas versões do instrumento (questionário), traduzidas do espanhol para o português e adaptadas à realidade brasileira: uma para uso com os informantes-chave das unidades de atenção básica e a outra para os informantes-chave da SMS. Cada instrumento contém cerca de 90 perguntas (92 o de profissionais e 94 o dos gestores) específicas sobre as dimensões essenciais da atenção básica mencionadas anteriormente. Essas perguntas correspondem a indicadores utilizados nas pesquisas e experiências internacionais de avaliação da atenção básica. Alguns indicadores foram modificados em relação aos originais do questionário *PCAT*, para melhor refletir a realidade local, no contexto brasileiro. Por exemplo, foi modificada a lista de serviços oferecidos na atenção básica para espelhar as prioridades da política nacional e local, além do perfil epidemiológico da população.

O entrevistado respondeu cada pergunta segundo uma escala de possibilidades preestabelecida, à qual se atribuiu um valor entre zero e cinco. As respostas foram somadas e o valor médio das respostas de todas as perguntas para cada dimensão foi

calculado para cada pessoa entrevistada. As respostas foram então analisadas individualmente e também por tipo de programa (PSF ou unidade de saúde tradicional). Como as perguntas e as escalas são iguais para todos os entrevistados foi possível a comparação entre diferentes tipos de unidades de saúde (PSF e UBS tradicional) e entre entrevistados (profissionais e gestores) (ver questionários no Anexo X).

Segunda etapa:

Foi feita a tradução do inglês para o português do instrumento do *Primary Care Assessment Tool*, voltado para a enquete de usuários dos serviços de atenção básica, e a adaptação das perguntas à realidade nacional e local. Registra-se que o instrumento original do *PCAT* para usuários dos serviços é constituído de dois questionários separados – um para adultos e outro para os pais das crianças atendidas (ou acompanhantes). Para tentar simplificar o instrumento, nesta pesquisa, incluiu-se num único questionário perguntas referentes a três grupos – acompanhantes de crianças, acompanhantes de incapacitados e usuários adultos – o que se mostrou problemático na enquete, como veremos mais adiante. A recomendação explícita, depois da realização do trabalho de campo, foi utilizar dois questionários diferentes – um para os acompanhantes (de crianças ou incapacitados) e outro para usuários adultos.

O questionário para usuários contém cerca de 100 perguntas, a maioria delas utilizadas no questionário para profissionais e gestores de saúde, nas mesmas dimensões essenciais da AB selecionadas, mas incluiu também algumas perguntas sobre demografia e saúde do usuário, resultando em um total de 107 perguntas no questionário para adultos e 110 no questionário para os acompanhantes. Os dados demográficos e socioeconômicos foram incluídos para poder cruzar essas informações com aquelas da experiência do cliente no momento da atenção. Alguns indicadores foram revistos ou modificados para melhor refletir o contexto brasileiro. Como na primeira etapa, as respostas a cada pergunta tiveram um valor entre zero e cinco. Mas foram adicionadas duas opções – "não sabe" e "recusa responder" – para captar todas as possibilidades nas entrevistas com usuários dos serviços (ver questionários no Anexo X).

Da mesma forma que anteriormente, as respostas foram somadas e o valor médio de todas as perguntas para cada dimensão foi calculado para cada pessoa entrevistada. Estas respostas foram analisadas individualmente e também segundo o tipo de atenção recebida (PSF ou posto de saúde tradicional). O fato das perguntas e escalas serem praticamente iguais para cada pessoa entrevistada (profissionais, supervisores, gestores e usuários) facilitou a comparação entre diferentes tipos de organização e diferentes fontes de dados.

Finalmente, varias técnicas foram empregadas para poder explicar a escala de respostas e facilitar a entrevista. Para cada entrevistado (seja usuário, profissional ou gestor) foram explicadas as diferentes opções para responder, mostrando-se um pequeno cartão com a escala das opções de resposta graficamente representadas, identificando que era igual a distância relativa entre cada resposta (ver cartão no Anexo I). Também os entrevistadores explicaram para os entrevistados que cada resposta tinha um significado numérico (nunca = 0; quase nunca = 1; algumas vezes = 2; muitas vezes = 3; quase sempre = 4; sempre = 5), que também correspondia ao número de vezes que o evento perguntado aconteceu, numa semana típica.

B. Seleção de entrevistados

Primeira etapa:

Existem dois grupos de informantes-chave entrevistados nesta etapa: o primeiro é constituído pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) que responderam ao questionário sobre a unidade na qual trabalhavam; e o segundo pelos gestores da SMS e supervisores do PSF e das UBS tradicionais. O primeiro grupo foi composto a partir do censo das unidades de AB no Município de Petrópolis, Rio de Janeiro (unidades do PSF, postos e centros de saúde tradicionais) e o médico ou enfermeiro foi entrevistado em cada unidade. Já os informantes-chave para o nível municipal foram selecionados entre os gestores da SMS e supervisores do PSF e das UBS tradicionais que tivessem pelo menos cinco anos de experiência na Secretaria Municipal de Petrópolis. Estes informantes-chave responderam ao questionário em nível da gestão do município.

Todas as entrevistas foram realizadas por um dos pesquisadores.

Segunda etapa:

Nesta etapa trabalhamos com uma amostra por conglomerados, com o objetivo de selecionar uma amostra que fosse representativa de todos os usuários dos serviços públicos de atenção básica em Petrópolis. Um objetivo adicional do processo de amostragem foi assegurar que todas as unidades de saúde estivessem integradas à amostra. Como existiam somente 40 unidades públicas de AB em Petrópolis, o nosso objetivo foi selecionar, aleatoriamente, o mesmo número de usuários em cada unidade e a amostragem por conglomerados facilitou esse objetivo. Em municípios de maior porte, variações dessa metodologia (amostragem por conglomerados em duas etapas) podem ser aplicadas para, primeiro, selecionar aleatoriamente um número determinado de unidades e, em seguida, selecionar dentro destas unidades um número determinado (conglomerado) de usuários.

Deve-se ressaltar que embora essas técnicas facilitem o planejamento e o trabalho de campo, também requerem cuidados especiais na análise dos dados.

O universo de estudo foi constituído por todos os usuários adultos dos serviços públicos de atenção básica ou acompanhantes adultos de crianças ou incapacitados, também usuários dos serviços. As unidades amostrais foram constituídas pelos postos e centros públicos de saúde que prestam serviços de atenção básica à população de Petrópolis (40 no total), seja no modelo tradicional ou PSF. Os "conglomerados" são grupos de usuários selecionados dentro de cada unidade e embora o processo de seleção seja aleatório, a existência de vários usuários em cada unidade introduz a possibilidade de que existam mais semelhanças entre os usuários de uma determinada unidade do que entre usuários de unidades distintas. Por isso, é necessário efetuar o controle desta "correlação intraclasse" na amostra e nas análises.

O cálculo da amostra foi elaborado da seguinte forma: primeiro, calculamos a diferença entre a média e o desvio-padrão da escala total de atenção básica (entre 0 e 5) entre os usuários do PSF e os das UBS. Uma vez que o estudo ainda não havia sido realizado, foi necessário selecionar valores prováveis baseados na primeira etapa da pesquisa. Levando-se em consideração o fato de que a pesquisa propõe um teste da metodologia, escolhemos uma gama de valores para representar uma situação em que seria difícil detectar diferenças entre os grupos (ou seja, uma situação em que existissem diferenças pequenas entre os escores e muita variação). Estimamos o tamanho da amostra "simples" com a seguinte fórmula:

$$\frac{4\left(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta}\right)^2}{\left(\frac{\delta}{\sigma}\right)^2}$$

Onde:
$Z_{(1-\alpha/2)}$ = valor da distribuição normal correspondente à probabilidade de um erro tipo 1 (0.05);
$Z_{(1-\beta)}$ = valor da distribuição normal correspondente à probabilidade de erro tipo 2 (0.8);
δ = diferença entre o valor médio da escala total de atenção básica PSF-UBS; e
σ = desvio-padrão das médias

Para controlar a correlação intraclasse foi necessário multiplicar essa fórmula pelo "*design effect*" (efeito do desenho de projeto) usando a seguinte fórmula:

$$1 + \rho\ (m-1)$$

Onde:
ρ = correlação intraclasse; e
m = número de observações por conglomerado.

Como não sabíamos ainda o valor da correlação intraclasse, selecionamos uma variedade de valores possíveis. Para calcular as estimativas, empregamos o programa de estatística Stata 8.0 (usando os comandos sampsi e sampclus).

A Tabela 1 mostra os tamanhos necessários para uma amostra representativa. Com base nas informações obtidas na primeira etapa da pesquisa, a amostra conservadora incluiria 480 pessoas, o que corresponde a 12 pessoas por unidade.

Tabela 1 – Estimativas do Tamanho da Amostra por Conglomerados(*)

Diferença estimada entre valor médio da escala total de atenção básica PSF-UBS (δ)	Desvio-padrão (σ)	Coeficiente de Correlação (ρ)	Nº de unidades	Nº entrevistados por unidade (m)	Tamanho mínimo da amostra (n)
0,5	1	0,10	40	5	200
0,5	1	0,20	40	7	280
0,5	1	0,25	40	12	480
0,5	1	0,30	40	41	1640

(*) $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.80$

A técnica utilizada para a seleção dos entrevistados foi a seguinte: uma tabela de números aleatórios foi empregada para gerar a "janela da amostra" em cada unidade. Antes de iniciar as entrevistas, os entrevistadores receberam a lista de unidades e o número aleatório da amostra para cada uma. Ao chegar a cada unidade, os entrevistadores identificavam o começo da fila e começavam entrevistar a enésima pessoa na fila, segundo o número aleatório correspondente. Quando terminavam a entrevista, passavam para a próxima enésima pessoa na fila, continuando assim até completar a amostra (seis ou sete entrevistas por unidade, por dia) (Ver tabela de números aleatórios no Anexo II). Para obter uma maior representatividade da população nos usuários entrevistados, cada unidade foi visitada duas vezes, em dois dias consecutivos, totalizando 12 entrevistas em cada serviço.

Foi realizado o treinamento de três entrevistadores para a aplicação do instrumento, especialmente contratados para esse fim e que já tinham experiência com enquetes populacionais na área de saúde[5]. O treinamento incluiu a discussão dos objetivos do

5 Para a realização da enquete populacional foi contratada uma empresa especializada na realização desse tipo de trabalho de campo (PRODEMAN, Universidade Estadual do Rio de Janeiro-UERJ). O trabalho de campo foi coordenado e supervisionado pelos pesquisadores, que também treinaram os entrevistadores, juntamente com a empresa contratada.

questionário; leitura e análise crítica das perguntas; instruções sobre os filtros para seleção do respondente, sobre o Termo de Consentimento e questões éticas da pesquisa; o correto preenchimento das respostas; e os critérios de seleção dos usuários a serem entrevistados, para que fosse garantida a aleatoriedade da amostra.

Integrou o treinamento um pré-teste feito com os próprios pesquisadores, quando também se utilizou o pequeno cartaz com a escala das opções de resposta representada graficamente para facilitar a escolha pelos entrevistados. E o pré-teste final do instrumento, após os ajustes e sugestões de modificações que surgiram durante o treinamento, foi realizado com usuários do Centro de Saúde Germano Sinval Faria, da ENSP/FIOCRUZ. Finalmente, foi feito o ajuste final do instrumento.

Antes da realização da enquete foi elaborado, com os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis (SMS) – especificamente, o coordenador da área de atenção básica e os supervisores do Programa de Saúde da Família (PSF) –, um roteiro seqüencial das unidades/postos/centros de saúde a serem visitadas cada dia (cronograma). Para esse planejamento utilizou-se um mapa da cidade, onde foram localizadas as unidades de saúde e as informações fornecidas pela SMS sobre o nome das unidades, telefone, endereço, forma de acesso, horário de funcionamento e equipe de profissionais atuando nos diferentes horários. Também foi registrado o roteiro de visitas dos supervisores e os seus respectivos telefones celulares, para que fossem acionados em caso de necessidade.

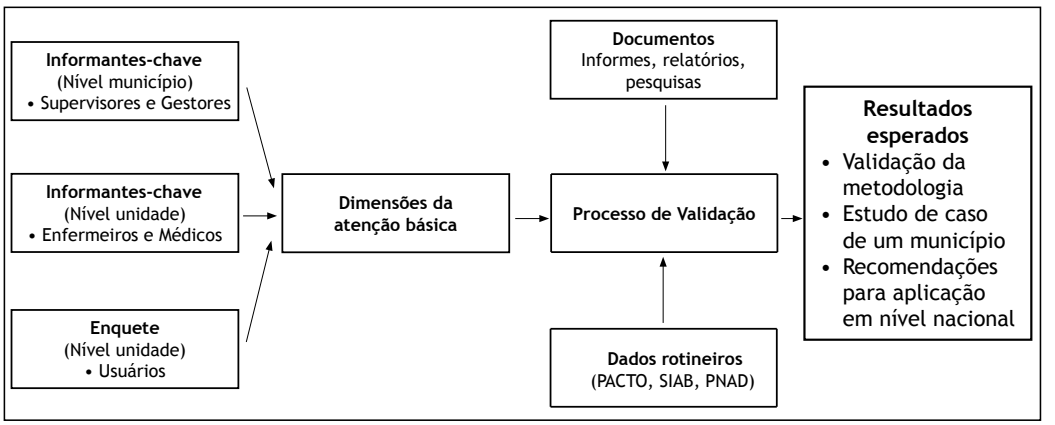
Foram fornecidas cartas de apresentação aos entrevistadores pela SMS e esta informou os serviços sobre a realização da pesquisa.

Um dos coordenadores da pesquisa acompanhou os entrevistadores na primeira semana do trabalho de campo em Petrópolis, com o intuito de complementar o treinamento e assegurar a superação de possíveis imprevistos.

C. Plano de análise

A figura 2 a seguir apresenta o processo de investigação.

Figura 2 – Processo de investigação



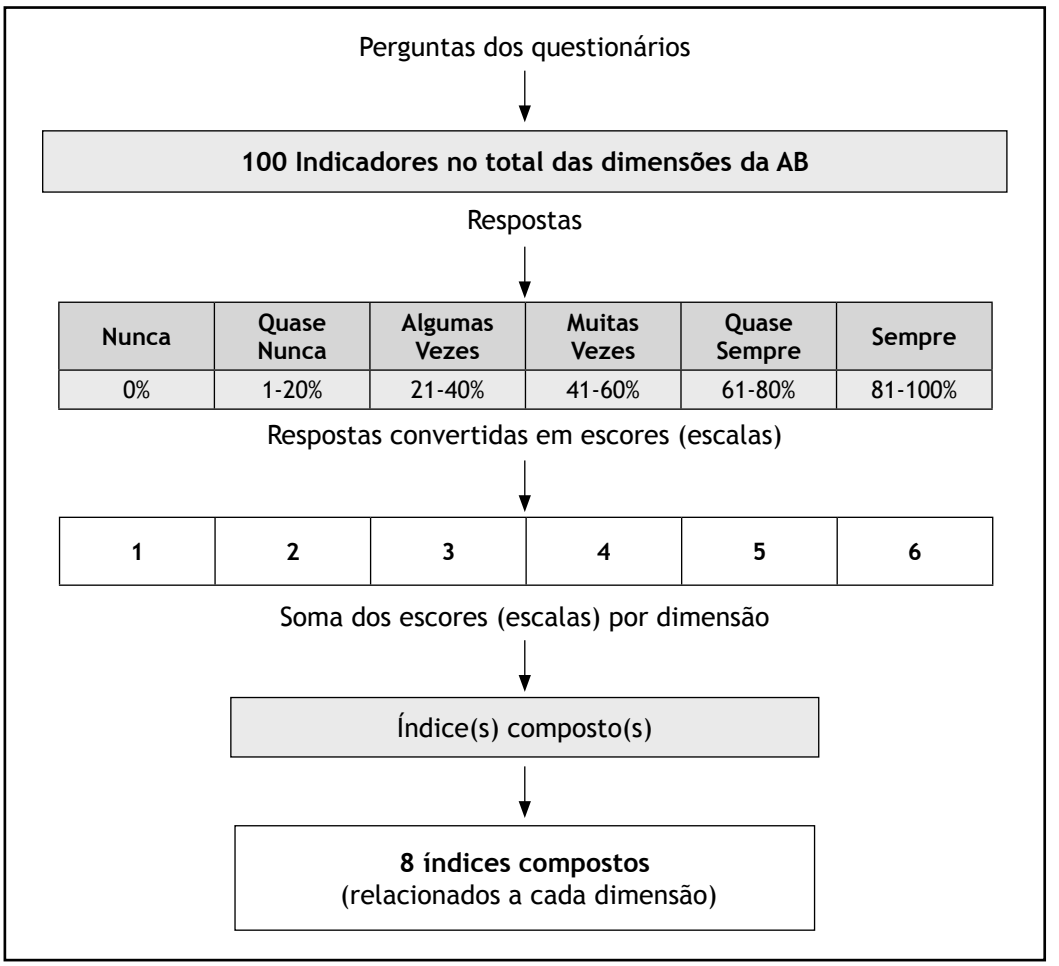
Um dos objetivos da pesquisa foi testar e validar uma metodologia de avaliação rápida que permitisse uma visão crítica da organização e do desempenho dos serviços de atenção básica em nível municipal. Para tal, foram construídos índices compostos que correspondem às oito dimensões da atenção básica consideradas essenciais e selecionadas para avaliação nesta pesquisa.

Os índices compostos foram construídos como descrito a seguir. Cada questionário tem cerca de 100 perguntas específicas, que correspondem a um indicador relacionado com uma determinada dimensão da atenção básica. Existiam seis opções de resposta para cada pergunta e essas opões foram iguais para cada tipo de entrevistado (profissional de saúde na unidade, supervisor/gestor e usuário). Cada resposta (“nunca”, “quase nunca”, “algumas vezes”, “muitas vezes”, “quase sempre” e “sempre”) foi então convertida em um escore ou escala, que variou entre 0 e 5. O escore “0” correspondeu à resposta “nunca”, “1” correspondeu à resposta “quase nunca” etc. No caso da enquete com os usuários, como existem também as opções “recusa” e “não sabe”, foram codificadas na análise como valores em branco (i.e. como “*missing*”).

Os escores dos indicadores foram somados para construir um Índice Composto para cada dimensão da AB. Por exemplo, todos os escores das perguntas sobre acesso foram somados e a média dessa soma representou o Índice Composto de Acesso. Esse processo foi seguido para construir oito índices compostos, isto é, um índice composto para cada dimensão da AB. Finalmente, foi criado um Índice Composto Total da Atenção Básica que

é o resultado da soma de todos os oito índices compostos. Esse último índice representa a experiência total de atenção básica. A Figura 3, a seguir, apresenta o processo de construção dos índices compostos.

Figura 3 – Desenvolvimento dos índices compostos



Outro objetivo da pesquisa foi validar a metodologia de informantes-chave *vis a vis* a triangulação entre outras fontes de dados (dados secundários e entrevistas com usuários), avaliando a concordância e discordância entre diferentes fontes.

Para a validação dos dados coletados a partir dos informantes-chave e da enquete com os usuários foram empregados vários mecanismos, incluindo: **a)** determinação das propriedades do instrumento (tais como consistência entre itens e análise de fatores); e **b)** utilização de metodologias qualitativas (triangulação) e quantitativas para medir a validade dos dados coletados com os dados obtidos dos informantes-chave.

O Quadro 3 apresenta os vários testes empregados na construção e validação do instrumento.

Quadro 3 – Testes empregados na validação dos instrumentos

Técnica	Prova estatística	O que pretende testar
Auto-avaliação do informante	Nenhuma	Determina o nível de confiança que cada informante tem nas suas respostas a partir da pergunta se elas foram baseadas na opinião pessoal, segundo sua experiência, ou nos dados e informações disponíveis.
Consistência entre itens	*Cronbach's alpha* (α)	Permite identificar qual é o nível de correlação entre as perguntas no mesmo índice composto. Determina se as perguntas do questionário medem algum conceito (dimensão) maior.
Análise de fatores	*Eigen value*	Verifica a existência e composição de fatores latentes (indicadores) no questionário. É utilizado para confirmar ou modificar a composição de cada índice.
Regressão logística multivariada	*Odds-ratios*	Possibilita determinar a associação entre uma variável independente, que seja de interesse, e uma variável dependente (por exemplo, resultado da ação dos serviços de saúde), controlando outros determinantes da saúde.

Fontes: Streiner & Norman 1995; Devellis 1991.

Essas técnicas (menos a auto-avaliação do informante e a regressão logística multivariada) foram todas empregadas na avaliação de cada questionário, nas duas etapas da pesquisa. A auto-avaliação do informante foi feita somente para os informantes-chave na primeira etapa da pesquisa e a regressão logística só para a segunda fase. O teste de X^2 foi realizado para detectar as diferenças entre os tipos de unidades e entre as diversas fontes de informação (por exemplo, usuários *versus* profissionais nas unidades). Para a segunda fase da pesquisa, o teste-F foi empregado em vez do teste X^2, pois a amostra dos usuários foi uma amostra por conglomerados e, sendo assim, foi necessário ajustar os desvios-padrão para o agrupamento dos entrevistados nas unidades (Long & Freese, 2001). O teste-F permite verificar se a diferença entre as médias de dois grupos é estatisticamente significativa e pode controlar a complexidade da amostra por conglomerados (o que não é possível com o teste X^2).

A prova estatística *Cronbach's alpha* foi usada para avaliar a validade de cada pergunta na criação de cada dimensão (ou escala) de atenção básica. *Cronbach's alpha* é

a proporção da variação total de uma escala que pode ser atribuída a uma dimensão comum difícil de ser observada ou calculada diretamente. Sendo assim, esse coeficiente é usado para medir a precisão que um grupo de itens possui para prever o efeito "latente" desta dimensão, isto é, que não pode ser diretamente observado. Quanto maior o valor, melhor a interação dos itens para medir essa dimensão. Depois de calcular o *Cronbach's alpha* para todos os itens, calculou-se a mudança no valor do *Cronbach's alpha* quando da retirada de um item de cada vez da escala. Se a retirada de um item específico resultar no aumento do valor do *Cronbach's alpha* significa que este item não mediu necessariamente a mesma dimensão que os outros itens da escala e que deve, portanto, ser eliminado (Devellis, 2003).

A técnica de análise de fatores é usada de maneira semelhante à de *Cronbach's Alpha*, isto é, determina se um grupo de indicadores (como, por exemplo, dez diferentes indicadores de acesso) pode ser agrupado e reduzido a uma dimensão só, que não foi diretamente observada. A técnica foi usada aqui para determinar se os indicadores que, teoricamente, deviam fazer parte da mesma dimensão são de fato redutíveis àquela dimensão.

A regressão logística multivariada, por sua vez, é usada para determinar se, controlando outros determinantes da saúde, a experiência da atenção básica (medida do ponto de vista dos usuários) está correlacionada com o estado de saúde dos que utilizam os serviços. Se, de fato, as dimensões da atenção básica medidas nos questionários estão correlacionadas com a saúde dos indivíduos, pode ser uma evidência científica de que essas dimensões são importantes na organização e desempenho dos serviços de atenção básica em saúde. Essa técnica foi usada apenas para a enquete de usuários, pois foi a única etapa que coletou informações sobre a saúde dos indivíduos.

Outros mecanismos foram utilizados também para assegurar a validade das respostas. Em primeiro lugar, todo informante-chave foi selecionado segundo seu cargo atual, o número de anos que trabalha na municipalidade pesquisada e suas credenciais profissionais. Segundo, todos os informantes-chave foram selecionados para responder sobre o mesmo município, permitindo avaliar a concordância inter-avaliador. E terceiro, todo entrevistado foi solicitado a avaliar a sua própria confiança nas respostas dadas. Ou seja, foi perguntado que porcentagem das respostas foi extraída de dados previamente existentes e que porcentagem é unicamente devida à opinião/experiência pessoal do informante.

Finalmente, os resultados dessa sondagem foram cotejados com dados já existentes, estudos de caso, relatórios e outros documentos disponíveis para comparar e avaliar a validade das respostas apresentadas pelos informantes. Esse processo de "triangulação" (usando várias fontes de dados para confirmar a sua validade) é muito comum nas pesquisas qualitativas (Gomes Víctoria *et al.*, 2000).

D. Considerações éticas

Essa pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ (Comissão de Ética na Pesquisa da ENSP/FIOCRUZ) e da Universidade de *New York* (*the New York University Committee on Human Subjects)*.

Os primeiros questionários não tratam de informações pessoais e só contem perguntas sobre a organização do sistema de saúde, não pedindo informações sobre a saúde do informante-chave. Cada entrevistado teve que ler e assinar um Termo de Consentimento, assegurando a livre participação na pesquisa, também aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa. Para garantir a confidencialidade dos informantes apenas as respostas agregadas foram relatadas. Nenhuma resposta individual foi atribuída à sua fonte pessoal original. Todos os questionários foram guardados em lugar seguro e confidencial.

O segundo questionário trata de informações pessoais sobre a percepção dos usuários em relação à sua experiência com a utilização dos serviços de atenção básica do SUS em Petrópolis. O questionário contém perguntas sobre os problemas de saúde, os tratamentos recebidos e a opinião do usuário sobre a qualidade do atendimento. Todo entrevistado teve também que ler e assinar o Termo de Consentimento, em duas vias, e uma cópia da carta ficou com o entrevistado. Caso o respondente fosse analfabeto o entrevistador lia a carta para o entrevistado e assinava por ele, uma vez manifestada explicitamente a sua concordância com os termos do consentimento, assegurando sua livre vontade de participar da pesquisa.

Os entrevistados não obtiveram benefícios, nem correram nenhum risco de discriminação ao participar da pesquisa. Podiam se recusar a participar ou a responder qualquer pergunta. Para assegurar a confidencialidade das informações e proteger a identidade dos usuários, os entrevistados não foram identificados. As entrevistas foram realizadas numa área da unidade onde o usuário tinha maior privacidade. Somente respostas agregadas foram relatadas e nenhuma resposta individual foi atribuída à fonte pessoal original. Todos os questionários foram guardados em lugar seguro e confidencial.

VI. RESULTADOS

A análise dos dados incluiu: a) construção de um perfil da atenção básica no Município de Petrópolis, com base nos dados secundários; b) comparação das respostas das diferentes fontes de dados (profissionais nas unidades, gestores/supervisores e usuários dos serviços); c) análise do desempenho das unidades de atenção básica no município; d) análise da percepção dos usuários sobre a atenção recebida em relação à percepção sobre seu estado de saúde, controlada por outros determinantes da saúde; e) apresentação à equipe da SMS dos resultados das entrevistas com os profissionais, os supervisores e gestores, mostrando as diferenças entre os dois tipos de serviços (PSF e as unidades tradicionais); f) apresentação dos resultados da enquete populacional com os usuários à equipe da SMS e aos profissionais das unidades, mostrando as diferenças entre os dois tipos de serviços (PSF e as unidades tradicionais) e a comparação entre as distintas fontes de informação; e g) validação dos instrumentos e da metodologia usando técnicas estatísticas.

A. Um perfil do Município de Petrópolis

O Município de Petrópolis está situado na região serrana do estado do Rio de Janeiro, foi fundado em 1857, possui uma altitude de 809 m com uma área total de 776,6 km^2 e uma população de 286.348 habitantes, com densidade demográfica de 359,49 hab/km^2 (Censo Demográfico, 2002). Aos 160 anos, Petrópolis possui mais de 700 construções históricas, tombadas em prol da preservação do patrimônio. Entre elas, encontram-se o Museu Imperial, a Casa de Santos Dumont, a Catedral São Pedro de Alcântara, o Palácio Rio Negro, o Museu Casa do Colono, o Palácio de Cristal e o Palácio Quitandinha, que atraem anualmente mais de 500 mil turistas. A Cidade Imperial, como é chamada, fica a uma hora da capital do estado, Rio de Janeiro.

Alguns dados sobre Petrópolis

Alguns dados sobre o município e sua inserção no estado do Rio de Janeiro estão resumidos na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Alguns dados sobre o município de Petrópolis, 2002.

Indicador	Petrópolis	Estado RJ
Área (km²)[1]	811	43.696
Habitantes[1]	286.348	14.724.479
Renda per capita anual (R$)[1]	7.588	9.788
Condição de gestão[2]	Plena	n/a
Cobertura pelo PSF (%) (2003)[3]	18, 5% (31,8% em 2004)	12,87
Cobertura pelo PACS (2003)[3]	9,5% (9,9% em 2004)	-
Médicos/10.000 habitantes[1]	29,2	33,5

Fontes: (1) IBGE, 2002. (2) Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis; (3) Ministério da Saúde, Secretaria Executiva (2003).

Quanto ao processo de descentralização do sistema de saúde, o município está habilitado na gestão plena do sistema municipal pela NOB 1996 desde 1998 e pela NOAS desde 2001. De maneira geral, o sistema local de saúde de Petrópolis conta com considerável capacidade instalada, seja em relação aos serviços de atenção básica ou hospitalares. A expansão do PSF no município resultou num incremento importante no número de médicos e enfermeiros por habitante durante os últimos anos. Alguns dados relevantes sobre a capacidade instalada em saúde estão resumidos na Tabela 3.

Em relação aos gastos públicos – comparando Petrópolis, Rio de Janeiro e Brasil – o município gasta com saúde quase 25% mais do que o valor médio do estado do Rio de Janeiro. E os habitantes de Petrópolis gastam de seu próprio bolso 11% mais com saúde (gasto privado direto) do que o valor médio para o estado do Rio de Janeiro, valor esse que aumentou cerca de 80% entre 2001 e 2002, ao mesmo tempo em que, no mesmo período, no estado esse aumento foi de 70% (Tabela 4). Isso pode ser devido a vários fatores, entre eles maiores necessidades de saúde da população, diferenças na estrutura demográfica, maior demanda por serviços de saúde, uso de serviços mais caros (tais como hospitais e atendimento especializado), ou ainda menor eficiência no uso dos recursos no município. Entretanto, a elucidação desses fatores não foi objeto desta investigação.

Tabela 3 – Capacidade Instalada na área de saúde, Petrópolis e Rio de Janeiro, 2003.

Indicador	Petrópolis (*)	Estado RJ
Estabelecimentos de saúde (públicos e privados)	152(1)	4.679(2)
Estabelecimentos públicos de atenção básica	41 (40 em 2004)(1)	1.765(2)
Estabelecimentos privados com fins lucrativos	100(1)	2.644(2)
Estabelecimentos privados filantrópicos (com CNA válido)	4(2)	122(2)
Estabelecimento médico de sindicatos	1(2)	59(2)
Estabelecimentos ambulatoriais (públicos e privados)	86(1)	2.966(2)
Serviços de Apoio a Diagnose e Terapia (públicos)	52(1)	1.183(2)
Número de unidades hospitalares públicas	9(1)	317(2)
Número ambulatórios de unidade Hospitalar Geral (públicos)	11(1)	215
Número de Ambulatórios de Unidade Hospitalar Especializada	1(2)	77(2)
Número de centros de saúde públicos	3(1)	626(2)
Número de postos de saúde públicos	15 (14 em 2004)(1)	309(2)
Número de Unidades de Saúde da Família (PSF)	20 (33 em 2004)(1)	526(2)
Número de Clínicas Especializadas (públicas)	7(2)	213(2)
Unidade Móvel Terrestre p/ Atend. Médico/Odontológico	6(2)	53(2)
Unidade de Vigilância Sanitária	1(2)	65(2)
Outros	10(2)	554(2)
Número total de médicos	835(3)	49.437(3)
Número total de enfermeiros	276(3)	13.656(3)
Número total de Técnicos de Enfermagem	Não disponível	37.852(3)
Número total de Auxiliares de Enfermagem	1.057(3)	66.396(3)
Número total de ACS	196(1)	3.560(2)

Fontes: (*) Existem diferenças importantes entre os dados oficiais e os encontrados no trabalho de campo da pesquisa. (1) Secretaria Municipal de Saúde de Petrópolis. (2) Ministério da Saúde, Secretaria Executiva (2003); Datasus/ Sistema de Informações Ambulatoriais e Hospitalar do SUS; (3) Conselhos Federais das categorias profissionais, 2004.

Tabela 4 – Gasto direto com saúde, público e privado, Petrópolis e Rio de Janeiro, 2001-2002

Indicadores	Petrópolis		Estado RJ	
	2001	2002	2001	2002
Despesa total com saúde por habitante	242,15	221,71	131,25	162,95
Despesas com recursos próprios por habitante	47,45	88,43	53,92	78,92

Fonte: Ministério da Saúde, Datasus, SIOPS. http://www.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?SIOPS/siops2003/municipio/pagoRJ03.def (acessado em 19/08/2004).

Em termos gerais, segundo os indicadores, o perfil de saúde dos petropolitanos é pior do que o que se verifica para o estado (valor médio dos indicadores). Os indicadores de mortalidade infantil, número de crianças com baixo peso ao nascer e mortalidade materna são mais altos em Petrópolis do que o valor médio do estado. Mas os indicadores de cobertura são um pouco melhores (consultas pré-natal, cobertura do PSF, visitas domiciliares). As taxas de internação não mostram nenhuma tendência consistente, sendo que algumas são mais baixas (tal como internações para diabetes) e outras são mais altas (internações por acidente vascular cerebral). Isso provavelmente reflete a heterogeneidade da pirâmide populacional, da renda e da situação socioeconômica da população, além da variação no acesso aos serviços de saúde (Tabela 5).

Tabela 5 – Indicadores de saúde e cobertura, Petrópolis e Rio de Janeiro, 2001-2002

Indicador	Petrópolis		Estado RJ	
	2001	2002	2001	2002
Taxa de mortalidade infantil[3,4]	19,24	19,5	18,25	20,0
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer[3]	12,00	11,11	9,03	9,18
Taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA) em menores de 5 anos[2]	19,59	18,85	25,90	23,26
Taxa de mortalidade infantil neonatal[3,4]	15,73	14,28	12,78	20,0
Taxa de mortalidade materna[3,4]	144,84	109,82	68,08	73,7
Proporção de nascidos vivos de mães com 4 ou mais consultas de pré-natal [3]	90,85	90,84	87,39	87,55
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de colo do útero[4]	5,32	8,56	6,93	5,8
Taxa de mortalidade em mulheres por câncer de mama[4]	25,28	20,42	18,86	18,35
Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal[3]	70,58	72,24	56,93	57,6
Taxa de internação por acidente vascular cerebral[2]	32,82	32,59	32,03	30,04
Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares[2]	264,38	247,70	173,33	174,54
Taxa de internação por insuficiência cardíaco-congestiva[2]	67,16	71,80	64,48	67,00
Proporção de internações por cetoacidose e coma diabético[2]	3,72	9,20	18,10	18,20
Proporção de internação por diabetes mellitus[2]	1,97	1,99	1,89	1,83
Taxa de mortalidade por tuberculose[4]	3,79	6,14	7,07	6,53
Proporção da população coberta pelo Programa de Saúde da Família[1]	12,83	18,48	8,36	12,86
Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante[1]	1,51	1,39	1,95	1,87
Média mensal de visitas domiciliares por família[1]	0,19	0,21	0,10	0,13

Fontes: Ministério da Saúde/Datasus: (1) Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB); (2) Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS); (3) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC); (4) Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Breve histórico da atenção básica no município de Petrópolis

A estrutura da atenção básica no município de Petrópolis começou a ser desenhada a partir da década de 70 do século XX, tendo como marco o movimento liderado pelo Dr. Villena, médico da Secretaria Municipal de Saúde e professor da Faculdade de Medicina de Petrópolis, que implantou postos de saúde em várias regiões do município visando facilitar o acesso da população aos serviços básicos de saúde e organizar o fluxo dos usuários entre os diferentes níveis de atenção. Nesse mesmo período, o Dr. Villena criou a Residência em Medicina Comunitária na Faculdade de Medicina de Petrópolis, fortalecendo ainda mais esse movimento e distribuindo os médicos residentes na rede de postos de saúde. E, em 1974, o município foi sede do 1º Congresso Brasileiro de Medicina de Família, apoiado pela Faculdade de Medicina.

Os postos de saúde foram estabelecidos prioritariamente nos distritos com maior densidade populacional – primeiro e segundo distritos – e poucos foram implantados nos demais. As unidades contavam com médico clínico, pediatra, gineco-obstetras, médicos generalistas e comunitários, enfermeiros e, em alguns serviços, fisioterapeutas, odontólogos e psicólogos. A organização dos serviços de saúde pretendia atender à demanda e não definia uma população formalmente adscrita às unidades.

Uma das melhores unidades básicas de saúde do município era o Centro de Saúde Coletiva, antiga unidade de tratamento ambulatorial para tuberculosos, herdado da Secretaria Estadual de Saúde. Posteriormente, na década de 80, essa unidade foi transformada em um grande serviço de atenção básica, localizado no centro da cidade, sendo referência para todo o município.

A partir da criação do SUS, Petrópolis começou seu processo de descentralização, que se consolidou em 1995 e, em 1998, o município foi habilitado na Gestão Plena do Sistema (NOB 1996). No entanto, a rede de postos de atenção básica praticamente não cresceu, concentrando-se grande parte do atendimento no Centro de Saúde Coletiva. A estrutura física dos postos de saúde era bastante precária, porém os profissionais tinham grande dedicação ao trabalho. O vínculo empregatício era com a SMS e a remuneração era considerada, pelos profissionais bastante satisfatória até o início dos anos 90.

Em 1991, foi criada a Fundação Municipal de Saúde, acreditando-se que agilizaria a autonomia na gestão dos recursos da saúde e aumentaria os investimentos em novos serviços. Em 1994, o município recebeu do Governo Estadual do Rio de Janeiro uma unidade básica modular, toda equipada, para implantar o Programa Médico de Família (PSF), inspirado no modelo de Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro. No entanto, o governo municipal transformou essa unidade num posto de saúde tradicional.

A partir de 1998, o município, ainda com a mesma rede de AB, começou a implantação das equipes do Programa Saúde da Família, do Ministério da Saúde, de forma tímida e experimental, implantando duas equipes, com profissionais contratados especificamente para o Programa, mas que não eram vinculados à SMS. Em 1999 e 2000, outras ESF foram implantadas no município, chegando a 11 equipes, sendo que duas eram de responsabilidade da Faculdade de Medicina de Petrópolis.

A partir de 2001, a discussão sobre a mudança do modelo assistencial tornou-se mais intensa no município e o governo local fez então um grande investimento no PSF, elevando para 30 o número de equipes implantadas até 2004, sendo que cinco delas funcionam sob a responsabilidade da Faculdade de Medicina de Petrópolis, totalizando uma cobertura de mais de 30% da população. A habilitação do município na gestão plena do sistema foi reiterada com a NOAS 2001.

Em 2004 a rede de atenção básica era constituída por mais de 40 unidade de saúde, das quais cerca de 30 eram PSF, algumas com até três equipes básicas trabalhando, e as restantes eram as unidades básicas tradicionais (UBS). O antigo Centro de Saúde Coletiva chama-se agora Instituto de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança, acumulando serviços de atenção básica e especializada. O município é também signatário do Programa de Expansão da Saúde da Família (PROESF), estando comprometido com a ampliação da cobertura do PSF para 70% da população até 2008.

Vale ressaltar que nem o município nem a Secretaria Estadual de Saúde possuem essas informações em registros oficiais (por exemplo, não se encontra registrada a data de criação de cada uma das unidades de saúde, nem mesmo dos primeiros postos de saúde mencionados acima), sendo que a lógica histórica e cronológica de constituição da rede de serviços de atenção básica em Petrópolis, reconstituída acima, foi obtida a partir de entrevistas informais realizadas com profissionais de saúde da SMS que vivenciaram essa história a partir da década de 70, seja como estudantes ou residentes de Medicina Comunitária, seja como gerentes ou como gestores do sistema, ao longo de todo esse período, até o presente momento. Somente com a implantação das equipes do PSF é que esse tipo de registro oficial vem sendo realizado.

B. Primeira etapa da pesquisa: entrevistas com profissionais e gestores

O trabalho de coleta dos dados desta primeira fase foi realizado em junho e julho de 2003. Foram entrevistados profissionais (médico ou enfermeiro, segundo disponibilidade do profissional no momento do trabalho de campo) de 23 (100%) das unidades do PSF e 10 (75%) dos 15 postos e centros de saúde tradicionais no município (total de 33 das 41 unidades existentes na época de realização do trabalho de campo). Quatro supervisores

(2 do PSF e 2 das UBS) foram entrevistados, além de dois gestores da SMS/Petrópolis. Portanto, foram realizadas 39 entrevistas. Todo supervisor e gestor tinha pelo menos cinco anos de experiência na cidade. Foram incluídos nesta etapa da pesquisa os postos e centros de saúde que atendem a maioria da população, identificados pelo censo, com base no número de procedimentos executados por unidade em 2002 (SIASUS, 2002). As entrevistas duraram em média 20 minutos, algumas foram autopreenchidas, sem a participação do entrevistador, e outras (poucas) foram respondidas em pequenos grupos de profissionais de uma mesma unidade, que discutiram suas respostas em conjunto. Essas diferentes maneiras de entrevistar foram realizadas para testar diferentes formas de conduzir as entrevistas e todas elas funcionaram muito bem. O Anexo III apresenta a lista de todas as unidades incluídas na pesquisa, identificadas pelo código que lhes foi atribuído.

Os resultados desta primeira etapa da pesquisa são apresentados em oito seções que correspondem às dimensões essenciais da atenção básica trabalhadas na pesquisa. Cada seção descreve os resultados obtidos para cada indicador e o índice composto para cada dimensão, segundo a escala utilizada. Esses resultados se referem às respostas das 33 entrevistas realizadas com os profissionais das unidades, pois cada um deles respondeu sobre uma mesma unidade. Os resultados das entrevistas com os gestores e supervisores foram utilizados para comparar as respostas de distintos informantes-chave.

1. Acesso

O índice composto de acesso é 2,2 para as unidades do PSF e 2,3 para as unidades básicas tradicionais (UBS). A diferença do índice entre as primeiras e as segundas não é estatisticamente significativa. Mas entre os vários indicadores específicos existem diferenças (Tabela 6 e Gráfico 1).

Entre os principais achados destaca-se:

- É mais provável conseguir uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas nas unidades do PSF do que nas UBS.
- As UBS tradicionais têm mais probabilidade de estar abertas durante o fim de semana do que as unidades do PSF.
- É mais provável ter de esperar mais de 30 minutos para uma consulta médica não marcada nas unidades do PSF do que nas UBS.

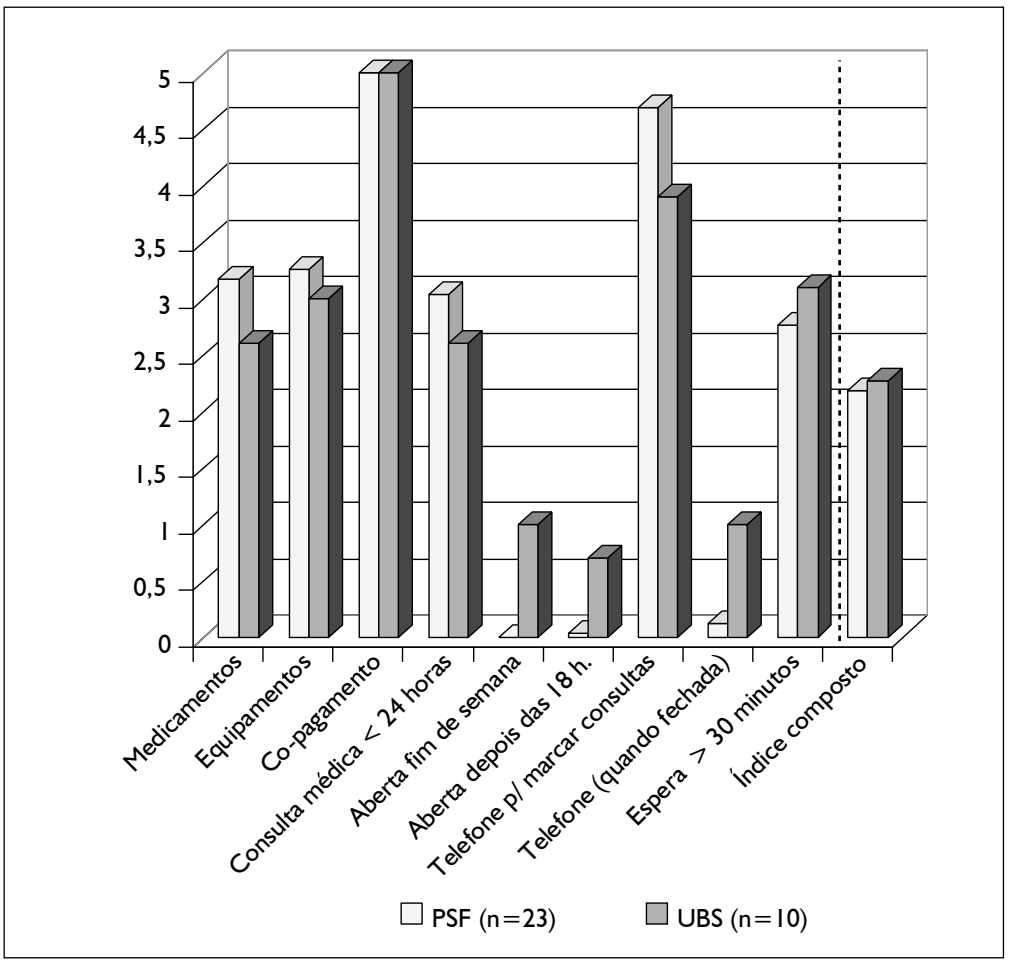
Tabela 6 – Acesso por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X^2 (gl)***
	Média	Média	Média	
Medicamentos adequados	3,17	2,60	3,00	6,9(5)
Equipamentos adequados	3,26	3,00	3,18	1,39(5)
Co-pagamento	5,00	5,00	5,00	N/a
Consulta médica < 24 horas	3,04	2,60	2,90	9,32(5)*
Aberta durante o fim de semana	0,00	1,00	0,30	4,89(1)**
Aberta um dia depois das 18 horas	0,04	0,70	0,24	5,22(3)
Telefone para marcar consultas ou pedir informações (quando aberta)	4,69	3,90	4,45	2,13(2)
Telefone (quando fechada)	0,13	1,00	0,39	5,57(3)
Espera média mais de 30 minutos	2,77	3,10	2,87	9,74(5)*
Índice composto – Acesso	2,18	2,27	2,20	18,0(15)

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

A diferença entre as unidades do PSF e as UBS tradicionais talvez pareça maior do que é na realidade porque entre estas últimas foi incluído um centro de saúde que fica aberto 24 horas. Se excluirmos esse serviço da análise, não existe diferença significativa entre os dois tipos de unidades no horário normal de funcionamento.

Gráfico 1 – Acesso por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



2. Porta de entrada: atenção ao primeiro contato

Os resultados indicam que, apesar da grande diferença entre os dois tipos de unidades, ela não é estatisticamente significativa. Tanto as unidades do PSF quanto as tradicionais funcionam menos de 60 por cento do tempo como portada de entrada no sistema de saúde em Petrópolis. É provável que essa diferença não seja estatisticamente significativa por causa da grande variação entre as unidades do PSF. Aproximadamente um terço das respostas dos profissionais das equipes do PSF apresenta um valor menor que a média. O índice composto não foi criado porque existe somente um indicador de porta de entrada (Tabela 7).

Tabela 7 – Porta de entrada por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X^2 (gl)*
	Média	Média	Média	
Necessária uma consulta nas unidades básicas antes de buscar serviços nos outros níveis de atenção	3,43	2,20	3,00	5,75(5)

(*) gl = graus de liberdade

O resultado sugere que essa dimensão poderia ser mais bem trabalhada pelo município, uma vez que um dos princípios do PSF é funcionar como porta de entrada ao sistema saúde.

3. Vínculo

As unidades do PSF estabelecem vínculo mais forte com seus usuários do que as UBS tradicionais. O índice composto é 4.4 (de um total possível de 5) para o PSF e 3.9 para as UBS. Esta diferença é estatisticamente significativa ($p < 0.05$) (Tabela 8 e Gráfico 2).

Além da diferença no índice composto também existe uma variação entre os indicadores específicos de vínculo:

- a população adscrita é mais freqüente nas unidades do PSF do que nas UBS tradicionais ($p < 0.05$);
- os usuários têm mais facilidade para telefonar ou falar com o mesmo profissional de saúde que o atendeu, quando têm algum problema ou pergunta sobre seu tratamento, nas unidades do PSF do que nas UBS tradicionais ($p < 0.05$);
- o usuário é examinado pelo mesmo profissional, cada vez que vai à consulta, mais freqüentemente nas UBS tradicionais do que no PSF, mas esta diferença não é estatisticamente significativa;
- todas as unidades do PSF e as UBS tradicionais reportam que os profissionais de saúde sempre usam os prontuários médicos em cada consulta do usuário.

Tabela 8 – Vínculo por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X^2 (gl)***
	Média	Média	Média	
Usuários são examinados pelo mesmo profissional	3,50	4,40	3,78	5,70(3)
População adscrita	4,78	2,33	4,09	14,64(3)**
Acesso aos profissionais para esclarecer as dúvidas	4,48	3,00	4,03	12,14(5)**
Tempo suficiente para a consulta	4,56	4,2	4,45	3,91(3)
Utilização do prontuário médico	5,00	5,00	5,00	N/a
Profissionais informados sobre medicamentos usados	4,34	4,40	4,42	0,91(3)
Notificação se usuário não consegue medicamento	3,96	3,60	3,85	3,43(4)
Índice composto: Vínculo	4,39	3,87	4,23	19,58(11)**

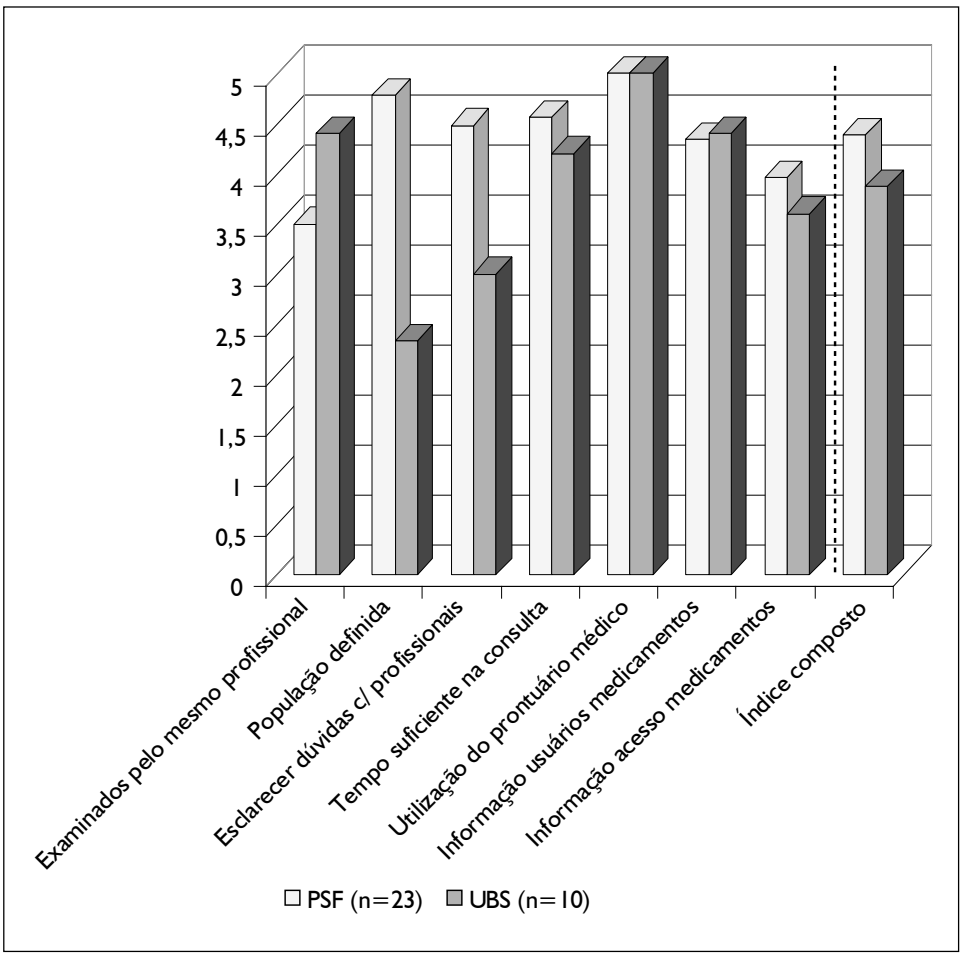
(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Esses resultados merecem algumas observações. Os profissionais das UBS tradicionais são em maior número do que os das unidades do PSF. O fato de ser mais provável que o mesmo profissional atenda o usuário em diferentes consultas nas unidades tradicionais do que nas do PSF é surpreendente, uma vez que as unidades do PSF normalmente têm apenas um médico e um enfermeiro. Discussões com integrantes da equipe do programa revelam que os profissionais das equipes do PSF talvez tenham uma melhor definição de atividades a serem desenvolvidas pelos participantes da equipe, sendo que para muitos problemas de saúde o usuário somente consulta com o enfermeiro, mas para outros problemas teria que consultar com o médico. Isso explicaria talvez a variação no profissional que atende.

Com respeito à população adscrita, é interessante notar que quase a metade dos profissionais das UBS tradicionais respondeu que a unidade atende a uma população definida, embora essa não seja uma norma de organização. Conversações com as equipes revelaram que alguns postos de saúde contam como seus usuários pessoas que também são atendidas pelo PACS; e pelo menos um posto de saúde constatou que usuários do PSF também freqüentam o posto de saúde tradicional, caso a fila de espera esteja muito longa na unidade do PSF.

Em relação ao vínculo, o fato de os profissionais do PSF estabelecerem um vínculo mais claro com o usuário seria porque dispõem de mais tempo durante a consulta, o que lhes permite esclarecer dúvidas e conversar mais com o profissional. Pode ser que, em alguns casos, a capacitação específica dos médicos no PSF, segundo os princípios do programa, tenha influenciado a atitude do profissional e o conteúdo da consulta, dando mais ênfase à escuta do usuário, esclarecimento de dúvidas etc. Entretanto, tanto os profissionais das unidades do PSF quanto os das UBS tradicionais avaliam que o tempo destinado para cada consulta é suficiente. Finalmente, é também importante enfatizar uma "boa prática" que ocorre em todos as unidades – o uso do prontuário médico em toda consulta – além de que quase todos profissionais afirmam perguntar, durante a consulta, sobre os medicamentos que o usuário está tomando e possíveis outras intercorrências.

Gráfico 2 – Vínculo por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



4. Elenco de serviços

O índice composto de elenco de serviços para o PSF é quase igual ao índice para as UBS tradicionais (3.98 *versus* 3.70), e essa pequena diferença não é estatisticamente significativa. Entretanto, existem diferenças importantes entre alguns indicadores específicos (Tabela 9 e Gráfico 3a e 3b).

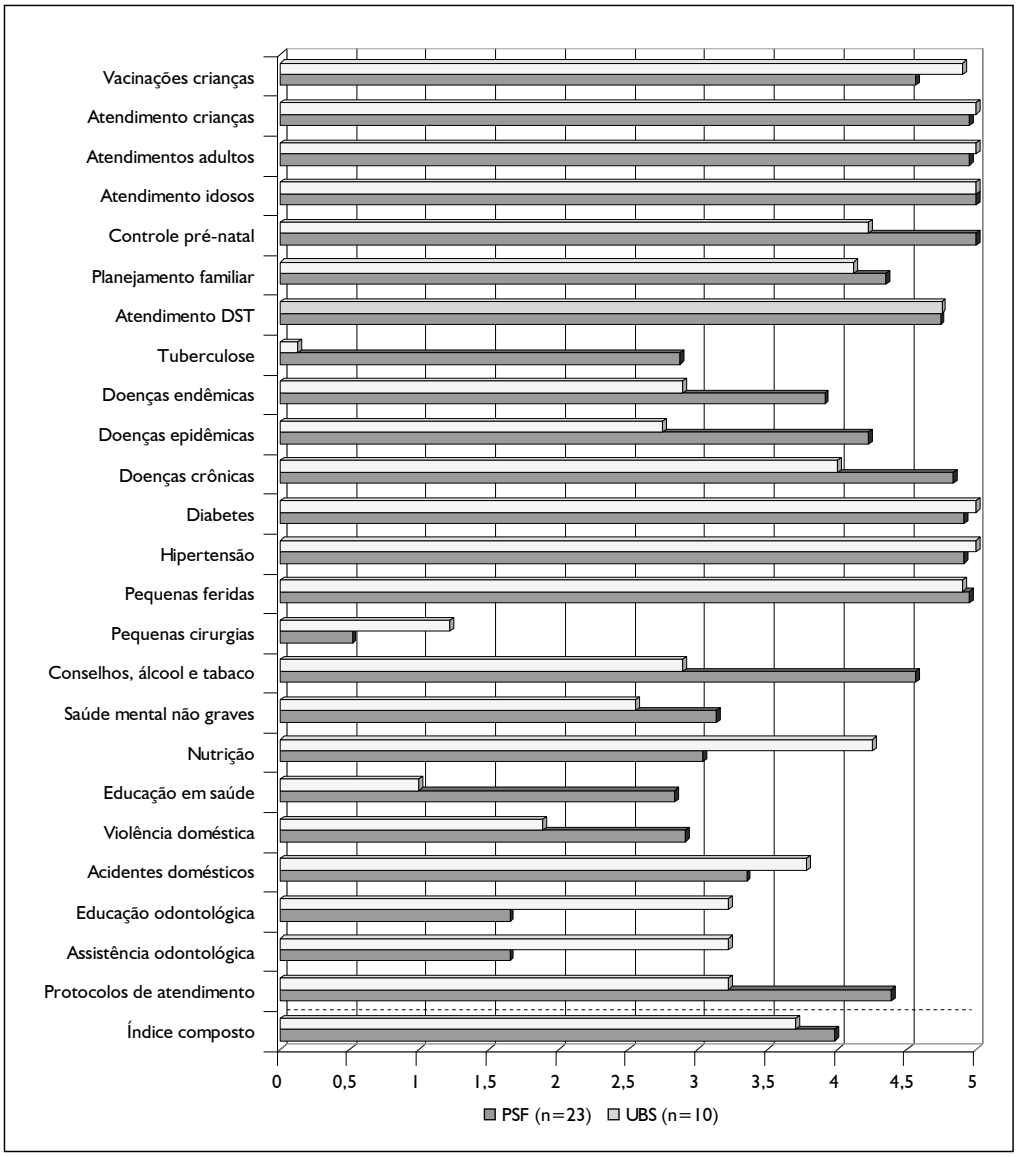
- As unidades do PSF oferecem mais freqüentemente controles pré-natais do que as UBS tradicionais ($p < 0.05$).
- Os postos do PSF oferecem mais controles para tuberculose do que as UBS ($p < 0.05$). Importante notar que o programa de controle de tuberculose é centralizado e tanto as unidades do PSF quanto as UBS tradicionais acompanham os pacientes, mas a distribuição dos medicamentos e a definição do tratamento são normatizadas pelo programa municipal.
- As unidades do PSF mais freqüentemente oferecem aconselhamento sobre o uso de álcool e tabaco do que as UBS ($p < 0.1$), assim como educação em saúde em geral ($p < 0.1$).
- As unidades do PSF oferecem mais informações sobre a violência doméstica ($p < 0.05$).

Tabela 9 – Elenco de serviços por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X^2 (gl)***
	Média	Média	Média	
Vacinações para crianças	4,56	4,90	4,67	1,43(3)
Atendimento para crianças	4,95	5,00	4,97	0,45(1)
Atendimentos para adultos	4,95	5,00	4,97	0,45(1)
Atendimento para idosos	5,00	5,00	5,00	N/a
Controle pré-natal	5,00	4,22	4,78	8,46(2)**
Serviços de planejamento familiar	4,35	4,12	4,29	4,18(2)
Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	4,74	4,75	4,74	3,41(3)
Programa de controle de tuberculose	2,87	0,13	2,16	10,64(4)**
Tratamento de doenças endêmicas	3,91	2,89	3,62	5,60(4)
Tratamento de doenças epidêmicas	4,22	2,75	3,84	7,85(5)
Atendimento de doenças crônicas	4,83	4,00	4,61	7,29(4)
Tratamento/controle de diabetes	4,91	5,00	4,94	0,83(1)
Tratamento/controle de hipertensão	4,91	5,00	4,94	0,92(1)
Tratamento de pequenas feridas	4,95	4,90	4,94	0,39 (1)
Pequenas cirurgias	0,52	1,22	0,72	4,29(4)
Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	4,56	2,89	4,09	9,88(5)*
Problemas de saúde mental não graves	3,13	2,55	2,97	3,23(5)
Programa de nutrição	3,04	4,25	3,35	6,4(4)
Educação em saúde	2,83	1,00	2,31	7,35(3)*
Educação sobre violência domestica	2,91	1,89	2,62	13,3(5)**
Educação sobre acidentes domésticos	3,35	3,78	3,47	3,88(5)
Educação preventiva odontológica	1,65	3,22	2,09	3,04(5)
Assistência preventiva odontológica	1,65	3,22	2,09	3,81(3)
Existência de protocolos específicos de atendimento	4,39	3,22	4,06	9,74(4)**
Índice composto: Elenco de serviços	3,98	3,70	3,89	21,55(20)

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 3 – Elenco de serviços por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



Entre as áreas de ação prioritárias o PSF é superior às UBS tradicionais apenas na oferta de controles pré-natais e no controle da tuberculose. Não é clara a razão pela qual o PSF parece oferecer mais controles pré-natais do que os postos de saúde tradicionais. Uma explicação possível é a natureza das visitas domiciliares. Se uma grávida não faz a consulta segundo planejado, os agentes comunitários devem visitá-la para saber o que está acontecendo e alertá-la para que compareça à consulta. Embora esta pesquisa não

tenha testado esta hipótese ela representa uma área importante a ser explorada, pois este poderia ser um indicador fundamental de diferença de qualidade no acompanhamento da gestação oferecido pelo PSF.

Quanto ao controle da tuberculose, embora seja centralizado, é interessante observar que o PSF reportou uma maior oferta de controle da doença, ainda que a realização dos exames e a distribuição dos medicamentos sejam feitas pelo programa e não nas unidades. Ao mesmo tempo, como o controle de tuberculose é uma prioridade para o PSF (refletida na presença do indicador no Pacto da Atenção Básica), parece lógico que as ESF do PSF estejam mais conscientizadas sobre a doença do que as equipes das UBS. Nas discussões com os profissionais dessas equipes eles admitem que o tratamento para a tuberculose acontece em "outro lugar", mas referem que são eles que fazem o acompanhamento do paciente e que cuidam dos outros aspectos da sua saúde relacionados à doença, assim como da saúde da família.

O PSF aparentemente dá mais ênfase à promoção da saúde do que as UBS – educação para a saúde, conselhos sobre o uso de tabaco e álcool, sobre violência doméstica, entre outros. Esta oferta provavelmente reflete a orientação comunitária do PSF e a capacitação dos membros da equipe sobre esses temas. Não obstante, o valor absoluto da oferta de educação para a saúde é baixo: os profissionais das unidades do PSF informaram que oferecem educação em saúde apenas em cerca de 40 a 60% das consultas. Portanto, esta é uma dimensão que mereceria ser mais bem explorada em futuras pesquisas.

Por outro lado, no atendimento odontológico as unidades do PSF apresentaram pior resultado que as UBS tradicionais. Apesar de existir a decisão política de implantar serviços de odontologia nas unidades do PSF, esta meta ainda não foi realizada. Mesmo sem odontólogos trabalhando nas equipes do PSF seria possível melhorar a educação preventiva odontológica, talvez por meio dos ACS ou atividades realizadas nas escolas.

Finalmente, as equipes do PSF têm mais protocolos clínicos específicos de atendimento para os serviços oferecidos. Esse fato reflete a ação do Ministério de Saúde, que com os Pólos de Capacitação, formulou e distribuiu protocolos de atendimento para as doenças prioritárias do programa. Os protocolos fazem parte do treinamento das equipes do PSF. Para melhorar a situação nas UBS tradicionais talvez valesse a pena estimular ou implantar a utilização dos mesmos protocolos do PSF.

5. Coordenação

Na dimensão coordenação, segundo os profissionais, não existe grande diferença entre as unidades do PSF e as tradicionais (Tabela 10 e Gráfico 4). O valor médio para

os dois tipos de unidades é praticamente igual. Entretanto, algumas diferenças específicas incluem:

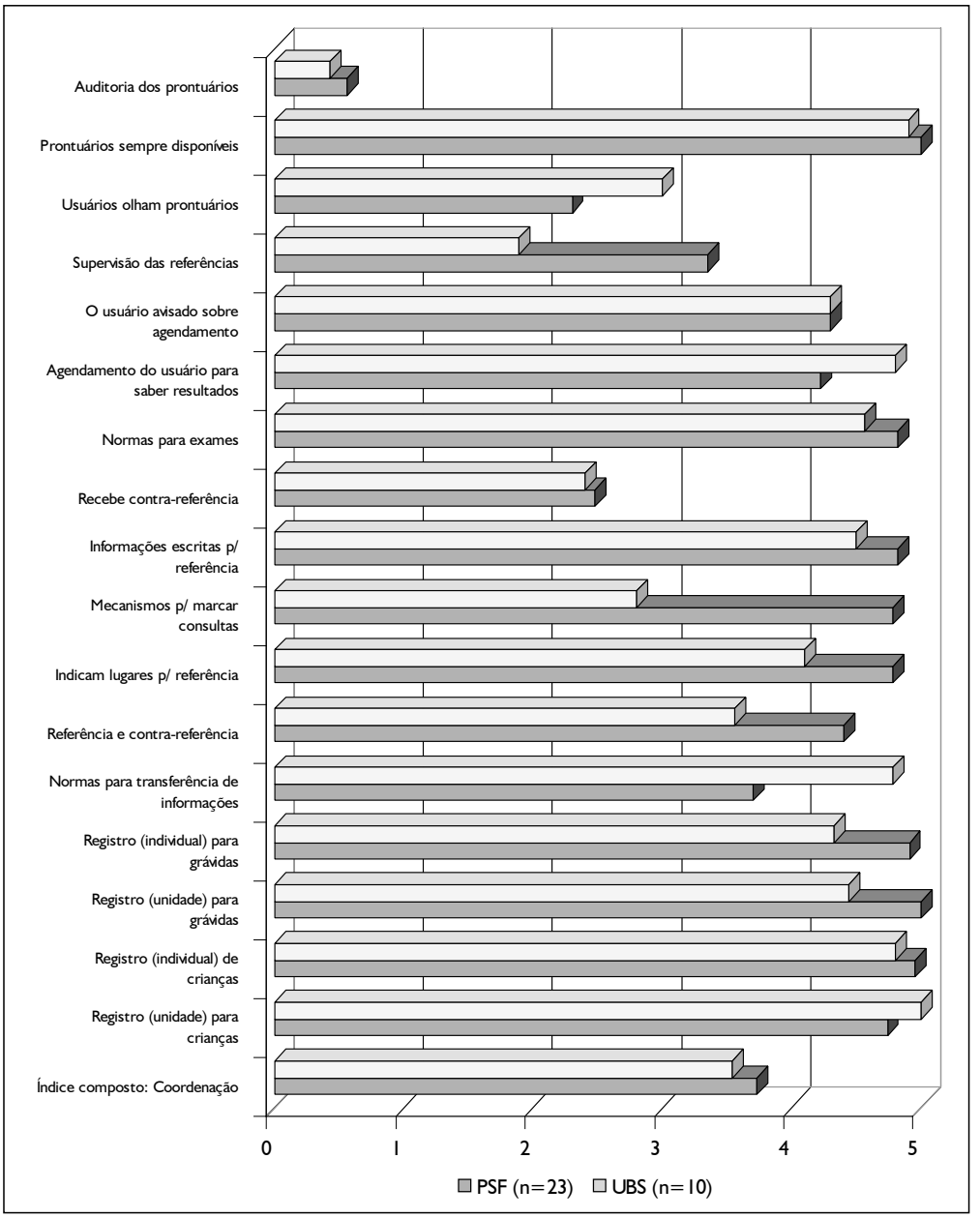
- PSF utiliza mais as normas para referência e contra-referência ($p < 0.05$);
- os profissionais do PSF reportam maior probabilidade de ter mecanismos formais para marcar consultas com especialistas ($p < 0.05$);
- os profissionais do PSF reportam mais freqüentemente o fornecimento de informações escritas para os usuários entregarem aos especialistas quando encaminhados ($p < 0.05$); e
- nos dois tipos de unidades os profissionais reportam problemas no processo de contra-referência, somente recebendo informações sobre os resultados de interconsultas em cerca de apenas metade dos casos.

Tabela 10 – Coordenação por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X^2 (gl)***
	Média	Média	Média	
Registro (unidade) para crianças	4,74	5,00	4,82	0,93(2)
Registro (individual) de crianças	4,95	4,80	4,91	2,06(1)
Registro (unidade) para grávidas	5,00	4,44	4,84	2,64(1)
Registro (individual) para grávidas	4,91	4,33	4,75	2,72(2)
Normas para transferência de informações entre níveis de atenção	3,70	4,78	4,00	6,83(4)
Normas para referência e contra-referência (são usadas?)	4,40	3,56	4,15	15,2(3)**
Profissionais indicam lugares de atendimento referido	4,78	4,10	4,57	6,14(3)
Mecanismos para marcar consultas com um especialista	4,78	2,80	4,18	16,3(4)**
Profissionais fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido	4,82	4,50	4,73	8,14(3)**
Profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre visitas referidas	2,48	2,40	2,45	8,67(5)
Normas para a realização de exames laboratórios	4,82	4,56	4,75	6,02(3)
Agendamento do usuário para resultados dos exames	4,22	4,80	4,40	4,08(3)
O usuário é avisado sobre esse agendamento	4,30	4,30	4,30	2,79(3)
Existe supervisão das referências aos outros níveis de atenção	3,35	1,89	2,94	7,60(5)
Usuários têm acesso aos seus prontuários médicos	2,30	3,00	2,48	3,78(4)
Os prontuários médicos sempre estão disponíveis	5,00	4,90	4,97	2,37(1)
Existe auditoria periódica dos prontuários médicos	0,56	0,43	0,53	3,73(3)
Índice composto: Coordenação	3,73	3,54	3,67	20,38(21)

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 4 – Coordenação por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



O PSF mostrou melhor coordenação que as UBS tradicionais em três áreas. Duas delas (utilização de normas para referências e fornecimento de informações escritas para serem entregues ao serviço especializado) têm a ver com as ações do médico ou enfermeiro que faz a referência e podem refletir a capacitação permanente da equipe do PSF. A

outra (mecanismos para marcar consultas com especialistas), supostamente, deveria ser igual para os dois tipos de unidades. Uma possível explicação para essa diferença, segundo os profissionais, seria que a Secretaria Municipal de Saúde daria maior apoio às referências do PSF do que às das unidades tradicionais.

Quase todos os profissionais responderam que se o cliente quisesse olhar seu prontuário médico poderia fazê-lo, mas como praticamente nenhum usuário costuma fazer essa solicitação os entrevistados não souberam como responder essa pergunta.

6. Enfoque familiar

Observa-se uma diferença importante entre as unidades PSF e as UBS tradicionais no que se refere ao enfoque familiar, sendo que é mais freqüente nas unidades do PSF (4.5) do que nas tradicionais (3.13), e essa diferença é estatisticamente significativa ($p < 0.05$). Existem várias outras diferenças entre os indicadores específicos (Tabela 11 e Gráfico 5):

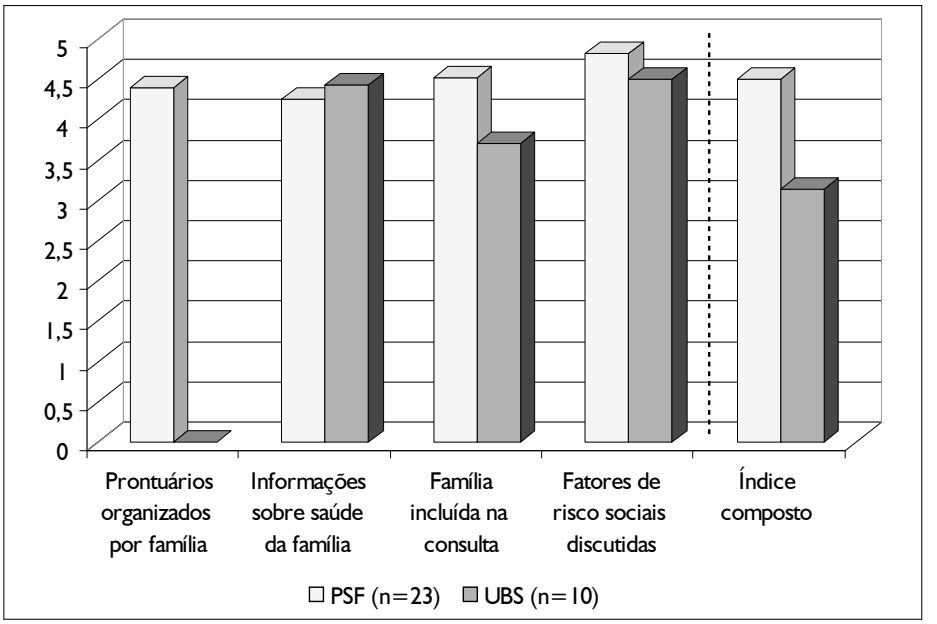
- nas unidades do PSF os profissionais afirmam que quase todos os prontuários médicos são organizados por família, mas nenhum é organizado dessa maneira nas UBS tradicionais ($p < 0.05$);
- os profissionais do PSF reportam que mais freqüentemente perguntam ao usuário sobre fatores de risco na família ($p < 0.1$); e
- quase todas as unidades, sejam PSF ou não, incluem perguntas sobre fatores de risco socioeconômico durante a consulta.

Tabela 11 – Enfoque familiar por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X^2 (gl)***
	Média	Média	Média	
Prontuários organizados por família	4,39	0,00	3,06	25,1(2)**
Consulta pede informações sobre saúde dos parentes	4,26	4,44	4,31	0,85(3)
A família pode ser incluída na discussão do problema da saúde	4,52	3,70	4,27	7,36(3)*
Consulta pede informações sobre fatores de risco socioeconômicos	4,82	4,50	4,73	3,29(2)
Índice composto: Enfoque familiar	4,50	3,13	4,08	25,1(11)**

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 5 – Enfoque familiar por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



Esse resultado confirma a implementação de uma das principais diretrizes do PSF, o foco de ação está voltado para a família (Canesqui & de Oliveira, 2002). É importante mencionar, porém, que mesmo as UBS tradicionais poderiam melhorar sua atuação nesta dimensão e incluir a família na consulta, além de perguntar sobre os fatores de risco e as condições de vida do usuário, assim como organizar os prontuários segundo a lógica familiar.

7. Orientação para a comunidade

Existe diferença entre as unidades do PSF e as UBS tradicionais em relação à orientação comunitária. Em geral, as do PSF são mais voltadas para a comunidade, mas o índice composto não é estatisticamente significativo, provavelmente por causa da grande variabilidade entre as unidades do PSF (Tabela 12 e Gráfico 6). Além disso, observa-se que:

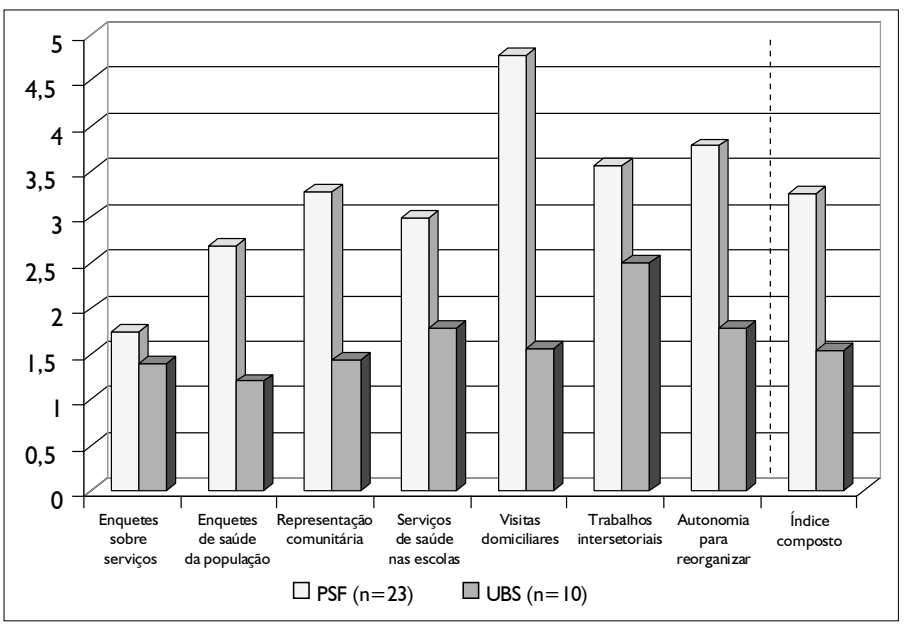
- as unidades do PSF realizam mais enquetes para saber os problemas de saúde nas comunidades ($p < 0.05$);
- as unidades do PSF mais freqüentemente oferecem visitas domiciliares ($p < 0.05$);
- os profissionais do PSF mais freqüentemente reportam realizar trabalhos intersetoriais na comunidade; e
- os profissionais também informam maior autonomia para reorganizar os serviços com base nos problemas identificados na comunidade ($p = 0.1$).

Tabela 12 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X^2 (gl)***
	Média	Média	Média	
Enquetes para saber se serviços respondem às necessidades da população	1,74	1,40	1,64	4,27(5)
Enquetes para identificar problemas de saúde da população	2,69	1,20	2,24	10,9(5)**
Representantes da comunidade participam na unidade	3,27	1,44	2,74	7,49(4)
Serviços de saúde nas escolas	3,00	1,78	2,65	4,32(4)
Visitas domiciliares	4,78	1,55	3,87	19,7(4)**
Trabalhos intersetoriais	3,56	2,50	3,29	13,6(5)**
Reorganizar serviços com base nos problemas da comunidade	3,78	1,78	3,22	7,48(4)*
Índice composto: Orientação para a Comunidade	3,26	1,54	2,74	28,2(24)

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 6 – Orientação comunitária por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



8. Formação profissional

Existe diferença entre as unidades do PSF e as UBS tradicionais no que se refere à formação e orientação dos profissionais de saúde para a atenção básica. As unidades do PSF são mais freqüentemente associadas com melhor formação nesta área ($p < 0.05$) (Tabela 13 e Gráfico 7). Ressalta-se que:

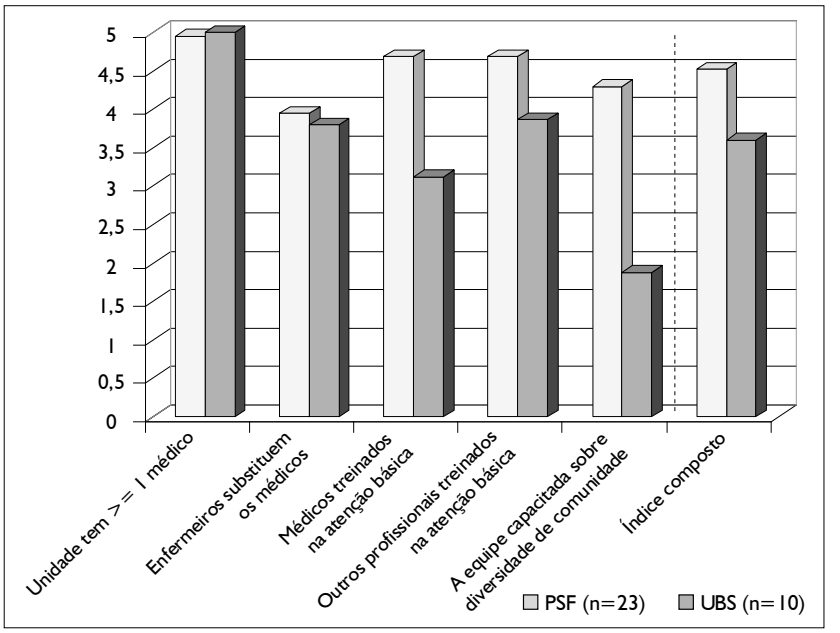
- Os médicos no PSF são mais freqüentemente treinados na atenção básica do que os médicos que trabalham nos postos tradicionais ($p < 0.05$).
- As equipes do PSF foram mais provavelmente treinadas para compreender e atuar segundo a diversidade cultural da comunidade do que as equipes nos postos de saúde tradicionais ($p < 0.05$).

Tabela 13 – Formação profissional por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003

Indicador	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Todos (n = 33)	X^2 (gl)***
	Média	Média	Média	
Porcentagem da semana a unidade conta com pelo menos um médico	4,95	5,00	4,97	0,48(1)
Enfermeiros ou outros profissionais substituem os médicos	3,95	3,80	3,90	7,75(2)
Médicos com treinamento na atenção básica	4,69	3,12	4,29	11,3(4)**
Outros profissionais com treinamento na atenção básica	4,69	3,87	4,38	6,07(3)
Equipe capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade	4,30	1,88	3,73	16,4(5)**
Índice composto: Formação profissional	4,52	3,60	4,24	22,7(10)**

(*) $p < 0.1$; (**) $p < 0.05$; (***) gl = graus de liberdade

Gráfico 7 – Formação profissional por tipo de unidade (informantes-chave), Petrópolis, 2003



Portanto, para reorientar o modelo assistencial do SUS tomando como referência a atenção básica seria preciso mudar o processo de trabalho das equipes das UBS e ampliar a capacitação dos profissionais que atuam na AB, seja nas unidades do PSF ou nas UBS tradicionais.

9. Índice composto total de atenção básica

Para comparar a experiência total da atenção básica entre os dois tipos de unidades – PSF e UBS tradicional – foi construído um índice composto total que representa o valor médio da soma dos outros oito índices compostos.

Segundo as respostas dos informantes-chave, existe uma diferença entre as unidades do PSF e as UBS tradicionais no que se refere ao índice composto total da atenção básica. As unidades do PSF têm um valor maior (3,71) que as UBS (2,88), diferença esta que é estatisticamente significativa ($P < 0.05$) (Tabela 14).

Tabela 14 – Índice composto total, por tipo de unidade (informantes-chave), 2003

Variável	PSF (n = 23)	UBS (n = 10)	Ambos (n = 33)
Índice composto total de atenção básica	3,71	2,88	3,32*

(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$

C. Segunda etapa da pesquisa: enquete com os usuários dos serviços[6]

O trabalho de coleta de dados foi iniciado no dia 13 de janeiro de 2004 e concluído no dia 20 de fevereiro de 2004, tendo sido realizado nos 40 postos/centros/unidades de saúde (uma unidade foi fechada entre a primeira e segunda fase da pesquisa), ou seja, o total de serviços que compõem a rede de atenção básica do município na época, incluindo as unidades do Programa de Saúde da Família (PSF) implantadas até então. Cada unidade foi visitada duas vezes, em períodos e dias diferentes, para completar o número definido na amostra (12 entrevistas por serviço).

Foram realizadas 503 entrevistas, sendo que 34 delas foram coletadas para compor um estoque de entrevistas de reserva, a serem utilizadas na hipótese de anulação de alguma delas por problemas técnicos ou de preenchimento do questionário. Sendo assim, a amostra da pesquisa totalizou 469 entrevistas, depois das substituições necessárias efetuadas.

As entrevistas duraram em média 20 minutos e o número de entrevistas por unidade por dia variou em função de problemas logísticos e número de usuários presentes.

O Anexo IV contém a lista das unidades, segundo o código distribuído, e o número de usuários entrevistados em cada uma delas.

Descrição demográfica da população entrevistada

As pessoas entrevistadas são predominantemente do sexo feminino, idade média de 40 anos e com baixo nível de escolaridade (85 % não completaram o primeiro grau). Quase todas têm as necessidades básicas do domicílio satisfeitas (isto é, tem luz, água encanada, banheiro, televisão ou rádio em casa), mas, aparentemente, são de nível econômico baixo – somente 68% tem telefone em casa e apenas 26% tem carro (Tabela 15).

6 O sistema de entrada e crítica de dados desta etapa da pesquisa foi elaborado por Fernando Cesar de Castro Bezerra, da PRODEMAN/UERJ, empresa que realizou o trabalho de campo da enquete, juntamente com a coordenação da pesquisa. Mas a análise dos dados foi elaborada pela equipe de pesquisadores.

Tabela 15 – Descrição da população entrevistada, Petrópolis, 2004

Variável	PSF	UBS	Ambos
	(n = 283)	(n = 186)	(n = 469)
Idade (média)	39,6	39,96	39,75
Acompanhando criança ou idoso (%)	11,66	17,2	13,86
Mulher (%)	81,28	83,34	82,09
Não completou primeiro grau (%)	22,66	26,37	24,13
Água encanada na casa (%)	96,11	94,62	95,52
Televisão na casa (%)	94,69	97,84	95,95
Carro (%)	27,56	22,58	25,59
Telefone em casa (%)	66,07	70,96	68,02
Estado de saúde é bom ou muito bom (%)	60,42	53,22	57,57
Pelo menos uma doença crônica (%)	59,36	61,29	60,13
Mais de uma doença crônica (%)	31,44	30,64	31,13
Hipertensão (%)	43,1	42,39	42,83
Depressão (%)	19,5	18,37	19,06

Segundo a percepção dos entrevistados, seu estado de saúde é pior do que o da população em geral: apenas 57% referem que o seu estado de saúde é bom ou muito bom; 60% têm pelo menos uma doença crônica (diabetes, hipertensão, câncer, artrite, asma, doença do coração ou depressão), sendo que, entre eles, 43% têm hipertensão e quase 20% relatam que tem depressão; e 31% têm alguma co-morbidade (mais de uma doença crônica) (Tabela 15).

O fato de essa população ser principalmente "doente" era esperado, pois as pessoas entrevistadas foram selecionadas e incluídas na amostra entre os usuários de unidades de saúde que estavam no próprio serviço em busca de atendimento, além de ser uma população que não usa regularmente esses serviços para ações de prevenção. Na Pesquisa Mundial de Saúde 2003 (Swarzcwald *et al.*, 2004), 53,3% dos entrevistados avaliaram seu estado de saúde como "bom" ou "muito bom" e aproximadamente 30% tinham uma doença de longa duração ou incapacidade – 6% tem diabetes, 12% tem asma e 19% tem depressão. Em Petrópolis esse índice foi de 57%, portanto, um perfil semelhante. No Suplemento Saúde da PNAD 2003 essa porcentagem foi cerca de 78% (81% para os homens e 76,3% para as mulheres), e cerca de 30% refere ser portadora de pelo menos uma doença crônica (IBGE, 2005).

Não houve nenhuma diferença estatística entre os usuários das unidades do PSF e os das unidades básicas tradicionais em termos de idade, nível econômico ou de escolaridade, estado de saúde ou prevalência de condições crônicas.

Análise das dimensões essenciais da Atenção Básica

1. Acesso

Para ambos tipos de unidades – PSF e UBS tradicional – o índice composto de acesso foi menor do que 50%, indicando que existe muita possibilidade de melhora. A diferença do índice de acesso não foi estatisticamente significativa entre os dois tipos de unidades, apesar de algumas diferenças importantes em alguns indicadores. Os principais problemas para os usuários são: as horas de funcionamento e o tempo de espera (Tabela 16 e Gráfico 8).

As principais diferenças encontradas entre os dois tipos de unidades são:

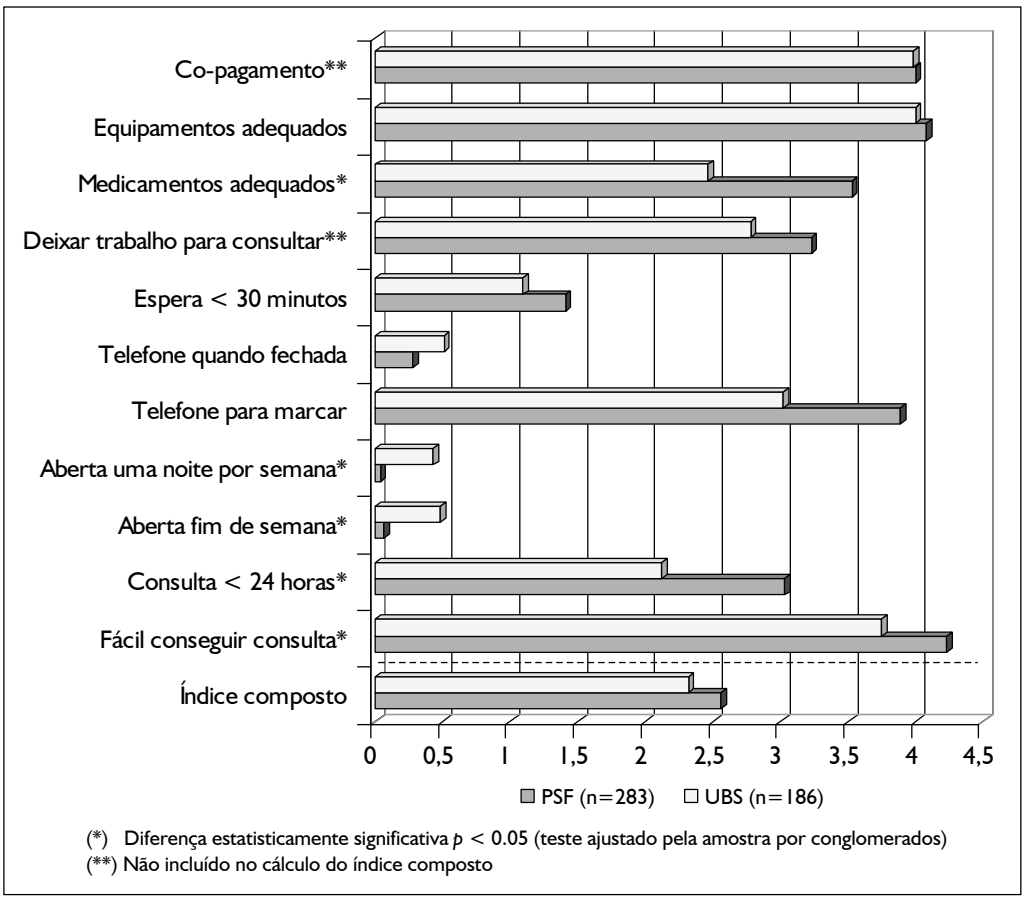
- Os usuários informam mais freqüentemente que é fácil obter uma consulta médica no prazo de 24 horas nas unidades do PSF e que a UBS normalmente tem medicamentos adequados.
- Os usuários das UBS informam ter melhor acesso durante os fins de semana e no fim da tarde. Isso acontece provavelmente porque entre as unidades tradicionais incluem-se alguns centros de saúde que ficam abertos durante os finais de semana e funcionam até mais tarde.

Tabela 16 – Acesso por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
É fácil conseguir uma consulta *	4,23	1,30	3,75	1,64	0,048
Consegue uma consulta em menos de 24 horas*	3,03	1,97	2,12	2,08	0,005
Unidade aberta fim de semana*	0,07	0,45	0,48	1,42	0,009
Unidade aberta uma noite por semana depois das 18 horas*	0,04	0,38	0,43	1,29	0,005
Telefone para marcar consultas*	3,89	1,97	3,02	2,28	0,053
Telefone quando unidade está fechada	0,28	1,10	0,51	1,46	0,569
Normalmente espera-se menos de 30 minutos	1,41	1,62	1,09	1,57	0,094
Tem que deixar de trabalhar para consultar	3,23	1,49	2,78	1,74	0,087
Medicamentos adequados*	3,53	1,78	2,46	2,16	0,000
Equipamentos adequados	4,08	1,63	4,00	1,71	0,160
Co-pagamento para consultar nessa unidade	4,00	0,00	3,98	0,29	0,215
Índice composto: Acesso	2,56	0,13	2,32	0,10	0,032

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 8 – Acesso por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0.05$ (teste ajustado pela amostra por conglomerados)
(**) Não incluído no cálculo do índice composto

2. Porta de entrada

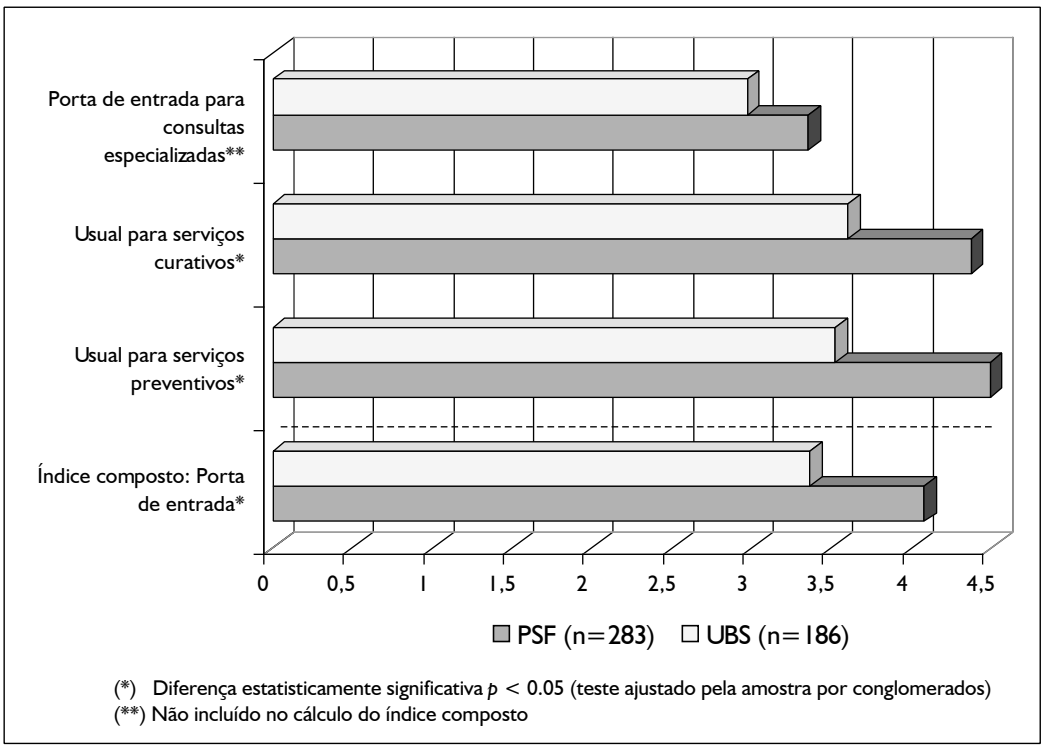
A diferença do índice composto de porta de entrada entre os dois tipos de unidade foi estatisticamente significativa, isto é, na percepção dos usuários, as unidades do PSF funcionam melhor do que as UBS como porta de entrada ao sistema de saúde. Mas, mesmo assim, uma porcentagem importante de usuários de ambas unidades informam que não foi necessária uma consulta nas unidades de atenção básica antes de buscar um atendimento especializado. Por outro lado, os usuários do PSF mais provavelmente utilizam a mesma unidade para serviços curativos e controles preventivos do que os usuários das unidades tradicionais (Tabela 17 e Gráfico 9).

Tabela 17 – Porta de entrada por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
Usual para serviços preventivos*	4,49	1,29	3,52	2,03	0,000
Usual para serviços curativos*	4,37	1,28	3,60	1,79	0,000
Porta de entrada para consultas especializadas	3,35	2,14	2,97	2,19	0,195
Índice composto: Porta de entrada*	4,08	0,87	3,36	1,10	0,011

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados).

Gráfico 9 – Porta de entrada por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0.05$ (teste ajustado pela amostra por conglomerados)
(**) Não incluído no cálculo do índice composto

3. Vínculo

Os valores de todos os indicadores de vínculo para usuários de ambos tipos de unidades são altos, indicando um bom desempenho nesta dimensão. Mas, em geral, os valores são mais altos para as unidades do PSF. Apesar de existirem diferenças entre alguns indicadores, a diferença do índice composto entre PSF e UBS não é estatisticamente significativa (Tabela 18 e Gráfico 10).

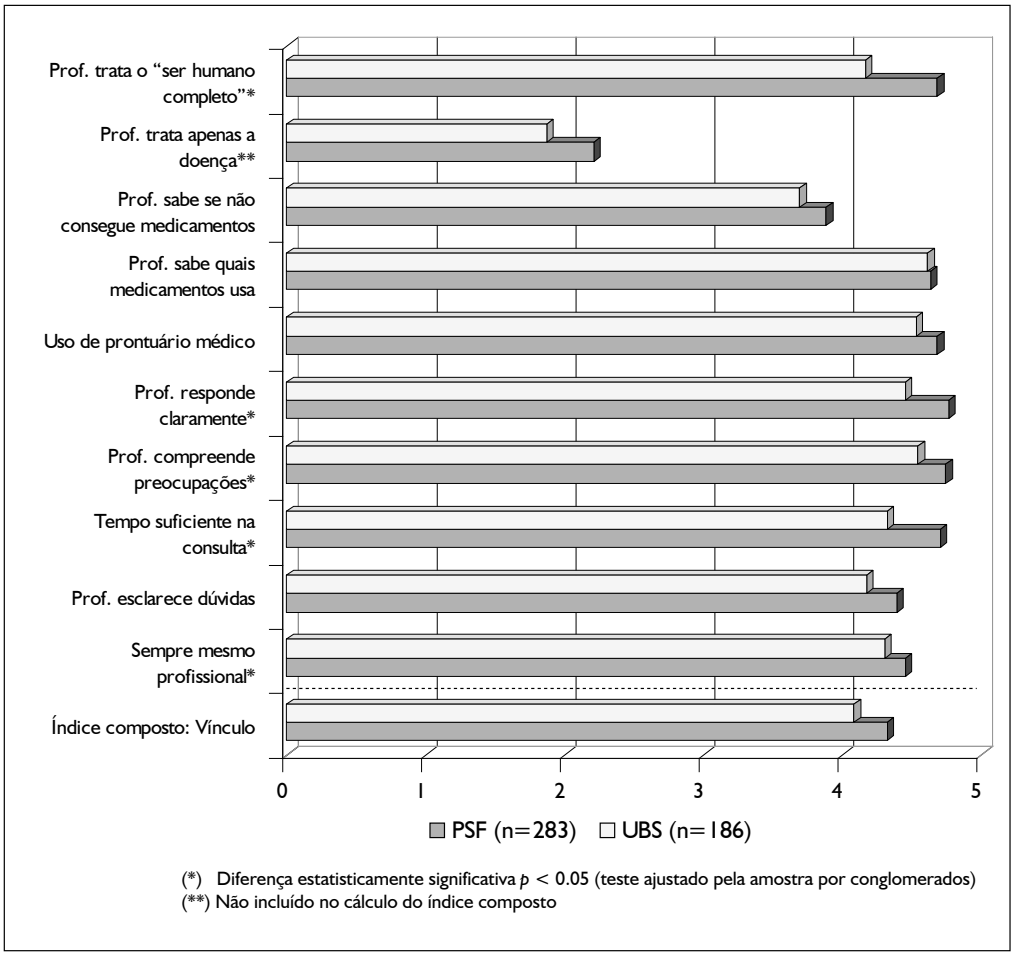
Ressalta-se que os usuários do PSF informam que é mais provável serem examinados pelo mesmo profissional cada vez que consultam na unidade; e também afirmam que os profissionais destas unidades, diferente dos das UBS tradicionais, destinam tempo suficiente para a consulta, compreendem bem as preocupações dos clientes, respondem claramente às perguntas e tratam o usuário como um "ser humano completo" e não apenas a sua doença (tabela 18 e Gráfico 10).

Tabela 18 – Vínculo por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
Sempre examinado pelo mesmo profissional*	4,45	1,09	4,30	1,42	0,012
Esclarece dúvidas com o profissional que o atendeu	4,39	1,33	4,17	1,61	0,289
Tempo suficiente para a consulta*	4,70	1,00	4,32	1,35	0,008
Profissional compreende suas preocupações*	4,74	0,82	4,54	1,06	0,009
Profissional responde claramente às perguntas*	4,76	0,76	4,45	1,17	0,007
Uso de prontuário médico	4,68	1,09	4,53	1,26	0,125
Profissional sabe quais medicamentos usa	4,63	1,11	4,61	1,16	0,656
Profissional sabe se não consegue comprar medicamentos	3,88	1,94	3,69	2,00	0,374
Profissional trata apenas a doença	2,21	1,67	1,87	1,66	0,116
Profissional trata o "ser humano completo"*	4,68	0,86	4,16	1,50	0,008
Índice composto: Vínculo	4,32	0,58	4,08	0,90	0,041

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 10 – Vínculo por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



4. Elenco de serviços

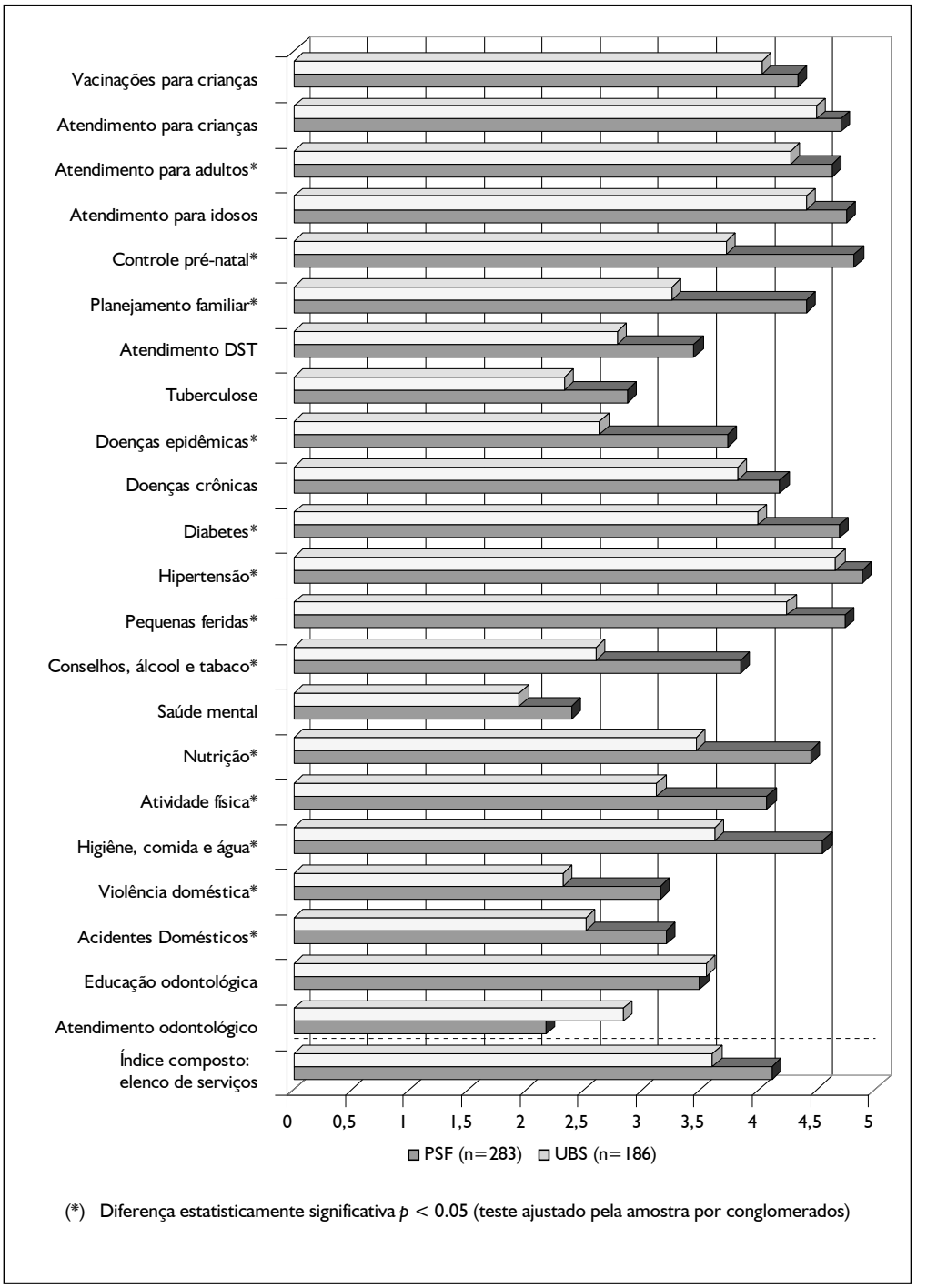
O índice composto para a elenco de serviços foi maior para as unidades do PSF e a diferença entre ambas unidades – PSF e UBS – é estatisticamente significativa. Em todos os indicadores (menos para atendimento odontológico) as informações dos usuários do PSF resultaram em valores maiores do que as dos usuários das UBS tradicionais. E, em muitos deles (atendimento para adultos, controle pré-natal, planejamento familiar, doenças epidêmicas, diabetes, hipertensão, tratamento de pequenas feridas, conselhos sobre álcool, nutrição, atividade física, prevenção etc.) a diferença foi estatisticamente significativa (Tabela 19 e Gráfico 11).

Tabela 19 – Elenco de serviços por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
Vacinações para crianças	4,33	1,44	4,03	1,73	0,517
Atendimento para crianças	4,70	0,84	4,49	1,19	0,432
Atendimento para adultos*	4,63	0,93	4,27	1,30	0,048
Atendimento para idosos	4,75	0,76	4,41	1,26	0,062
Controle pré-natal*	4,82	0,72	3,72	2,06	0,000
Planejamento familiar*	4,41	1,25	3,25	2,15	0,000
Atendimento doenças sexualmente transmissíveis	3,44	2,14	2,78	2,30	0,310
Tuberculose	2,87	2,24	2,33	2,34	0,237
Doenças epidêmicas*	3,73	1,90	2,63	2,30	0,012
Doenças crônicas	4,18	1,63	3,82	1,91	0,580
Diabetes*	4,69	1,01	3,99	1,78	0,000
Hipertensão*	4,89	0,48	4,66	1,04	0,014
Pequenas feridas*	4,74	0,86	4,24	1,64	0,014
Conselhos sobre uso de álcool e tabaco*	3,84	1,82	2,60	2,27	0,002
Saúde mental	2,39	2,33	1,94	2,31	0,386
Nutrição*	4,44	1,41	3,46	2,10	0,000
Atividade física*	4,07	1,68	3,12	2,15	0,002
Preparação higiênica de comida e água*	4,55	1,21	3,62	2,01	0,000
Prevenção de violência doméstica*	3,15	2,18	2,32	2,37	0,015
Prevenção de acidentes domésticos*	3,20	2,13	2,51	2,38	0,030
Educação preventiva odontológica	3,49	1,99	3,55	2,09	0,458
Atendimento odontológico	2,17	2,40	2,83	2,34	0,206
Índice composto: elenco de serviços*	4,11	1,21	3,60	1,45	0,043

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 11 – Elenco de serviços, por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0.05$ (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Uma explicação possível para essa diferença é que os usuários do PSF mais freqüentemente usam os serviços da unidade seja para controles de saúde preventivos, seja para necessidades agudas de saúde. Assim, eles talvez tenham maior conhecimento do elenco de serviços disponíveis nessas unidades. Além disso, o PSF tem como prioridade programas especiais para controle de doenças crônicas e condições específicas (tais como diabetes, hipertensão, atendimento pré-natal etc.).

5. Coordenação

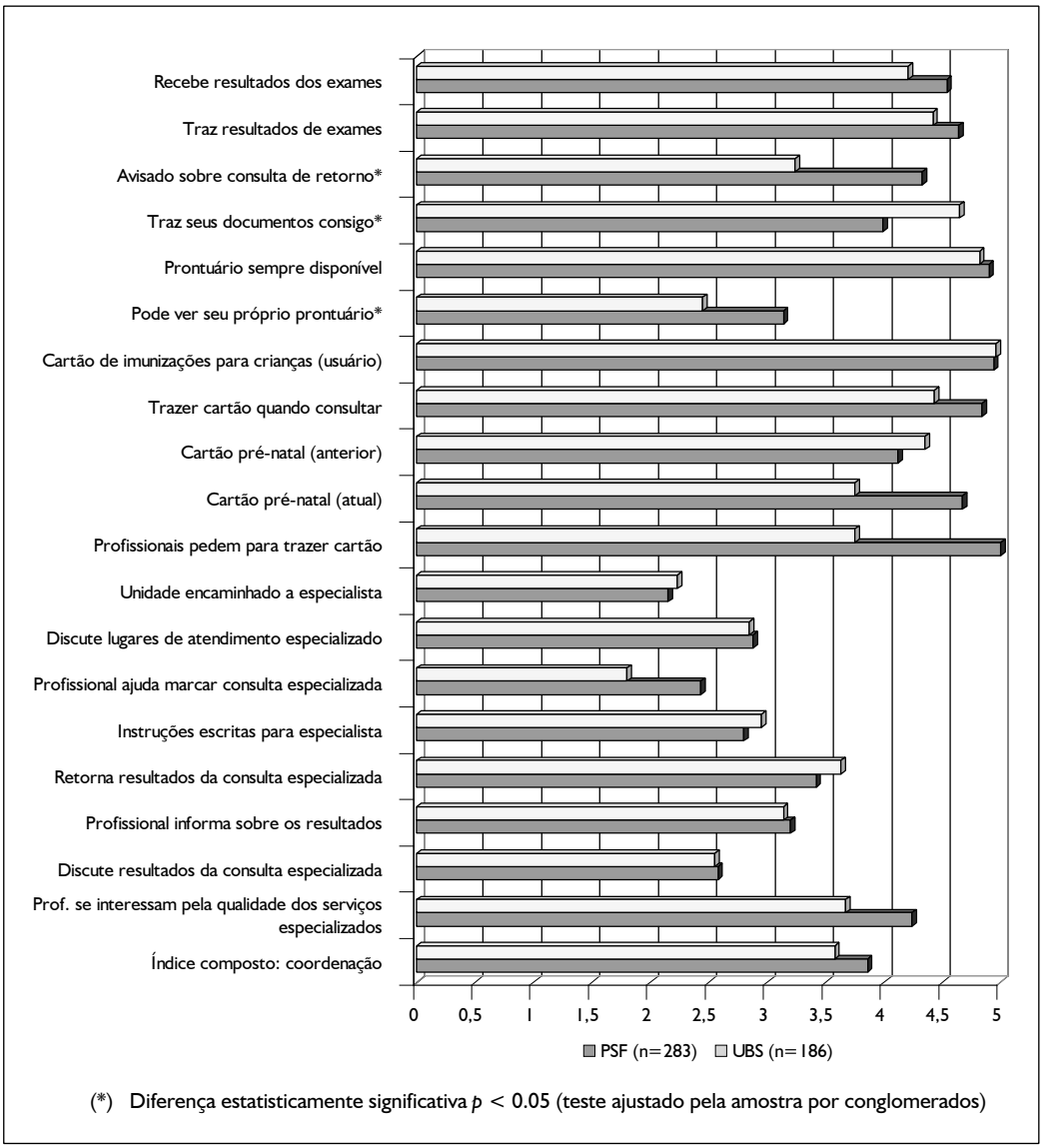
O índice composto para coordenação, nos dois tipos de unidades de atenção básica, foi praticamente igual, assim como são quase iguais as percepções dos usuários sobre as ações de coordenação nas unidades do PSF e nas UBS. Por outro lado, os usuários do PSF informam mais freqüentemente que poderiam ver seus prontuários médicos, se quisessem; e que os profissionais dessas unidades pedem para trazer seus documentos de controle de saúde a cada consulta, mais freqüentemente do que os das UBS tradicionais (Tabela 20 e Gráfico 12).

Tabela 20 – Coordenação por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F
	Média	Ep	Média	Ep	p
Usuário recebe resultados dos exames	4,54	1,27	4,21	1,70	0,178
Traz resultados de exames para o serviço	4,64	1,18	4,42	1,51	0,417
Usuário é avisado sobre consulta de retorno*	4,33	1,55	3,24	2,30	0,000
Usuário traz documentos, fichas de controle consigo*	3,99	1,89	4,65	1,10	0,045
Prontuário médico sempre disponível	4,90	0,55	4,82	0,80	0,610
Usuários podem ver seus próprios prontuários*	3,14	2,25	2,45	2,40	0,038
Cartão de imunizações para crianças (usuária)	4,94	0,36	4,96	0,19	0,306
Profissionais pedem para trazer cartão quando consultar	4,84	0,64	4,43	1,57	0,150
Cartão de controle pré-natal (gravidez anterior)	4,12	1,90	4,35	1,66	0,380
Cartão de controle pré-natal (gravidez atual)	4,67	1,29	3,75	2,50	0,415
Profissionais pedem para trazer cartão quando consultar	5,00	0,00	3,75	2,50	0,199
Encaminhado a especialista por esta unidade?	2,15	2,30	2,23	2,26	0,208
Profissional discute lugares de atendimento especializado	2,88	2,38	2,85	2,29	0,207
Profissional ajuda marcar consulta especializada	2,43	2,36	1,80	2,19	0,014
Profissional fornece instruções escritas para especialista	2,80	2,40	2,95	2,34	0,645
Retorna para a unidade os resultados da consulta especializada	3,42	2,22	3,63	2,10	0,629
Profissional informa sobre os resultados da consulta especializada	3,20	2,33	3,14	2,34	0,703
Discute resultados da consulta especializada	2,58	2,33	2,55	2,32	0,930
Profissionais se interessam pela qualidade dos serviços especializados	4,24	1,54	3,67	1,89	0,150
Índice composto: coordenação	3,86	0,97	3,58	1,21	$p > 0,05$

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 12 – Coordenação por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0.05$ (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

6. Enfoque familiar

Apesar das unidades do PSF terem um maior valor no índice composto de enfoque familiar do que as UBS tradicionais, ambas têm valores baixos nesse indicador e a diferença no índice composto de ambos tipos de unidades é estatisticamente significativa.

Os resultados sugerem, entretanto, que os profissionais do PSF estabelecem uma melhor relação com os usuários; e estes informam que os médicos quase sempre conhe-

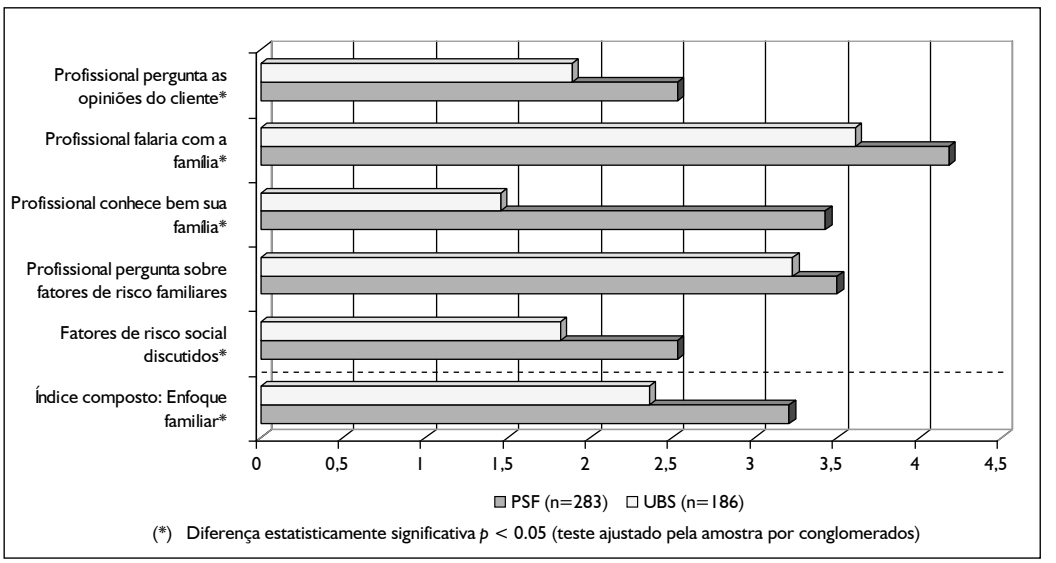
cem as suas famílias e falariam com os familiares sobre as suas condições de saúde, se fosse necessário. Além disso, os profissionais do PSF mais freqüentemente perguntam as opiniões dos usuários e discutem fatores de risco social com eles. Em síntese, do ponto de vista dos usuários, os profissionais do PSF são mais orientados para a família do que os das UBS tradicionais (Tabela 21 e Gráfico 13).

Tabela 21 – Enfoque familiar por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F*
	Média	Ep	Média	Ep	p
Fatores de risco social discutidos durante a consulta(*)	2,53	2,29	1,82	2,27	0,010
Profissional pergunta sobre fatores de risco familiares	3,50	2,03	3,23	2,23	0,280
Profissional conhece bem sua família(*)	3,43	1,97	1,46	2,06	0,000
Profissional falaria com a família do cliente(*)	4,18	1,58	3,61	1,97	0,023
Profissional pergunta as opiniões do cliente(*)	2,53	2,22	1,89	2,23	0,030
Índice composto: Enfoque familiar(*)	3,21	1,65	2,36	2,05	0,035

(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0,05$ (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 13 – Enfoque familiar por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



7. Orientação para a comunidade

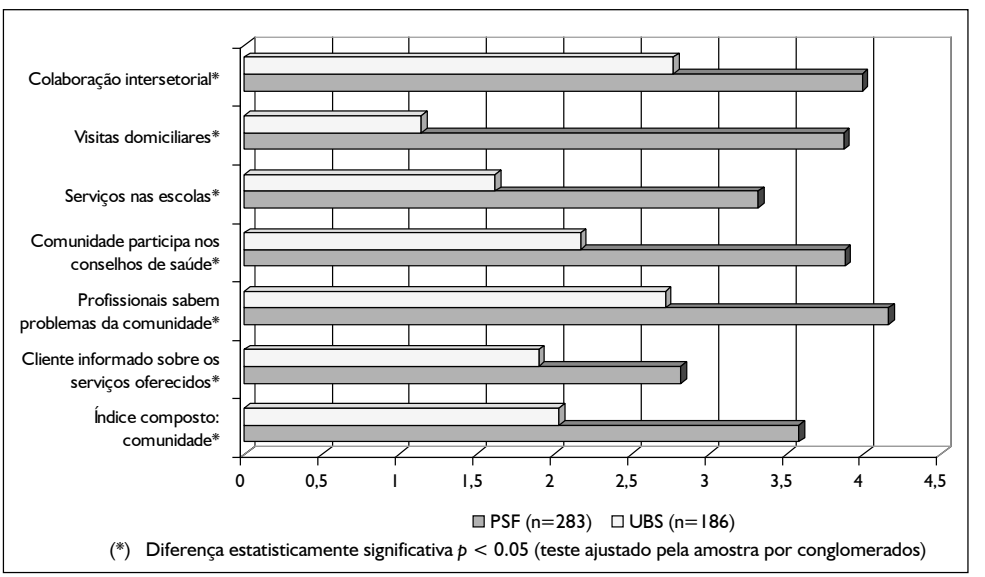
As unidades do PSF têm melhor desempenho para todos os indicadores desta dimensão, ou seja, são mais orientadas para a comunidade do que as UBS tradicionais. O índice composto de orientação para a comunidade é substancialmente maior para os primeiros e a diferença é estatisticamente significativa (Tabela 22 e Gráfico 14).

Tabela 22 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F*
	Média	Ep	Média	Ep	p
Cliente informado sobre os serviços oferecidos*	2,82	2,21	1,90	2,21	0,004
Profissionais sabem sobre os problemas da comunidade*	4,16	1,43	2,72	2,14	0,000
Participação da comunidade nos conselhos de saúde*	3,88	1,74	2,17	2,23	0,000
Serviços oferecidos nas escolas*	3,32	2,12	1,62	2,13	0,000
Visitas domiciliares*	3,87	1,56	1,14	1,87	0,000
Colaboração inter-setorial*	3,99	1,62	2,77	2,24	0,000
Índice composto: Orientação para a comunidade*	3,58	0,08	2,03	0,15	0,003

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 14 – Orientação para a comunidade por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004



8. Formação profissional

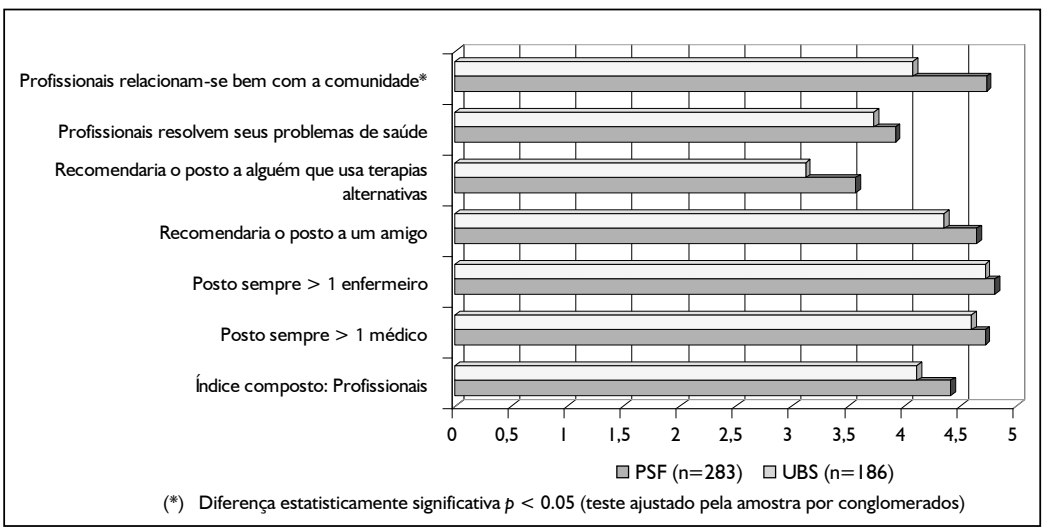
Os índices compostos dos dois tipos de unidades foram muito parecidos. De uma maneira geral, os usuários de ambos tipos de serviços consideram os profissionais de saúde bastante disponíveis e bem preparados. No caso das unidades do PSF, os usuários consideram, mais freqüentemente, que os profissionais relacionam-se melhor com a comunidade, se comparados com os das UBS tradicionais (Tabela 23 e Gráfico 15).

Tabela 23 – Formação profissional por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Indicador	PSF (n = 283)		UBS (n = 186)		Teste-F*
	Média	Ep	Média	Ep	p
Posto sempre tem pelo menos 1 médico	4,72	0,81	4,60	0,92	0,334
Posto sempre tem pelo menos 1 enfermeiro	4,81	0,66	4,72	1,00	0,184
Recomendaria o posto a um amigo	4,64	1,12	4,35	1,46	0,097
Recomendaria o posto a alguém que usa terapias alternativas	3,57	2,01	3,12	2,24	0,195
Profissionais resolvem seus problemas de saúde	3,92	1,44	3,73	1,61	0,181
Profissionais relacionam-se bem com a comunidade*	4,73	0,84	4,08	1,53	0,000
Índice composto: Profissionais	4,41	0,07	4,11	0,10	0,092

(*) Diferença estatisticamente significativa (teste ajustado pela amostra por conglomerados)

Gráfico 15 – Profissionais de saúde por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004.



9. Índice composto total de atenção básica

Como efetuado anteriormente, na primeira etapa da pesquisa, para comparar a experiência global do usuário com a atenção básica foi também aqui construído um índice composto total, obtido a partir da média dos oito índices compostos de cada dimensão trabalhada e que representa a experiência total dos usuários na utilização desses serviços.

Segundo os resultados apresentados, os usuários dos serviços do PSF referem ter experimentado uma atenção básica de melhor qualidade (teste F ajustado pela amostra por conglomerados, $p < 0.05$).

Tabela 25 – Índice composto total de atenção básica por tipo de unidade (usuários), Petrópolis, 2004

Variável	PSF (n = 283)	UBS (n = 186)	Ambos (n = 469)
Índice composto total de atenção básica*	3,765	3,180	3,533

(*) Diferença estatisticamente significativa $p < 0.05$ (teste ajustado pela amostra por conglomerados).

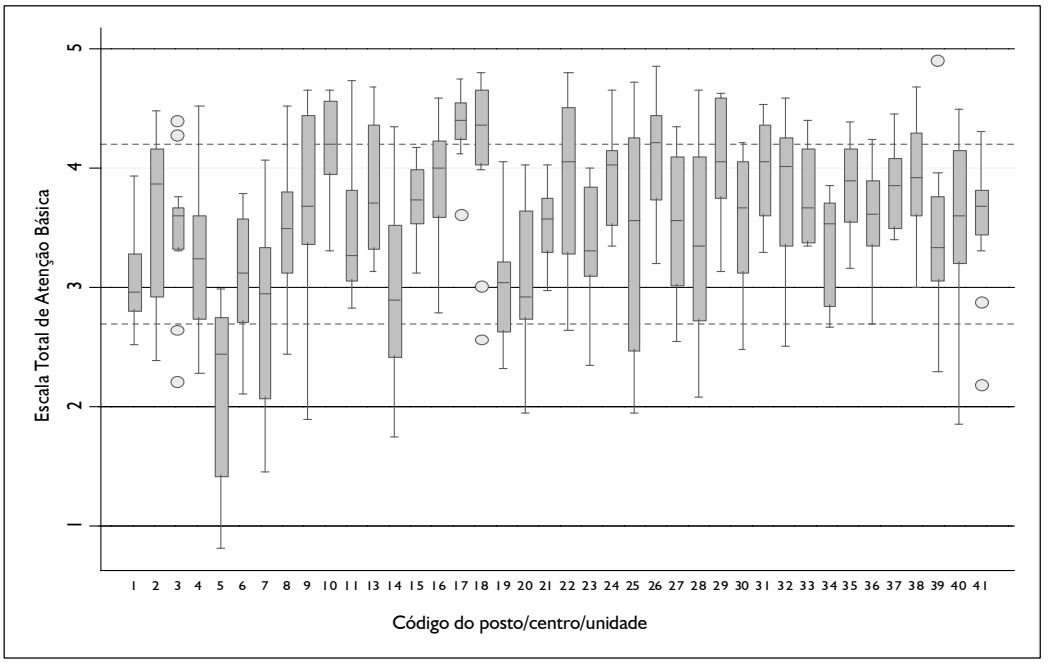
D. Análise de desempenho das unidades

A avaliação de desempenho das unidades de saúde pode ser realizada de diferentes maneiras. Uma técnica freqüentemente empregada na gestão é a análise das variações do desempenho entre unidades de um mesmo nível de atenção, ou com a mesma complexidade, sendo que a identificação de variações entre essas unidades, supostamente semelhantes, pode ser um primeiro passo para medir e avaliar a qualidade dos serviços. O objetivo dessas metodologias é identificar "melhores práticas" que possam ser adotadas nas demais unidades e, ao mesmo tempo, detectar problemas que possam ser resolvidos ou identificar áreas em que a atuação daquelas unidades com pior desempenho possa ser melhorada.

Utilizamos os resultados da enquete com os usuários para construir um gráfico bastante simples que mostra a variação entre os *escores* por unidade. A análise dos "*outliers*" — unidades com valores significativamente diferentes dos valores esperados – permitiu identificar várias unidades que consistentemente estiveram acima ou abaixo do valor médio para cada índice composto.

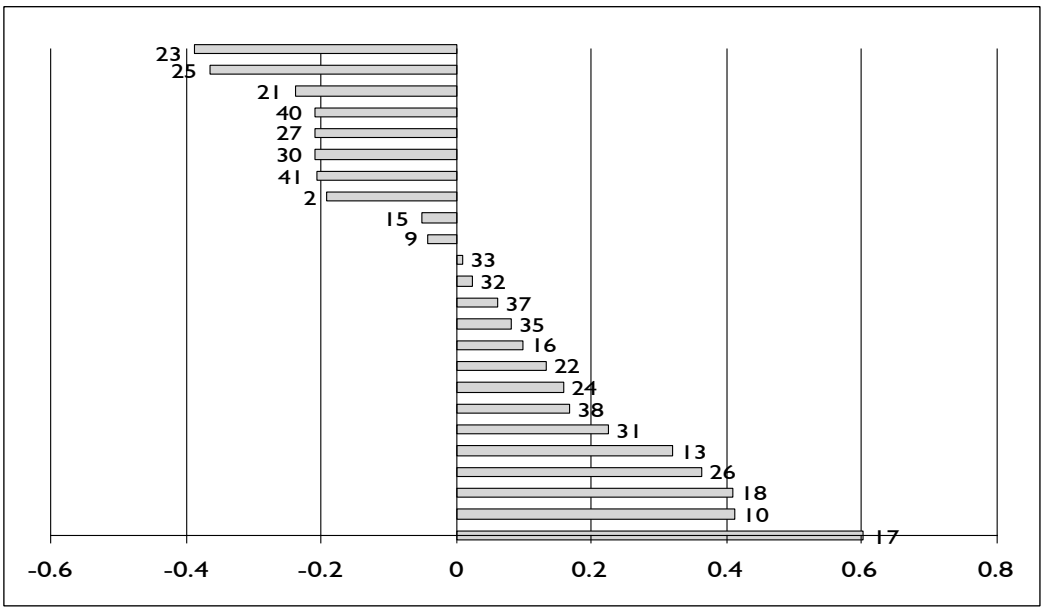
O Gráfico 16, a seguir, mostra uma síntese dos resultados obtidos com a comparação entre as unidades. As duas linhas pontilhadas assinalam, respectivamente, 75% e 25% dos valores máximos e mínimos. Definimos como "*outliers*" as unidades que têm um valor médio acima de 75% ou abaixo de 25%.

Gráfico 16 – Variação no índice composto total de atenção básica por tipo de unidade, Petrópolis, 2004



O Gráfico 17 a seguir mostra a diferença entre o índice composto total da atenção básica de cada unidade e o valor médio de todas as unidades do PSF. Os números que correspondem a cada barra são os códigos das unidades. As barras à direita mostram valores acima do valor médio (melhor desempenho) e as barras à esquerda valores mais baixos (pior desempenho). Registra-se que 60% das unidades estavam acima do valor médio e 40% abaixo.

Gráfico 17 – Distância da média do índice total de atenção básica unidades do PSF, Petrópolis, 2004



As unidades do PSF "superiores", isto é, que apresentam índices compostos acima dos valores médios, são:

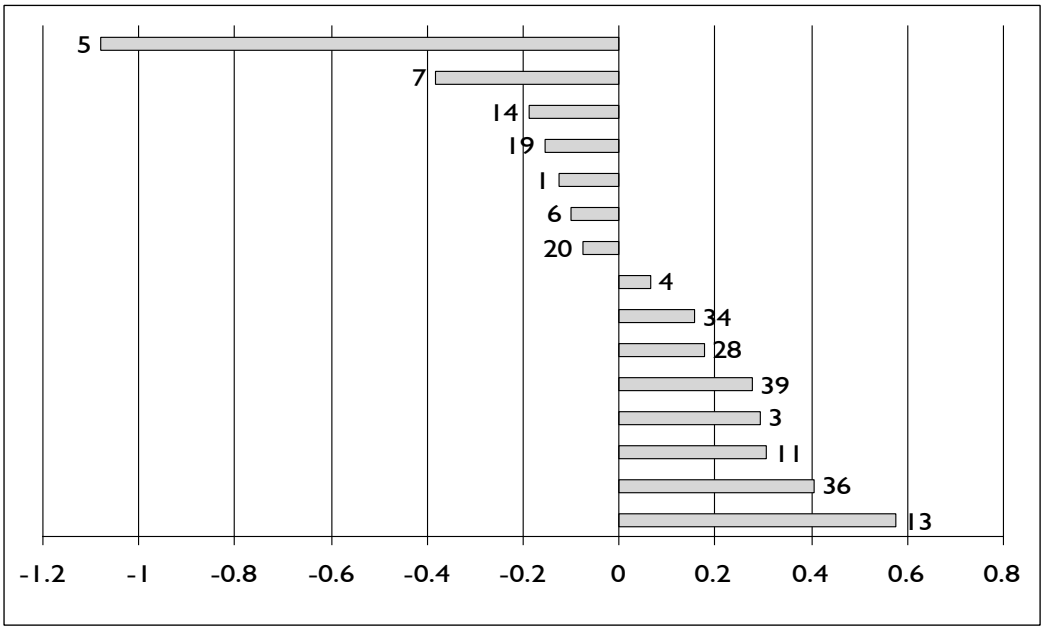
- PSF – código 10: onde os valores dos índices compostos nas dimensões de acesso, vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e formação profissional foram muito altos, segundo os usuários.
- PSF – código 17: apresentou índices muito altos em todas as dimensões. O gráfico indica que foi a unidade com melhor desempenho no município, segundo os usuários.
- PSF – código 18: onde os índices compostos de todas as dimensões (menos acesso) foram altos, sendo a segunda unidade com melhor desempenho no município, segundo os usuários.
- PSF – código 26: apresentou quase todas as dimensões com índices compostos acima da média (menos enfoque familiar).

E as unidades que tiveram índices compostos "inferiores" às outras, isto é, que obtiveram valores abaixo da média são:

- PSF – código 23: apresentou valores muito baixos para acesso, enfoque familiar e profissionais de saúde.
- PSF – código 25: apresentou valores muito baixos para vínculo, enfoque familiar e orientação para a comunidade.

O Gráfico 18, a seguir, mostra a diferença entre o índice composto total de atenção básica de cada unidade e o valor médio de todas as UBS tradicionais. Aproximadamente 50% estavam acima do valor médio e 50% abaixo.

Gráfico 18 – Distância da média do índice total de AB, UBS, Petrópolis, 2004



Segundo a enquete realizada com os usuários, as UBS com melhor desempenho são:

- UBS – código 13: onde os todos os índices compostos, menos coordenação, foram superiores ao valor médio.
- UBS – código 36: onde vínculo, elenco de serviços e profissionais foram muito altos.
- UBS – código 11: apresentou índices compostos altos nas dimensões vínculo, elenco de serviços e profissionais de saúde.
- UBS – código 3: com índices compostos bons para porta de entrada e coordenação.

E as unidades que tiveram índices compostos "inferiores" às outras, isto é, que obtiveram valores abaixo da média são:

- UBS – código 1: onde os índices compostos foram muito baixos para orientação para a comunidade, enfoque familiar e acesso. Talvez uma possível explicação seja que essa unidade é um centro de saúde que atende demanda possivelmente maior, por sua área de abrangência.

- UBS – código 5: apresentou o pior desempenho em todos os indicadores. Esse baixo desempenho pode ser explicado, em parte, pelo tipo de clientela atendida, cujo estado de saúde e as necessidades podem ser pior do que a dos usuários dos outros centros e postos. A idade dos usuários também pode estar afetando as respostas, pois os idosos podem ter maior dificuldade em responder às perguntas do questionário.
- UBS – código 7: essa unidade tem grande variação nas informações dos usuários, o que pode sugerir tanto qualidade da atenção não uniforme, segundo o profissional de saúde que atende, o dia de semana etc., ou uma maior dificuldade dos usuários em responder às perguntas.
- UBS – código 14: também se constatou grande variação nas respostas dos usuários, mas, em geral, apresenta valores muitos baixos para enfoque familiar e orientação comunitária.
- UBS – código 20: todos os valores dos índices compostos estão abaixo da média, mas nenhum deles está entre os piores observados.

O Anexo V apresenta gráficos adicionais que mostram o desempenho de cada unidade em cada uma das oito dimensões da atenção básica estudadas.

Esses resultados sugerem a necessidade de uma investigação mais aprofundada, qualitativa, sobre o modo de operar de algumas unidades, para verificar, por exemplo, a organização do processo de trabalho, o elenco de serviços (programas especiais), a existência de treinamentos específicos ou outros fatores que podem estar contribuindo para distinguir positivamente essas unidades das outras, com o objetivo de identificar as "melhores práticas" que poderiam, talvez, ser adotadas nas outras unidades. Esses serviços podem representar um exemplo ou um "modelo" possível de ser alcançado pelas outras unidades do PSF que, supostamente, têm a mesma estrutura e, portanto, o mesmo potencial.

Do mesmo modo, vale a pena também investigar em maior detalhe o *modus operandi* daquelas unidades que apresentaram um baixo desempenho, para identificar os principais problemas, ou explicações para esse resultado, e possíveis soluções.

VII. VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS E DA METODOLOGIA

A. Comparação entre as fontes de dados

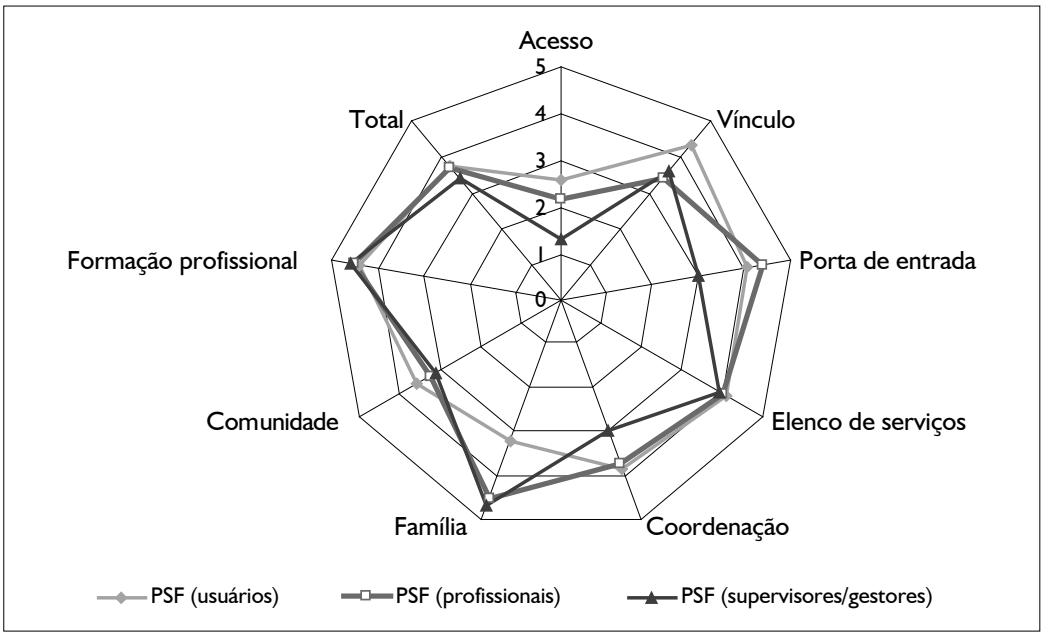
Em 77,7% dos casos, a enquete com os usuários dos serviços do PSF apresentou resultados estatisticamente semelhantes aos das entrevistas com os informantes-chave profissionais que trabalham nas unidades do PSF, em cada unidade. Entretanto, não encontramos uma concordância muito boa entre as outras fontes de dados (usuários, supervisores e gestores) (Tabela 26 e Gráfico 19).

Tabela 26 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, unidades do PSF, Petrópolis, 2004*

Índice composto	Usuários (1)	Profissionais Unidade (2)	Supervisor / Gestor (3)	Fontes concordam**		
				1 e 2	1 e 3	2 e 3
Acesso	2,44-2,67	2,01-2,31	1,30-1,85	Não	Não	Não
Vínculo	4,21-4,42	4,22-4,56	3,50-3,70	Sim	Não	Não
Porta de entrada	3,90-4,25	4,39-4,39	2,80-3,20	Sim	Não	Não
Elenco de serviços	3,98-4,23	3,80-4,15	3,70-3,95	Sim	Sim	Sim
Coordenação	3,69-4,04	3,53-3,94	2,85-3,15	Sim	Não	Não
Enfoque familiar	3,02-3,34	4,23-4,77	4,60-4,75	Não	Não	Sim
Orientação para comunidade	3,41-3,75	2,84-3,69	3,00-3,20	Sim	Não	Sim
Formação profissional	4,27-4,54	4,35-4,70	4,50-4,60	Sim	Sim	Sim
Índice composto total	3,65-3,87	3,56-3,87	3,30-3,40	Sim	Não	Não
% Concordância				77,7	22,2	44,4

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;
(**) Sim = teste X^2 de diferença = $p < 0,05$

Gráfico 19 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, PSF, Petrópolis, 2004



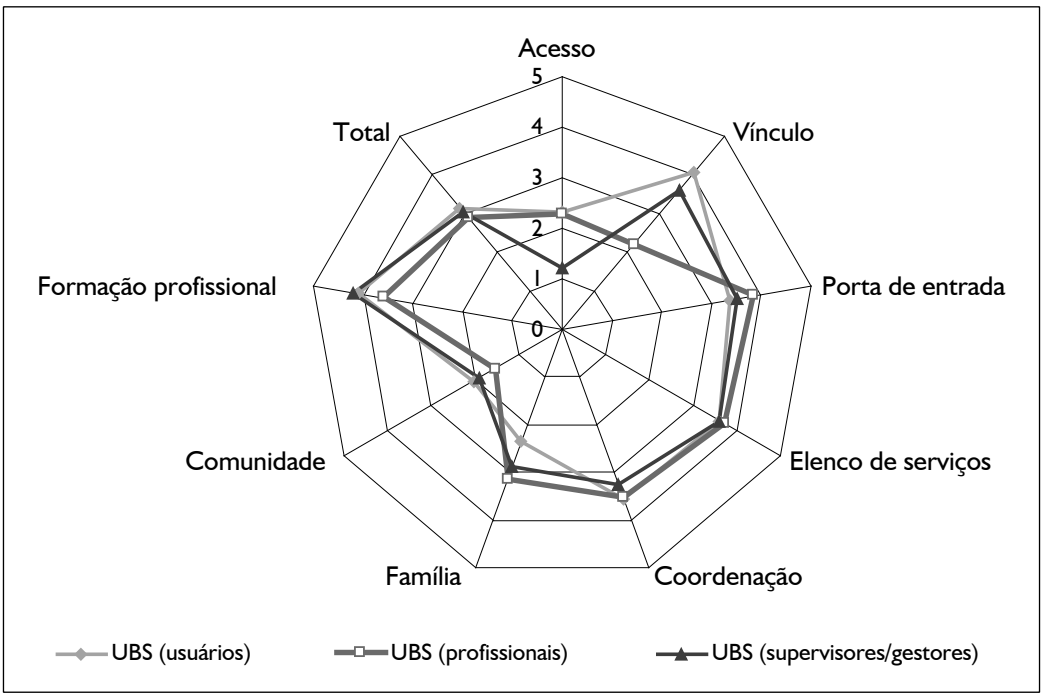
No caso das UBS tradicionais, em 77,7% dos casos a enquete com os usuários dos serviços apresentou resultado estatisticamente igual aos das entrevistas com os informantes-chave profissionais que trabalham em cada unidade. A comparação dos resultados dos outros tipos de informantes-chave (profissionais das unidades, supervisores e gestores) concordaram em 66,7% dos casos. Mas, também neste caso, não encontramos uma concordância muito boa entre as opiniões dos usuários e a dos gestores (Tabela 27 e Gráfico 20).

Tabela 27 – Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, UBS, Petrópolis, 2004*

Índice composto	Usuário (1)	Profissionais Unidade (2)	Supervisor / Gestor (3)	Fontes concordam**		
				1 e 2	1 e 3	2 e 3
Acesso	2,12-2,53	1,74-2,80	1,10-1,25	Sim	Não	Não
Vínculo	3,90-4,25	3,49-4,26	3,55-3,68	Sim	Não	Sim
Porta de entrada	3,03-3,68	3,87-3,87	3,40-3,55	Sim	Não	Não
Elenco de serviços	3,26-3,94	3,26-4,14	3,55-3,85	Sim	Sim	Sim
Coordenação	3,36-3,80	3,36-3,73	3,20-3,55	Sim	Sim	Sim
Enfoque familiar	2,05-2,68	2,80-3,46	2,80-2,95	Não	Não	Sim
Orientação comunitária	1,71-2,35	0,61-2,47	1,60-1,91	Sim	Sim	Sim
Profissionais de saúde	2,12-2,53	1,74-2,80	1,10-1,40	Sim	Não	Não
Índice composto total	3,90-4,25	3,49-4,26	3,25-3,70	Sim	Não	Sim
% Concordância				88,9	44,4	66,7

(*) Valores apresentados significam intervalos de confiança de 95%;
(**) Sim = teste X^2 de diferença = $p < 0,05$

Gráfico 20: Comparação entre índices compostos segundo fontes de dados distintas, UBS, Petrópolis, 2004



Há várias explicações possíveis para as discrepâncias observadas nos valores obtidos entre os diferentes entrevistados. Em primeiro lugar, como os profissionais de saúde nas unidades estão em contato freqüente com os usuários dos serviços, o fato de que suas percepções sobre a qualidade da atenção sejam semelhantes poderia ser o esperado. Em segundo lugar, as percepções dos supervisores e dos usuários serem diferentes, ou seja, tenham apresentando o menor nível de concordância, também não surpreende, uma vez que os supervisores têm menor contato diário com os usuários do que os profissionais de saúde nas unidades. Em terceiro lugar, em algumas dimensões (acesso, por exemplo) os supervisores deram valores mais baixos que os usuários. Isto pode significar que, pelo menos em alguns casos, alguns aspectos do sistema de atenção básica podem estar funcionando melhor do que os supervisores supõem. Uma possível explicação seria que os supervisores estão mais diretamente ligados à resolução de problemas cotidianos dos serviços do que os outros grupos de informantes, daí terem uma percepção pior sobre o desempenho das unidades.

Mesmo assim, os supervisores do PSF em geral avaliaram a maioria dos indicadores com valores mais altos que os usuários e os profissionais de saúde nas unidades. Isto pode estar refletindo uma diferença entre o planejamento de implantação do PSF e sua real implementação.

Para que as divergências ou diferenças nas respostas, verificadas na comparação dos resultados obtidos com os instrumentos aplicados, possam ser utilizadas para melhorar a qualidade dos serviços, seria necessário tanto uma investigação mais profunda como discussões regulares e sistemáticas entre supervisores, profissionais de saúde e usuários. Parece haver poucos dados sobre o desempenho do PSF que possam ajudar o dia a dia dos profissionais e supervisores a avaliarem seu próprio progresso e identificarem oportunidades para um melhor desenvolvimento.

Nas unidades do PSF, dados gerais como indicadores de saúde, produção de serviços e informações demográficas sobre a população adscrita são coletados rotineiramente pelo SIAB. Entretanto, o fato de não haver grandes discordâncias entre as respostas dos profissionais e dos usuários entrevistados leva a supor que essas fontes de dados não são consultadas ou utilizadas regularmente para o monitoramento e avaliação dos serviços prestados à população. Sendo assim, esta é uma área que deve receber maior atenção no futuro, uma vez que uma hipótese possível é que os dados coletados pelo SIAB, embora sejam importantes para o planejamento geral, não seriam os mais adequados para o monitoramento, controle e desenvolvimento operacional cotidiano da organização dos serviços e, conseqüentemente, para a avaliação do seu desempenho.

Nesta pesquisa, tanto os usuários quanto os profissionais de saúde nas unidades informaram que sondagens (mesmo enquetes informais) não são realizadas regularmente para avaliar a experiência dos usuários e o nível de satisfação com os serviços oferecidos. A relativa concordância entre os valores atribuídos pelos profissionais de saúde e os usuários sugere ainda que, apesar da validade e da importância dessas sondagens populacionais, avaliações com os profissionais de saúde nas unidades podem ser usadas para auxiliar na melhora da qualidade dos serviços, uma vez que elas são mais rápidas de serem conduzidas, utilizam menos recursos financeiros e humanos e são mais fáceis de serem analisadas do que as enquetes com os usuários.

B. Relação entre organização e desempenho dos serviços de atenção básica e percepção dos usuários entrevistados sobre seu estado de saúde

Para testar e determinar a existência de associação entre a organização dos serviços de atenção básica e a percepção do estado de saúde dos usuários realizamos análises multivariadas. Essas análises foram conduzidas para controlar os efeitos de outros determinantes de saúde, tais como nível econômico, nível de escolaridade e idade, verificando a importância das características organizacionais dos serviços de saúde como determinantes da saúde da população.

Para essa análise, usamos a auto-avaliação dos usuários sobre o seu estado de saúde como variável dependente. Essa variável foi utilizada em outras pesquisas como indicador global da saúde do indivíduo (Bath, 1999; Benjamins *et al*, 2004) e recebe o valor "1" (hum) se o cliente responde que seu estado de saúde é "bom" ou "muito bom"; e 0 (zero) se for "regular", "ruim" ou "muito ruim". Sendo assim, esta variável reflete a percepção do cliente sobre seu estado de saúde.

Para conduzir a análise e auxiliar na interpretação dos resultados, construímos vários indicadores sintéticos. Primeiro, como já mencionado anteriormente, construímos um indicador global (chamado "índice composto total da atenção básica") sobre a experiência do usuário no uso dos serviços de atenção básica (segundo a sua perspectiva). Esse indicador foi obtido a partir da média dos oito escores de cada dimensão da atenção básica e representa a experiência total, de cada usuário, na utilização desses serviços.

Construímos também duas variáveis binárias, uma chamada "doença crônica", que tem valor "0" (zero) se o cliente respondeu que não tinha nenhuma das doenças listadas no questionário (em número de 7, consideradas "doenças crônicas típicas"); e "1" (hum) se respondeu que tinha pelo menos uma delas. E outra chamada "doença recente (ou aguda)", que tem valor "0" (zero) se durante o ultimo mês o usuário não teve que deixar

de realizar qualquer atividade por motivo de saúde; e "1" (hum) em caso contrário. Essas variáveis são importantes para determinar se um indivíduo considera estar com boa saúde ou não. Por essa razão, foram incluídas na análise.

Para controlar os efeitos da renda dos usuários, construímos uma escala com elementos das características do domicílo e bens de consumo como indicativos de nível de renda domiciliar, que varia entre "0" (zero) e "8" (oito), constituída pelas respostas dos entrevistados em relação a terem em casa os seguintes itens: luz, água encanada, banheiro, geladeira, rádio, telefone, televisão e carro. Testamos várias combinações do indicador, por exemplo, designando como "muito pobres" os que não tinham todas as "necessidades básicas" de moradia satisfeitas, tais como, luz, água encanada e banheiro dentro da casa. Esta e outras combinações entre os elementos da escala deram os mesmos resultados que a escala original. Por isso optamos por utilizar usar a escala simples (de 1 a 8).

Construímos ainda um indicador de escolaridade, chamado "ensino médio", que tem valor "0" (zero) se o usuário não completou o segundo grau; e "1" (um) se completou.

Para testar se o atendimento pelo PSF, por si só, apresenta associação com o estado de saúde dos usuários, construímos um indicador para identificar se o indivíduo recebeu atenção básica numa unidade do PSF ou numa unidade básica tradicional (PSF = 1; outras UBS = 0).

Testamos várias combinações de variáveis comparando modelos usando o "*Likliehood ratio test*" (Long & Freese, 2001). Todas as análises foram realizadas usando o programa STATA 8.2 e o desvio-padrão para cada análise foi ajustado para a amostra por conglomerados (Statacorp, 2003).

A Tabela 28 apresenta o melhor modelo estatístico para explicar as variações na variável dependente (a saúde do usuário). Transformamos os resultados da regressão logística em "*Odds ratios*" para facilitar a sua interpretação. Os principais resultados são:

1. Controlando com os determinantes de saúde incluídos no modelo estatístico, a melhora de um ponto no índice composto total da AB aumenta em 48,5% a probabilidade de o usuário referir que seu estado de saúde é bom. Entretanto, as seguintes observações são importantes:
    - Cada ano de idade a mais do usuário reduziu a probabilidade de ele referir que seu estado de saúde é bom ou muito bom.
    - A presença de uma doença crônica também reduziu a probabilidade de considerar seu estado de saúde bom ou muito bom.

- O "nível de renda" domiciliar está associado positivamente com estado de saúde, ou seja, quanto melhor o nível de renda melhor é o estado de saúde do usuário.
- A correlação com o nível de escolaridade não foi estatisticamente significativa. Isso pode ser devido a uma correlação positiva entre nível de renda e escolaridade (não incluindo escolaridade no modelo aumenta a significância da variável renda domiciliar), mas ambos foram incluídos no modelo final por serem determinantes fundamentais da saúde.

2. A variável tipo de serviço de saúde não foi estatisticamente significativa, mas a qualidade da organização e a oferta de serviços foi mais importante. Isso significa que a reforma da atenção primária em Petrópolis deve concentrar-se na melhora da organização dos serviços e da oferta de atenção básica, seja no PSF ou nas UBS tradicionais. Devido à forma de organização específica e recursos adicionais, as unidades do PSF levam vantagem sobre as tradicionais, mas nem todas prestam serviços considerados de boa qualidade.

3. Finalmente, não incluímos a variável "gênero" no modelo final, pois esta variável não foi estatisticamente significativa em nenhuma análise. Para testar os efeitos de gênero realizamos uma análise multivariada estratificando por sexo. Os resultados revelaram uma tendência semelhante às da Tabela 28. Para a amostra somente mulheres (n = 380) o "*odds ratio*" para a atenção básica foi 1,5 ($p < 0.01$). Isto quer dizer que, controlando com os determinantes de saúde incluídos no modelo estatístico, a melhora de um ponto no índice composto total da atenção básica aumenta em 50% a probabilidade de a mulher referir que seu estado de saúde é bom. Como o resultado obtido usando a amostra só de mulheres não foi diferente do resultado utilizando a amostra com todos os usuários, podemos concluir que o efeito da atenção básica na saúde do usuário não é diferente para homens e mulheres.

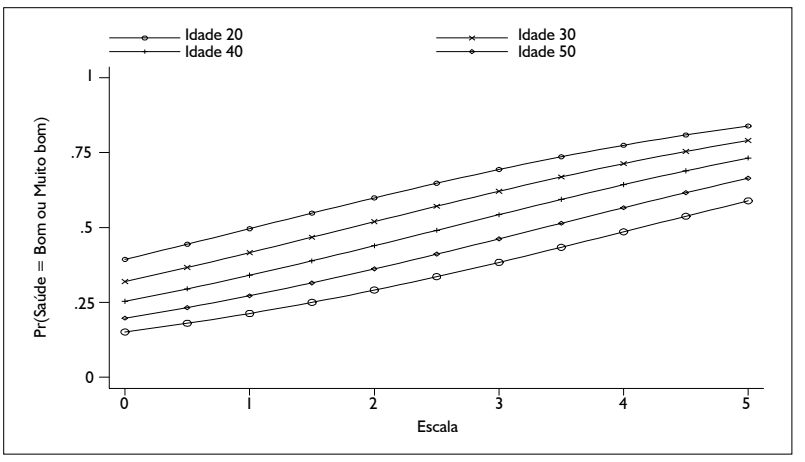
Tabela 28 – Regressão logística multivariada para auto-avaliação do usuário sobre seu estado de saúde, Petrópolis, 2004

Estado de Saúde** (n = 455)	Odds Ratio	Desvio-padrão*	z	P>z	Intervalo de confiança de 95%
Índice composto total da atenção básica	1,452	0,224	2,410	0,016	1,073 - 1,966
Idade	0,969	0,006	-5,010	0,000	0,957 - 0,981
Doença crônica	0,578	0,139	-2,270	0,023	0,360 - 0,927
Doença recente	0,176	0,053	-5,810	0,000	0,098 - 0,316
Riqueza domiciliar	1,219	0,119	2,030	0,043	1,007 - 1,476
Ensino médio	0,733	0,252	-0,900	0,366	0,374 - 1,437
PSF ou UBS (0 = UBS; 1 = PSF)	0,998	0,265	-0,010	0,995	0,594 - 1,679

(*) Desvio-padrão ajustado para a amostra por conglomerados; (**) 0 = estado de saúde muito ruim, ruim ou regular; 1 = estado de saúde bom ou muito bom.

Para ilustrar os resultados das regressões na Tabela 28, o Gráfico 21 apresenta a relação entre o índice composto total da atenção básica e a probabilidade de um indivíduo avaliar seu estado de saúde como bom ou muito bom. O gráfico mostra que, em cada faixa etária, a probabilidade de um indivíduo reconhecer estar com boa saúde aumenta em cada aumento no índice composto.

Gráfico 21 – Relação entre o índice composto total da atenção básica e probabilidade de estar com boa saúde, por faixa etária, Petrópolis, 2004*



(*) Controlado por idade, renda domiciliar, escolaridade, doença crônica, doença recente e utilização do PSF

C. Validação dos indicadores (perguntas): testes estatísticos

Técnicas estatísticas foram usadas para avaliar a validade de cada pergunta em cada dimensão da atenção básica. Especificamente, *Cronbach's alpha* foi calculado para cada dimensão, utilizando todas as perguntas (indicadores definidos para cada dimensão). *Cronbach's alpha* é a proporção da variação total de uma escala que pode ser atribuída a uma dimensão comum difícil de ser calculada diretamente. Sendo assim, este coeficiente é usado para medir a precisão que um grupo de itens possui para prever o efeito desta dimensão que não pode ser diretamente observado. Quanto maior o valor, melhor a interação dos itens para medir essa dimensão. Depois de calcular o *Cronbach's alpha* para todas as perguntas, calculou-se a mudança no valor do *Cronbach's alpha* quando da retirada de uma delas de cada vez. Se a retirada de um item específico resulta no aumento do valor do *Cronbach's alpha*, significa que este item não mediu necessariamente a mesma dimensão que os outros itens e que deve, portanto, ser retirado da mesma (Devellis, 2003).

Através desta técnica, descobriu-se que quatro perguntas não contribuíram para a medida das dimensões e foram, portanto, retirados das mesmas. As perguntas retiradas foram as seguintes:

- se o usuário tem que deixar de trabalhar para consultar (dimensão acesso);
- se foi necessário um co-pagamento para a consulta (dimensão acesso);
- se o usuário achava que era necessária uma referência da unidade da atenção básica antes de buscar uma consulta com um especialista (dimensão porta de entrada); e
- se o profissional tratava apenas a doença do cliente (dimensão vínculo).

Embora essas perguntas não tenham sido incluídas no cálculo da dimensão, elas estão presentes nas tabelas junto com as outras variáveis uma vez que fornecem informações úteis. Os valores de *Cronbach's alpha* para todas as dimensões, na presença ou na ausência dessas perguntas, são apresentados nos Anexos VI e VII.

Na análise fatorial, as oito escalas foram reduzidas a um fator único (*Eigen value* = 2,64), resultado que sugere que as oito escalas fazem parte do mesmo conceito – o de desempenho da atenção básica.

Finalmente, a Tabela 29 apresenta os resultados da auto-avaliação dos informantes-chave em relação à sua confiança nos dados fornecidos durante a entrevista. A tabela mostra que cerca de 70% das respostas dos profissionais no PSF foram baseadas em dados e informações disponíveis (em documentos administrativos ou sistemas de informação). Esta porcentagem foi menor para os profissionais nas UBS (55%), o que sugere que os profissionais no PSF têm mais acesso (ou utilizam mais) as fontes de informação oficiais. Os profissionais também foram perguntados sobre o seu nível de confiança nos dados/in-

formações fornecidos que não foram baseados nessas fontes de informação. O nível de confiança médio dos profissionais no PSF foi de 2,36 e para os das UBS tradicionais foi de 4,6. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de que, em geral, os profissionais do PSF têm menos anos de experiência trabalhando nesse tipo de unidade do que os profissionais das UBS tradicionais, pelo pouco tempo de implantação do PSF no município.

Tabela 29 – Auto-avaliação da confiança dos informantes-chave nas sua respostas, Petrópolis, 2004.

Respostas foram baseadas em dados ou informações disponíveis? (%)	**Valor**	
	PSF (n = 23)	**UBS (n = 10)**
Nunca	21,7	44,44
Quase nunca	0	0
Algumas vezes	8,7	0
Muitas vezes	8,7	11,11
Quase sempre	21,7	22,22
Sempre	39,1	22,22
Nível de confiança nas respostas	**PSF (n = 23)**	**UBS (n = 10)**
Valor médio (0-5)	2,36	4,60

D. Considerações sobre o instrumento (questionário)

Algumas dificuldades na coleta dos dados foram detectadas pelos supervisores da pesquisa, principalmente na enquete com os usuários, durante a aplicação do questionário, e outras nas etapas de controle e codificação, relacionadas tanto ao próprio conteúdo do questionário, quanto à falta de compreensão adequada dos entrevistadores sobre alguns pontos considerados "confusos".

Essa "confusão" em relação a alguns dados se deve a duas questões centrais. Primeiro, à forma como o questionário foi construído, combinando-se as duas versões originais – para adultos e para pais de crianças – em uma única versão, o que suscitou dúvidas sobre algumas questões, como relatado a seguir. E, segundo, à escala de valores atribuída às respostas, que foi utilizada no questionário – muito bom, bom, regular, ruim, muito ruim, recusa, não sabe – pois, segundo os entrevistadores, muitos entrevistados apresentaram dificuldades em encaixar sua resposta nessa escala.

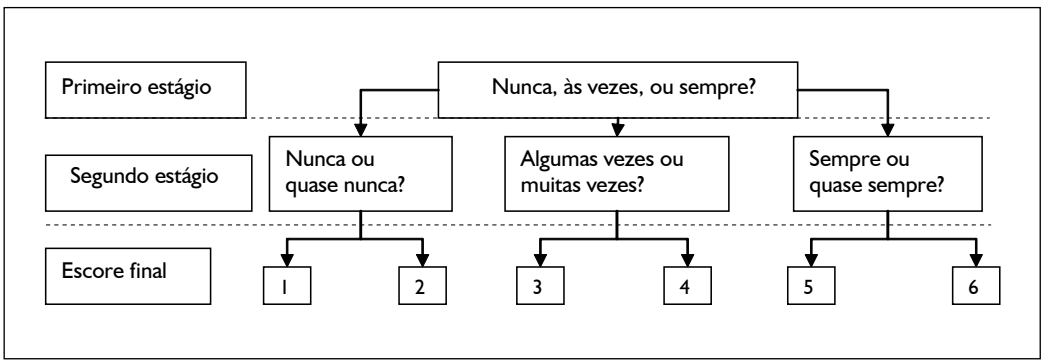
Em relação à escala para as respostas, ainda que os entrevistadores tenham afirmado que a elaboração do pequeno cartaz esquematizando as opções da escala tenha sido fundamental para auxiliar na escolha da resposta pelos entrevistados, muitos tiveram dificuldade em reduzir sua resposta a uma daquelas opções. Sugeriu-se, então, pensar

uma escala alternativa ou mais clara, pois a diferença entre "quase nunca" e "algumas vezes", ou ainda entre "muitas vezes" e "quase sempre" pode ser muito sutil e de difícil discernimento pelo entrevistado. Aconselha-se ainda acrescentar uma nova opção de "Não se aplica", para os casos em que de fato a resposta não se encaixe em nenhuma das opções da escala.

Outra solução seria fazer as perguntas em dois estágios: o primeiro estabeleceria categorias amplas para posicionar o entrevistado de acordo com sua percepção; e o segundo estágio verificaria a intensidade dessa percepção, o que permitiria uma resposta mais específica. Por exemplo, no primeiro estágio o entrevistador faria a pergunta e pediria que o entrevistado escolhesse uma das respostas seguintes: "Nunca", "Às Vezes", ou "Sempre". Depois, o entrevistador passaria ao segundo estágio, esclarecendo a intensidade da resposta. Se a resposta fosse "nunca", por exemplo, o entrevistador perguntaria se o entrevistado quis dizer "nunca" ou "quase nunca". O mesmo processo ocorreria para as outras possíveis respostas, como mostrado no Gráfico 22 a seguir.

Entretanto, essa forma de aplicar o questionário não foi testada neste estudo.

Gráfico 22 – Proposta de algoritmo para solicitar as respostas do questionário



No que toca às opções "não sabe" e "recusa" (consideradas *missing*, como mencionado anteriormente), menos de 5% das perguntas tinham essa resposta.

Em relação às perguntas em si, os entrevistadores mencionaram dificuldades dos entrevistados na compreensão de algumas questões, sendo que essa dificuldade foi maior naqueles usuários de baixa escolaridade e idosos. Foi sugerido que essas perguntas fossem reestruturadas ou simplificadas, para facilitar o entendimento pelo entrevistado[7].

7. No questionário para usuários adultos as perguntas que apresentaram dificuldade de compreensão, na sua formulação original foram a 79, 96, 97 e 101. Todas foram revistas e modificadas.

Quanto à idade mínima para responder ao questionário (fixada em 18 anos), os entrevistadores sugeriram que poderia ser diminuída para 16 anos, pois se depararam com várias adolescentes grávidas nessa faixa etária (ou até menos), ou com filhos e família constituída, que não puderam ser entrevistadas por causa desse critério prévio de idade mínima de 18 anos. Entretanto, como essas usuárias são menores, esse procedimento exigiria uma nova avaliação pelo Comitê de Ética na Pesquisa das instituições envolvidas (ENSP/FIOCRUZ e *New York University*).

Finalmente, é necessário mencionar que, apesar das dúvidas e dificuldades assinaladas, seja com as perguntas ou a escala de opções de resposta, os entrevistadores encontraram soluções para contorná-las e foram propostas alternativas, discutidas com a coordenação, para o controle e codificação dos dados, com a finalidade de aproveitar os registros coletados. Além disso, a análise estatística revelou que apesar das modificações sugeridas, o questionário foi capaz de medir com considerável exatidão a experiência dos usuários nos serviços de atenção básica. Mesmo assim, todas as sugestões passíveis de serem incorporadas foram levadas em consideração na revisão final dos instrumentos.

VIII. DISCUSSÃO

A aplicação desta metodologia de avaliação demonstrou que os instrumentos (questionários) elaborados nesta pesquisa são capazes de discriminar claramente a especificidade das duas modalidades de atenção básica no município, além de fornecer informações práticas e objetivas sobre o alcance das dimensões essenciais dos serviços de atenção básica e os problemas que devem ser enfrentados para a melhora da organização e do desempenho desse nível de atenção no município.

Pode-se dizer que apesar de Petrópolis ter realizado avanços importantes na atenção básica, enfrenta ainda vários desafios, incluindo: melhorar acesso, reforçar o papel da atenção básica como porta de entrada no sistema, melhorar o elenco de serviços, a coordenação e a orientação para a comunidade e fomentar a participação comunitária.

Em geral, as unidades do PSF atingiram índices melhores nas dimensões organizacionais e de desempenho da atenção básica do que as UBS tradicionais, mas em algumas dimensões as UBS apresentaram valores equivalentes, o que pode ser explicado pelo desenvolvimento histórico do município no desenvolvimento da atenção básica tradicional e pouco tempo de implementação do PSF (cerca de cinco anos, no momento da realização da pesquisa).

O uso de gestores e supervisores como informantes-chave é complementar aos resultados obtidos com os informantes-chave das unidades (profissionais). Os gestores e supervisores concordaram com as respostas obtidas nas unidades em 62.5% dos casos no PSF e 87.5 % dos casos nas UBS tradicionais. E a enquete com os usuários permite refinar ainda mais a avaliação.

Por outro lado, em relação à confiabilidade das respostas, os informantes-chave do PSF tiveram um desempenho um pouco pior do que os das UBS tradicionais e isso provavelmente tem a ver com o fato de que a maioria dessas unidades são novas e talvez os profissionais sejam menos experientes. Entretanto, dado que o PSF tem vários sistemas de informação disponíveis (SIAB, Pacto da Atenção Básica), esperava-se melhor resposta destes profissionais, apesar de que outras pesquisas já observaram que vários desses sistemas de informação ainda não são utilizados ou consultados rotineiramente pelos profissionais (Escorel *et al*, 2002). Em futuras pesquisas deverá ser incluído um maior número de informantes-chave para testar melhor a diferença entre eles.

É importante acrescentar que a ferramenta testada com os informantes-chave (profissionais, supervisores e gestores) foi aplicada de forma rápida (menos de 20 minutos por entrevista) o que sugere que ela pode ser empregada em avaliações regulares das

unidades, além de que os questionários podem ser preenchidos sem o auxílio de um entrevistador.

A apresentação dos resultados da primeira etapa aos gestores da SMS, em reunião realizada em Petrópolis em agosto de 2003[7], provocou um diálogo muito interessante entre os pesquisadores, os gestores do PSF e os das unidades tradicionais, que não apenas ajudou a interpretar alguns dos resultados encontrados, como também possibilitou a discussão das diferentes práticas adotadas em cada unidade específica, concluindo-se pela necessidade de compartilhá-las. Discutiu-se ainda a inconveniência de "acabar" com as UBS tradicionais, como preconizado pelo Ministério da Saúde, e a importância de integrá-las ao PSF, sendo que existe a proposta de implementar, numa área específica do município, o PSF dentro da própria unidade básica tradicional. Ao mesmo tempo, os gestores manifestaram interesse em continuar efetuando essa avaliação periódica das características organizacionais das unidades para monitorar as possíveis mudanças na sua atuação e, ao longo do tempo, avançar na avaliação do impacto dessas mudanças na saúde da população.

Em relação à enquete com os usuários dos serviços de atenção básica, confirma-se a hipótese de que é um valioso instrumento para detectar sejam fortalezas sejam debilidades na atenção prestada nas unidades de AB, além de que permite comparar as avaliações dos profissionais que trabalham nos serviços, dos supervisores e gestores, com a percepção dos usuários, como apresentado nos resultados.

A comparação entre as diferentes fontes de dados possibilitou ainda identificar aquelas unidades cujo desempenho parece ser melhor em relação às demais, assim como aquelas práticas operacionais que, aparentemente, funcionam melhor. Da mesma forma, indica também a necessidade de maior aprofundamento da análise e avaliação em serviços ou dimensões específicas.

Nessa perspectiva, alguns "êxitos" alcançados pelo sistema de atenção básica de Petrópolis podem ser assinalados, assim como alguns dos principais desafios.

De uma maneira geral, pode-se afirmar que as unidades PSF foram superiores aos postos e centros de saúde tradicionais nas seguintes dimensões:

- Elementos de *acesso* (obter consulta médica em menos de 24 horas, tempo suficiente para a consulta).
- Elementos do *elenco de serviços* (controle pré-natal, acompanhamento da tuberculose, educação em saúde, educação sobre violência doméstica).

8 Participaram dessa reunião, além do então secretário Municipal de Saúde, vários outros profissionais que atuam na área da atenção básica, como supervisores, ou que acupam cargos de direção, num total de 11 pessoas.

- *Coordenação* (normas de referência utilizadas, mecanismos para marcar consultas com especialistas, fornecimento de informações escritas para os serviços referidos).
- *Foco na família* (prontuários organizados por família, inclusão da família na consulta).
- *Orientação comunitária* (enquetes sobre a saúde da população, visitas domiciliares, trabalhos intersetoriais).
- *Formação profissional* (médicos com treinamento na atenção básica, capacitação da equipe para atuar segundo a diversidade da comunidade).
- *Gestão* (Protocolos de atendimento, autonomia para reorganizar serviços).

Já em relação ao *vínculo*, é muito forte, seja nas unidades do PSF ou nos postos tradicionais.

Quanto aos desafios, algumas observações são importantes:

- *Acesso*: o acesso aos serviços de atenção básica parece estar obstaculizado por várias barreiras. Primeiro, quase nenhuma unidade fica aberta durante os fins de semana ou depois das 18 horas. Só poucas UBS tradicionais e hospitais funcionam durante esses períodos. Segundo, somente a metade das unidades informa que podem responder à demanda espontânea em menos de 24 horas. Contabilizando-se as horas de funcionamento das unidades (PSF e UBS tradicionais) conclui-se que operam 40 horas por semana, o que corresponde a 25% da semana inteira. Por outro lado, as unidades do PSF não podem operar de modo independente do restante do sistema local de saúde, seja no que se refere às demais unidades de atenção básica, ou às unidades da rede de maior complexidade. Essa observação foi confirmada pelas entrevistas nas UBS que afirmaram que uma porcentagem importante de seus usuários também freqüentam as unidades do PSF.
- *Porta de entrada*: nem o PSF nem as UBS funcionam como porta de entrada ao sistema de saúde para mais de 60% da população atendida na rede básica. Esse fato sugere que mesmo que esses serviços ofereçam atenção de boa qualidade, uma porcentagem considerável da população não se beneficia deles porque não usa esse nível de atenção. Os serviços de atenção básica devem prover atenção ao longo do tempo e atendendo a todas as demandas do usuário, de forma longitudinal, ou seja, a idéia de atenção básica (ou de atenção primária) não funciona quando os serviços são utilizados esporadicamente. De fato, se a atenção básica não é a porta de entrada ao sistema, as demais dimensões, tais como vínculo e coordenação também não funcionam adequadamente. E o resultado final é que os serviços de atenção básica – mesmo que sejam de boa qualidade – serão menos

eficazes e efetivos para a população. Esta ineficácia e inefetividade afetam também a dinâmica do resto do sistema, resultando que os serviços especializados e hospitalares ou serão sobrecarregados ou duplicarão os atendimentos, requerendo mais exames e procedimentos que talvez não fossem necessários nesse nível de atenção, aumentando os custos (e a ineficiência), o tempo de espera para uma consulta referida e, possivelmente, aumentando também o número de eventos iatrogênicos.

- *Elenco de serviços*: é uma característica essencial da atenção básica. Se a atenção básica não pode resolver a maioria dos problemas de saúde da população, os outros níveis de atenção também vão funcionar com menos eficácia. Elenco de serviços é também vinculado à satisfação dos usuários. Se a demanda (ou necessidade de saúde) não é atendida na atenção básica os usuários tentarão resolver os seus problemas de saúde em outros serviços, geralmente de maior complexidade. É interessante observar que uma área menos desenvolvida na oferta de serviços básicos (tanto no PSF quanto nas UBS tradicionais) foi a de educação em saúde em geral e sobre tópicos importantes, tais como evitar acidentes e violência doméstica, ou mesmo orientação sobre planificação familiar (menos de 60% das unidades entrevistadas fornece regularmente esses serviços). Além disso, também se registram poucos serviços de orientação nutricional, saúde mental e saúde bucal, ainda que esses serviços sejam de maior complexidade e requeiram profissionais especializados ou treinamento adicional para os prestadores da atenção. Outra dificuldade observada foi a falta de medicamentos, vacinas e métodos anticoncepcionais. Essas falhas no elenco de serviços são dependentes menos das ações dos profissionais e mais do sistema de gestão que os apóia, remetendo a questões mais amplas que envolvem toda a organização do sistema de saúde.
- *Coordenação*: uma debilidade importante observada no sistema de atenção básica em Petrópolis está no sistema de referência e contra-referência. Mas outras pesquisas sugerem que esse problema não é limitado ao município pesquisado, como demonstra a revisão da literatura apresentada neste trabalho.

A apresentação dos resultados finais da pesquisa à SMS de Petrópolis, em agosto de 2004, realizada em duas etapas – uma para o *staff* da SMS, supervisores e gestores com cargo de coordenação, além da então secretária Municipal de Saúde; e outra para todos os profissionais que trabalham na rede de atenção básica (cerca de 100 profissionais), além de pesquisadores da Universidade e representantes do Ministério da Saúde – foi um interessante momento de debate, onde não apenas os achados da pesquisa foram referendados e reconhecidos como verdadeiros pelo próprio pessoal local, por exemplo,

em relação às unidades com melhor ou pior desempenho, mas também os instrumentos foram considerados válidos e passíveis de utilização pela equipe local. Ao mesmo tempo, a secretária municipal de saúde manifestou interesse em que a pesquisa pudesse continuar avaliando outros níveis de atenção no sistema de saúde do município, na perspectiva de apoiar a sua reorganização em prol de melhorar o atendimento às demandas de saúde da população.

Por fim, identificam-se algumas limitações da pesquisa que, entretanto, não invalidam seus resultados. Entre elas, destacam-se:

- *Informantes-chave*: o número de profissionais entrevistados na primeira fase foi definido pelo número de unidades, escolhendo-se os informantes-chave em cada serviço, como mencionado. Isso possivelmente limitou a possibilidade de detectar outras diferenças significativas entre as unidades, dado o número pequeno de serviços no sistema de atenção básica no município.
- *Temporalidade das respostas*: as entrevistas foram realizadas durante uma época particularmente difícil para o município, em que houve mudança de dirigente da SMS e falta de insumos para a atenção, como por exemplo, falta de medicamentos para controle de hipertensão, e isso talvez tenha influenciado negativamente algumas respostas. Entretanto, essa situação pode ocorrer com qualquer avaliação e problemas devidos à logística, falta de insumos ou dificuldades na atenção etc. afetam o desempenho dos serviços. Mas, exatamente para detectar esses problemas é que a pesquisa foi desenhada.
- *Generalização de resultados*: os resultados obtidos em Petrópolis são limitados à experiência desse município e, portanto, não podem ser generalizados. Entretanto, o que sim pode ser repassado para os demais municípios é a pertinência do uso dessa metodologia para avaliar a organização e desempenho dos serviços de atenção básica.
- *Perfil da rede de AB*: o perfil da rede de serviços de atenção básica em Petrópolis, assim como a avaliação organizacional e de desempenho, está incompleto porque não foi possível incluir informantes-chave que trabalham no setor privado e a experiência dos usuários que utilizam esses serviços. Pesquisas futuras devem tentar incluir o setor privado para determinar se a oferta, organização e desempenho desses serviços é diferente do observado no setor público.
- *Correlações estatísticas*: em relação à associação entre a experiência de atenção básica e o estado de saúde do usuário, mesmo se tratando de um grupo populacional constituído geralmente por indivíduos "doentes", as pessoas que responderam que tinham uma boa experiência nos serviços de atenção básica foram aquelas que

mais freqüentemente informaram que seu estado de saúde era bom ou muito bom. Isso pode significar que a boa experiência do usuário com as unidades de atenção básica foi um fator importante para que ele respondesse que seu estado de saúde era bom ou muito bom; ou então, o fato de o usuário considerar que tem "boa saúde" pode significar também que a sua demanda de atenção básica é pequena e, sendo assim, sua experiência com a atenção recebida pode ser considerada boa. Nenhuma pesquisa transversal pode determinar a relação causa-efeito.

IX. CONCLUSÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O objetivo geral desta pesquisa foi testar a validade de uma metodologia para a avaliação rápida e contínua da organização e desempenho dos serviços de atenção básica em nível local, disponibilizando um instrumento de monitoramento para tal fim. Essa metodologia foi testada e validada no município de Petrópolis, mas pode ser utilizada em qualquer localidade no território nacional.

As principais conclusões da pesquisa podem ser resumidas como se segue:

- A aplicação do questionário permitiu identificar a especificidade dos diferentes tipos de unidades da rede de atenção básica do município, assim como alguns dos principais problemas de organização e desempenho.
- Os gestores e supervisores concordaram com as respostas obtidas dos profissionais das unidades em 45% dos casos no PSF e 67% dos casos nas UBS tradicionais e ambulatórios. Esse resultado não seria o esperado, uma vez que o PSF possui um sistema de informação específico.
- Existem diferenças entre a percepção dos usuários sobre a atenção que recebem e a opinião dos gestores sobre o desempenho das unidades. Isto sugere a necessidade de uma maior aproximação entre gestores e população.
- As entrevistas com os usuários identificaram alguns pontos fortes do sistema AB em Petrópolis, tais como o estabelecimento de razoável vínculo entre profissionais e usuários; e um bom desempenho dos profissionais de saúde.
- Segundo os profissionais, supervisores e gestores, as unidades do PSF tiveram valores mais altos que as UBS tradicionais nas seguintes áreas: alguns indicadores de acesso, elenco de serviços, coordenação, formação profissional e gestão; e índices compostos de porta de entrada, enfoque familiar e orientação para a comunidade. Já em relação ao vínculo, é muito alto seja nas unidades do PSF seja nas UBS tradicionais.
- Segundo os usuários, as unidades PSF tiveram valores mais altos que as UBS tradicionais nas seguintes áreas: alguns indicadores de acesso, vínculo, elenco de serviços e formação dos profissionais; e índices compostos de porta de entrada, enfoque familiar e orientação para a comunidade.
- Apesar das diferenças nos valores médios, os resultados mostraram uma variação considerável no desempenho das unidades. Em geral, as unidades do PSF tiveram valores maiores do que as UBS; entretanto algumas UBS tiveram desempenho igual ou superior a algumas unidades PSF. Essa variação entre as unidades (PSF ou

UBS tradicional) indica que algumas estão melhores que outras, o que sugere a possibilidade de melhora, a partir de intervenções específicas.

- O índice composto total da AB está correlacionado com a auto-avaliação de saúde segundo a percepção dos usuários, controlando por outros determinantes da saúde. Isto pode sugerir que uma boa experiência na AB, seja no PSF ou na UBS, talvez seja importante para melhores níveis de saúde da população. Entretanto, essa hipótese deve ser comprovada com estudos longitudinais.

Em relação à metodologia e aos instrumentos elaborados e testados, concluiu-se que:

- O questionário com informantes-chave pode ser utilizado de forma rotineira para monitoramento e avaliação rápida das mudanças organizacionais e de desempenho da AB, pela própria SMS, e pode ser aplicado (ou autopreenchido pelos profissionais, gestores e supervisores) em cerca de uma semana.
- A utilização de um único questionário para a enquete de usuários (pacientes e acompanhantes) trouxe alguns problemas, portanto, foi elaborado um questionário específico para acompanhantes, a partir do já existente e utilizado na pesquisa, a ser aplicado em separado.
- O processo de validação (comparação de fontes, análises estatísticas tais como análise de fatores, *Cronbach's alpha* e triangulação com dados secundários) sugere que a metodologia de avaliação da AB utilizada nesta pesquisa é válida para monitorar a organização e o desempenho desses serviços em nível municipal.

REFERÊNCIAS

1. AGUIAR, D. S. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde**: um novo paradigma? 1998. Dissertação (Mestrado)- Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.
2. ALMEIDA, C. M. Saúde e eqüidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em Debate.** Rio de Janeiro, v. 24, n.54, p.6-21, 2000.
3. ALMEIDA, C. M. *et al*. A reforma sanitária brasileira: em busca da eqüidade. **Research** In: Organización Panamericana de la Salud**. Public Health Technical Report**. Washington, 1999. p.1-89.
4. ALMEIDA, C. *et al*. Health reform in Brazil: a study in inequity. **International Journal of Health Services**, v. 30, n.1, p.129-162, 2000.
5. ASSUNÇÃO, M. C. F.; DOS SANTOS, I. D.; GIGANTE, D. P. Diabetes mellitus at the primary health care level in southwestern Brazil: structure, course of action and outcomes. **Revista de Saúde Pública,** v. 35, n.1, p. 88-95, 2001.
6. BEHAGUE, D. P.; GONCALVES, H.; DA COSTA, J. Making medicine for the poor: primary health care interpretations. **Health Pol Plan.** Pelotas, v. 17, n. 2, p.131-43, [aa].
7. BENJAMINS M. R. *et al*. Self-reported health and adult mortality risk: an analysis of cause-specific mortality. **Soc Sci Med**., v. 59, n.6, p.1297- 1306, 2002.
8. BERMAN, P. Organization of ambulatory health care provision in developing countries. **Bulletin of the World Health Organization, v.**78, n.6, p.791-802, 2000.
9. BINDMAN, A. *et al*. Primary care and receipt of preventive services. **Journal of General Internal Medicine,** v.11, p.269-76, 1996.
10. BOERMA, W.; FLEMING, D. **The role of general practice in primary health care.** Norwich: The Stationery Office/World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.
11. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Básica. **Manual para a organização da atenção básica.** Brasília, 1999.
12. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da implementação do Programa de Saúde da Família em dez grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. Brasília, 2003.
13. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.** Brasília, 2003.
14. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil.** Brasília, 2004.

15. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigência e recursos financeiros:** Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), 2004. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/>.
16. BUNKER, J. P. The role of medical care in contributing the health improvements within societies. **Int J Epidemiol.,** v.30, n.6, p.1260-1263, 2001.
17. CASANOVA, C. *et al*. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). **Int J Qual Health Care**. v.8, n.1, p. 51-59, 1996.
18. CANESQUI, A. M.; DE OLIVEIRA, A. M. Saúde da família: modelos internacionais e estratégia brasileira. In: Negri, B.; Viana, A. L. (Org.) **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealog, 2002.
19. DANTOS, I. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública,** v.34, n.6, p.603-609, 2000.
20. DEVELLIS, R. **Scale development:** theory and applications. Newbury Park: Sage Publications, 1991.
21. DEVELLIS, R. **Scale development:** theory and application. 2. ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2003.
22. DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston NE: Harvard University Press, 1973. 78p.
23. ESCOREL, S. (Coord.). **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos:** síntese dos principais resultados. Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2002.
24. GOMÊS VÍTORIA, C. *et al*. **Pesquisa qualitativa em saúde.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
25. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD 2003):** acesso e utilização de serviços de saúde. Rio de Janeiro, 2005.
26. INFANTE, A.; DE MATA, I.; LOPEZ-ACUÑA, A. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. **Rev Panam Salud Publica.,** v.8, n.1/2, p.13-20, 2000.
27. KOHN, R.; WHITE, K. L. **Health care**: an international study. London: Oxford University Press, 1976.
28. LARIZGOITIA, I.; STARFIELD, B. Reform of primary health care: the case of Spain. **Health Policy,** v.41, p.121-37, 1997.
29. LEVCOVITZ, E. L.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva,** v.6, n.2, p.269-291, 2001.

30. LODOÑO, J.; SZEKELY, M. Persistent poverty and excess inequality: Latin America 1970-1995. **Journal of Applied Economics,** v.3, n.1, p.93-134, 2000.
31. LONG, S.; FREESE, J. **Regression models for categorical dependent variable using stata.** College Station, TX: Stata Press, 2001.
32. MACHADO, K. Saúde da Família se firme como estratégia permanente do SUS. **RADIS**, v. 23, p. 10-11, jul., 2004.
33. MACHADO, M. H. (Coord). **Pesquisa de opinião dos gestores sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Convênio UNESCO/MS, 2000.
34. MACHADO, M. H. (Coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil:** Pesquisa desenvolvida em convênio com o Ministério da Saúde /Secretaria de Política de Saúde/ DAB/ e ENSP/FIOCRUZ. Brasília, 1999.
35. MACINKO, J.; STARFIELD, B.; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. **Health Services Research**, v.38, n.3, p.819-854, 2003.
36. MACINKO. J. **Primary care orientation of health systems in the Américas.** Washington, DC: Pan American Health Organization, 2002.
37. MCGUIRE, J. **Social provisioning, socioeconomic context, and child mortality:** a cross-national analysis. Manuscript submitted for publication, 2002.
38. MEDINA, M. G.; AQUINO, R. Avaliando o Programa de Saúde da Família. In: SOUSA, M. F. (Org.). **Os sinais vermelhos do PSF.** São Paulo: Editora Hucitec, p.135-151, 2002.
39. PAGANINI, J. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. **Revista Panamericana de Salud Publica,** v.4, n.5, p.305-310, 1998.
40. OR, Z. **Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries.** Paris: Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2001.
41. Pan American Health Organization. **Indicadores de medición del desempeño del sistema de salud.**. Washington, DC, 1997. (LAC/RSS Document, 6).
42. Pan American Health Organization. **Third evaluation of the implementation of the strategy for health for all by the year 2000.** Washington, DC, 1998a.
43. Pan American Health Organization. **Methodology for monitoring and evaluation of health sector reform in Latin America and the Caribbean.** Washington, DC, 1998b. (LAC/HSR Document, 1).
44. Pan American Health Organization. **Regional consultation of the Americas on health systems performance assessment** (background paper for the regional consultation): final report. Geneva: World Health Organization [aa].

45. Pan American Health Organization. **Health system performance assessment and improvement in the regions of the Americas.** Washington, DC, 2001.
46. Pan American Health Organization. **Desarrollo y fortalecimiento de la informacion para la gestion y operación de los servicios de salud.** Documento borrador: actualizacion 04/2001. Washington, DC, 2001.
47. Pan American Health Organization. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de salud. **Boletín Epidemiológico,** v.22, n.4, p.1-5, 2001.
48. PUENTES-MARKIDES, C. Health for All in the Americas: preferred scenario. In: BEZOLD, C.; FRENK, J.; McCARTHY, S. (eds.). **21st Century Health Care in Latin America and the Caribean.**. Mexico City: Institute for Alternative Futures. p.155-178, 1998.
49. RIFKIN, S. B.; WALT, G. Why health improves: defining the issues concerning comprehensive primary health care and selective primary health care. **Social Science & Medicine,** v.23, p. 559-566, 1986.
50. SANTOS, S. *et al*. Avaliação da assistência à saúde da mulher e da criança em localidade urbana da região Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública,** v.34, n.3, p.266-271, 2000.
51. SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the adult primary care assessment tool. **Journal of Family Practice,** v.50, n.2, p.161-175, 2001.
52. STARFIELD, B. **Primary care:** balancing health needs, services and technology. London/New York: Oxford University Press, 1998.
53. STARFIELD, B. Primary care: Is it essential? **Lancet,** v.344, p.1129-1133, 1994.
54. STARFIELD B. **Primary care:** concept, evaluation, and policy. New York, Oxford: Oxford University Press, 1992.
55. STARFIELD, B. Postneonatal mortality. **Annual Review of Public Health**, v.6, p.21-40, 1985.
56. STARFIELD, B. **Atención primaria:** equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Fundación Jordi Gol i Gurina/SCMFIC/Masson, 2000.
57. STREINER, D., NORMAN, G. **Health measurement scales:** a practical guide to their development and use. London: Oxford University Press, 1995.
58. SVITONE, E. *et al*. Primary care lessons from the northeast of Brazil: the agentes de saúde program. **Rev Panam Salud Publica,** v.7, n.5, p.293-302, 2000.
59. SZWARCWALD, C.L. e*t al*. A saúde em números: pesquisa mundial de saúde 2003. **RADIS,** v.23, p.14-33, jul., 2004.
60. TERRA DE SOUZA, A. *et al*. Variations in infant mortality rates among municipalities in the state of Ceará, northeast Brazil: an ecological analysis. **Int J Epidemiol**., v.28, p.267-75, 1999.

61. VIEIRA DA SILVA, L.; HARTZ, Z. (Coords.). **Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia**: Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde; Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva-Centro Colaborador. Salvador, 2002.
62. VIANNA, A. L.; PIERANTONI, C. R. **Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos:** relatório síntese e relatório metodológico. Brasília, 2002.
63. VUORI, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. **Health Policy,** v.4, p.221-230, 1985.
64. WAYLAND, C.; CROWDER, J. Disparate views of community primary health care: understanding how perceptions influence success. **Med Anthr Q.**, v.16, n.2, p.230-247, 2002.
65. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma Ata.** Geneva, 1978.
66. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000**. Geneva, 1981.
67. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Second Evaluation. Eighth report of the world health situation:** Region of the Americas. **v**. 3. Geneva, 1993.
68. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cooperacion de la OMS para el fortelecimiento de los sistemas nacionales de informacion en salud.** Geneva, 1997.
69. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting health through women's functional literacy and intersectoral action.** Geneva, 1998.
70. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000. Third Evaluation. Region of the Americas**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1999.
71. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2000.** Geneva, 2000.
72. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The multi-country evaluation of IMCI effectiveness, cost, and impact, draft progress report.** Geneva, 2001.
73. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Macroeconomics and health:** investing in health for economic development**.** Commission on Macroeconomics and Health--Final Report. Geneva, 2001.
74. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Proposed strategies for health systems performance assessment. Summary document.** Geneva, 2001.
75. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Provision of personal and non-personal health services: proposal for monitoring.** Geneva, 2002.
76. WORLD BANK. **World Development Report 1993:** investing in health**.** New York; London: Oxford University Press, 1993.

ANEXOS

ANEXO I: CARTÃO DE RESPOSTA

ANEXO II: TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS

39634	62349	74088	5564	16379	19713	39153	69459	17986	24537	62134	87244	73348	80114	78490	64735	31010	66975	28652	36166
14595	35050	40469	27478	44526	67331	93365	54526	22356	93208	72749	13347	65030	26128	49067	27904	49953	74674	94617	13317
30734	71571	83722	79712	25775	65178	07763	82928	31131	30196	81638	36566	42709	33717	59943	12027	46547	61303	46699	76243
64628	89126	91254	24090	25752	03091	39411	73146	06089	15630	46574	79670	10342	89543	75030	23428	29541	32501	89422	87474
42831	95113	43511	42082	15140	34733	68076	18292	69486	80468	11873	57196	32209	67663	07990	12288	59245	83638	23642	61715
80583	70361	41047	26792	78466	03395	17635	09697	82447	31405	13862	72778	09949	23096	01791	19472	14634	31690	36602	62943
00209	90404	99457	72570	42194	49043	24330	14939	09865	45906	08312	27886	82321	28666	72998	22514	51054	22940	31842	54245
05409	20830	01911	60767	55248	79253	12317	84120	77772	50103	11071	44430	94664	91294	35163	05494	32882	23904	41340	61185
95836	22530	91785	80210	34361	52228	33869	94332	83868	61672	82509	11842	86963	50307	07510	32545	90717	46856	86079	13769
65358	70469	87149	89509	72176	18103	55169	79954	72002	20582	07426	67341	80314	58910	93948	85738	69444	09370	58194	28207
72249	04037	36192	40221	14918	53437	60571	40995	55006	10694	57696	25592	91221	95386	15857	84645	89659	80535	93233	82798
41692	40581	93050	48734	34652	41577	04631	49184	39295	81776	08074	89810	48521	90740	02687	83117	74920	25954	99629	78978
61885	50796	96822	82002	07973	52925	75467	86013	98072	91942	20128	53721	01518	40699	20849	04710	38989	91322	56057	58573
48917	48129	48624	48248	91465	54898	61220	18721	67387	66575	00190	27157	83208	79446	92987	61357	38752	55424	94518	45205
88378	84299	12193	03785	49314	39761	99132	28775	45276	91816	23798	55425	32454	34611	39605	39981	74691	40836	30812	38563
77800	25734	09801	92087	02955	12872	89848	48579	06028	13827	85306	57995	68222	39055	43890	36956	84861	63624	04961	55439
24028	03405	01178	06316	81916	40170	53665	87202	88638	47121	99719	36036	74274	53901	34643	06157	89500	57514	93977	42403
86558	84750	43994	01760	96205	27937	45416	71964	52261	30781	95970	81452	48873	00784	58347	40269	11880	43395	28249	38743
78545	49201	05329	14182	10971	90472	44682	39304	19819	55799	56651	91460	92462	98566	72062	18556	55052	47614	80044	60015
14969	64623	82780	35686	30941	14622	04126	25498	95452	63937	71499	80220	35750	67337	47556	55272	55249	79100	34014	17037
58697	31973	06303	94202	62287	56164	79157	98375	24558	99241	66660	78443	47545	70736	65419	77489	70831	73237	14970	23129
38449	46438	91579	01907	72146	05764	22400	94490	49833	09258	35483	84563	79956	88618	54619	24853	59783	47537	88822	47227

Fonte: http://www.mrs.umn.edu/~sungurea/introstat/public/instruction/ranbox/randomnumbersII.html

ANEXO III: UNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA – ETAPA 1

Código da Unidade	Tipo de Unidade*	Número de Entrevistas
1	UBS	1
2	UBS	1
3	UBS	1
4	UBS	1
5	UBS	1
6	UBS	1
7	UBS	1
8	UBS	1
9	UBS	1
10	UBS	1
11	PSF	1
12	PSF	1
13	PSF	1
14	PSF	1
15	PSF	1
16	PSF	1
17	PSF	1
18	PSF	1
19	PSF	1
20	PSF	1
21	PSF	1
22	PSF	1
23	PSF	1
24	PSF	1
25	PSF	1
26	PSF	1
27	PSF	1
28	PSF	1
29	PSF	1
30	PSF	1
31	PSF	1
32	PSF	1

(*) UBS = Unidade Básica de Saúde tradicional; PSF = Programa de Saúde da Família.

ANEXO IV: UNIDADES INCLUÍDAS NA PESQUISA – ETAPA 2

Código da Unidade	Tipo de Unidade(*)	Número de Entrevistas	Código da Unidade	Tipo de Unidade	Número de Entrevistas
1	UBS	12	22	PSF	12
2	UBS	12	23	PSF	13
3	UBS	13	24	PSF	12
4	UBS	12	25	PSF	12
5	Centro	12	26	PSF	12
6	UBS	12	27	PSF	12
7	UBS	12	28	UBS	12
8	Ambulatório	12	29	PSF	12
9	PSF	12	30	PSF	12
10	PSF	12	31	PSF	12
11	UBS	11	32	PSF	12
12	UBS	0	33	PSF	12
13	UBS	12	34	UBS	12
14	UBS	12	35	PSF	12
15	PSF	12	36	UBS	12
16	PSF	12	37	PSF	12
17	PSF	12	38	PSF	12
18	PSF	12	39	UBS	4
19	Ambulatório	11	40	PSF	7
20	UBS	13	41	PSF	12
21	PSF	12			

(*) UBS = Unidade Básica de Saúde tradicional (são consideradas UBS os centros ou postos de saúde tradicionais); Ambulatório = Ambulatório hospitalar; PSF = Programa de Saúde da Família.

ANEXO V: DESEMPENHO POR ÍNDICE COMPOSTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Gráfico 23 – Acesso por unidade

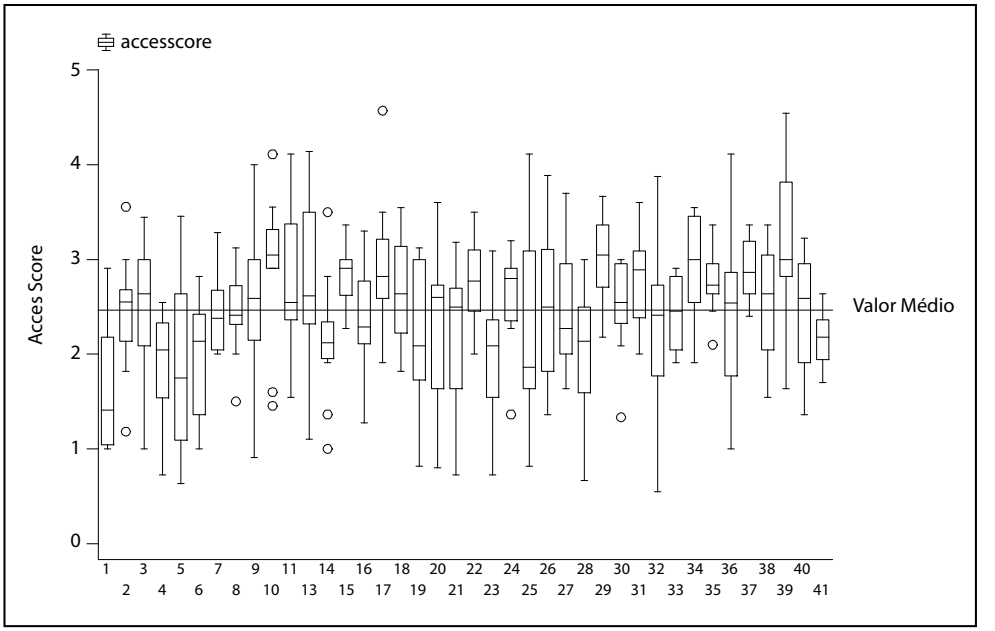


Gráfico 24 – Porta de Entrada por unidade

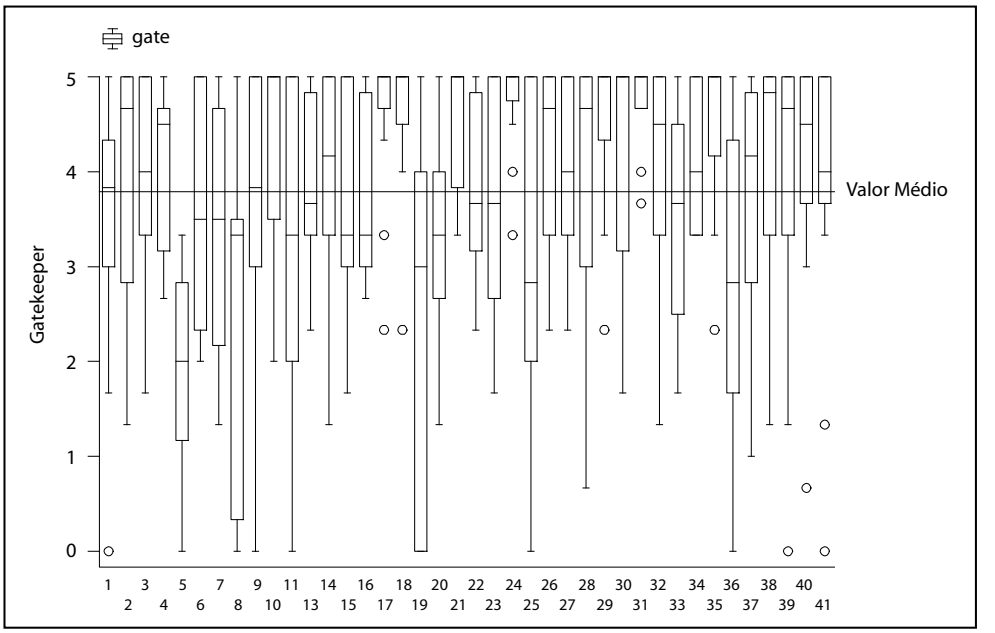


Gráfico 25 – Vínculo por unidade

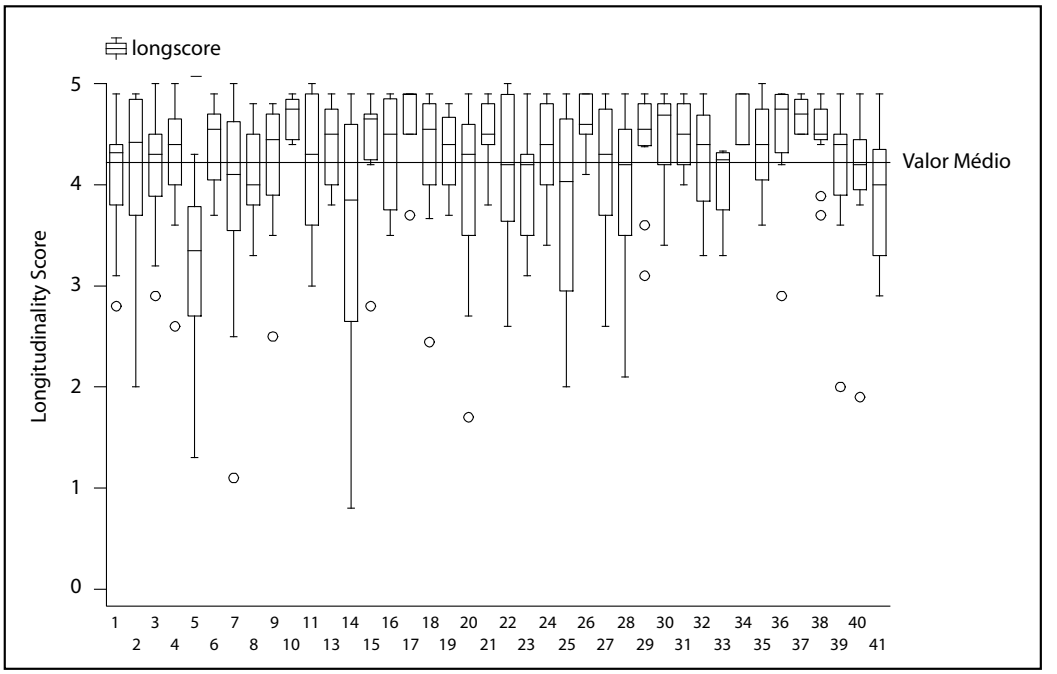


Gráfico 26 – Elenco de serviços por unidade

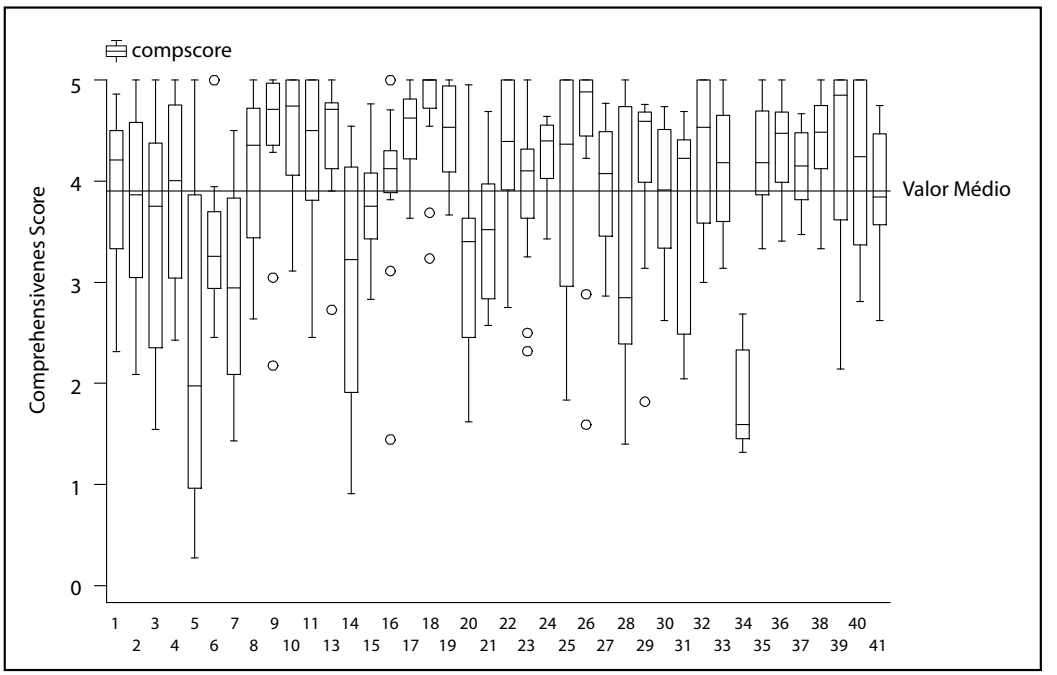


Gráfico 27 – Coordenação por unidade

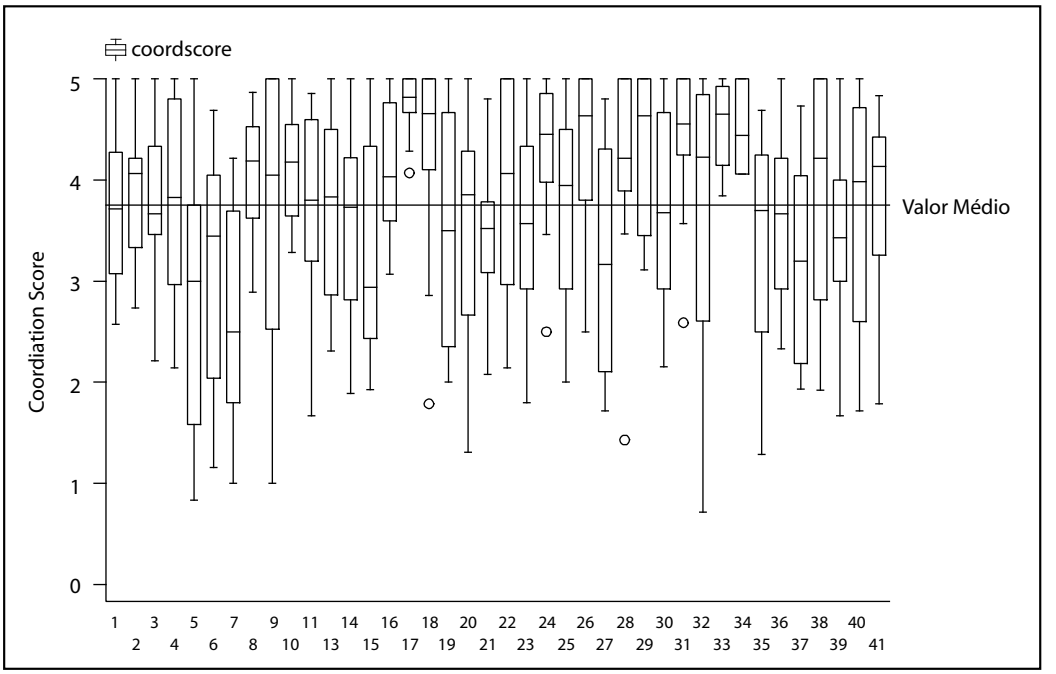


Gráfico 28 – Foco Familiar por unidade

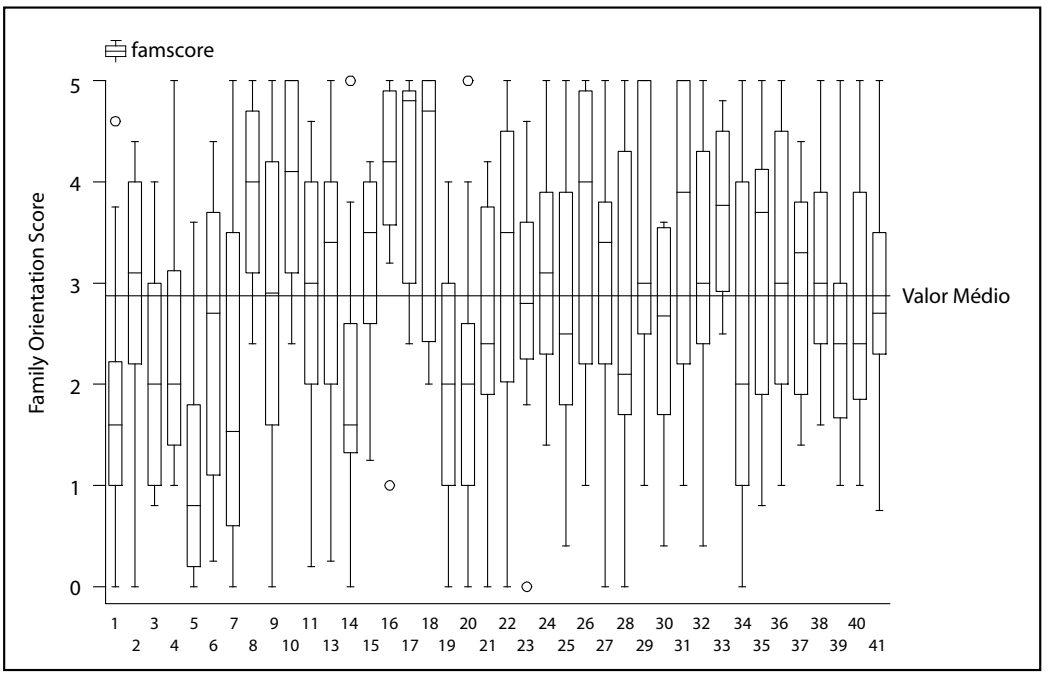


Gráfico 29 – Orientação para a comunidade por unidade

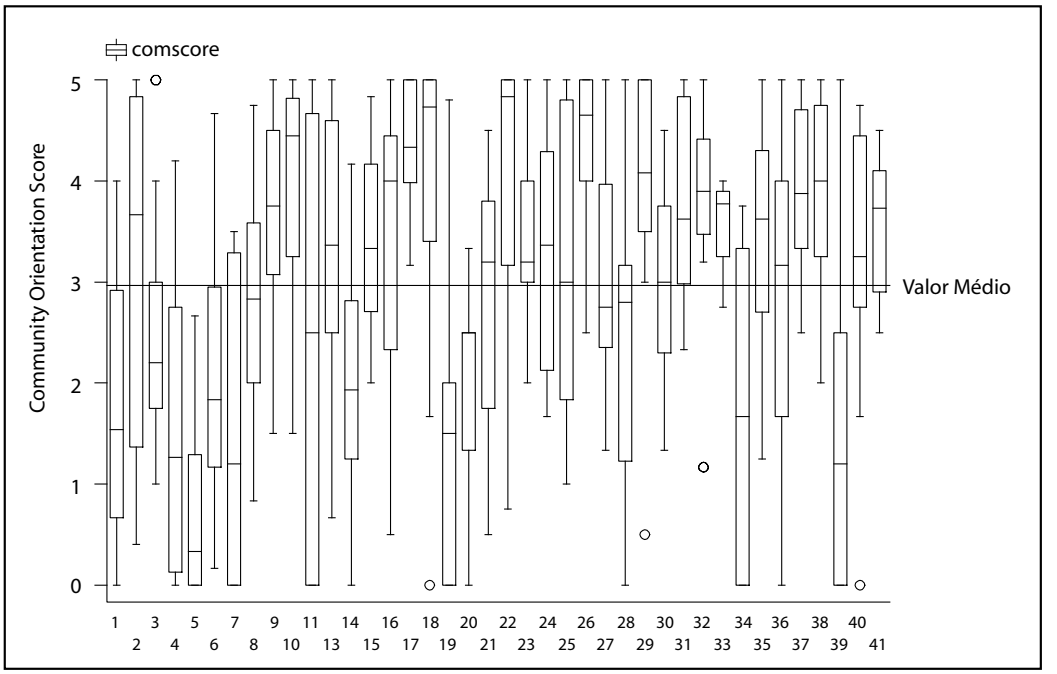
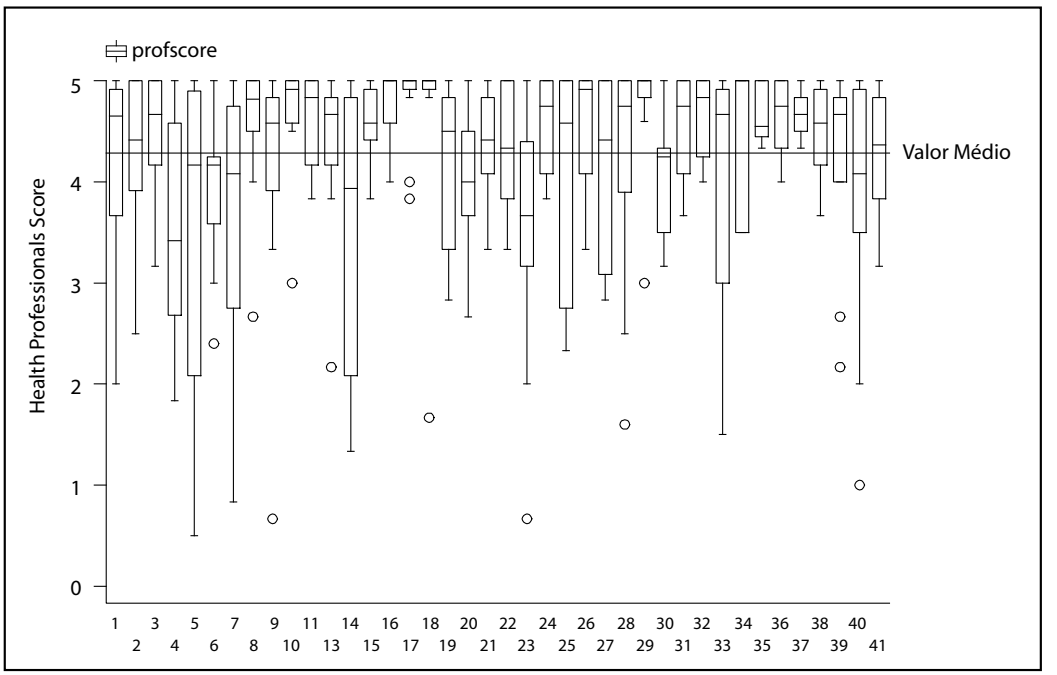


Gráfico 30 – Formação profissional por unidade



ANEXO VI: *CRONBACH'S ALPHA*: ETAPA 1 (PROFISSIONAIS NAS UNIDADES)

Acesso

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
access1	33	–	0,5705	0,4117	0,264856	0,6203
access2	33	–	0,6153	0,4567	0,254107	0,6120
access4	33	–	0,6839	0,4929	0,2257526	0,6024
access5	33	+	0,7553	0,6433	0,2175177	0,5648
access6	33	+	0,1717	0,0788	0,3581883	0,6819
access7	33	+	0,4806	0,3462	0,2961379	0,6394
access8	33	–	0,4844	0,2652	0,2872137	0,6592
access9	33	+	0,3986	0,2028	0,3110951	0,6682
access10	32	+	0,4239	0,2008	0,305905	0,6715
Cronbach alpha Índice composto						0,6653

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Vínculo

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
vinc1	33	–	0,4318	0,1447	0,2274515	0,4798
vinc2	32	+	0,7376	0,4042	0,096875	0,3113
vinc3	33	+	0,7028	0,4155	0,0976617	0,2845
vinc4	33	+	0,2927	0,0802	0,269481	0,5066
vinc6	33	+	0,3266	0,1373	0,2496258	0,4789
vinc7	33	+	0,5128	0,2399	0,1960624	0,4376
Cronbach alpha Índice composto						0,4774
Cronbach alpha (sem vinc4)						0,5066

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Elenco de serviços

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
elenc1	33	–	0,3264	0,3060	0,2662302	0,7621
elenc2	33	+	0,2025	0,1546	0,2779211	0,7680
elenc3	33	–	0,1305	0,1287	0,2796063	0,7692
elenc5	32	+	0,3335	0,2694	0,2741635	0,7690
elenc6	31	–	0,0552	-0,0204	0,282319	0,7760
elenc7	31	+	0,1038	0,0536	0,2780248	0,7705
elenc8	31	+	0,7324	0,6356	0,2082317	0,7311
elenc9	32	+	0,6150	0,5141	0,2250687	0,7400
elenc10	31	+	0,7302	0,6604	0,222683	0,7345
elenc11	31	+	0,5511	0,4901	0,2513811	0,7527
elenc12	32	+	0,0982	0,0790	0,2795392	0,7696
elenc13	33	+	0,0445	0,0154	0,2796968	0,7694
elenc14	33	–	0,0461	0,0336	0,281122	0,7705
elenc15	32	–	0,3419	0,2445	0,2592618	0,7633
elenc16	32	+	0,7663	0,7064	0,2170926	0,7290
elenc17	32	+	0,3669	0,2331	0,2591549	0,7711
elenc18	31	+	0,2226	0,0834	0,2679963	0,7770
elenc19	31	+	0,4222	0,3559	0,258641	0,7581
elenc20	32	+	0,7281	0,6529	0,2183177	0,7332
elenc21	32	+	0,6948	0,6211	0,2271305	0,7387
elenc22	32	+	0,2223	0,0836	0,2771161	0,7838
elenc23	32	–	0,4374	0,2803	0,2395892	0,7642
elenc24	32	+	0,2901	0,1817	0,2631502	0,7671
Cronbach alpha Índice composto					0,2562316	0,7686

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Coordenação

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
coord1	33	–	0,2832	0,1693	0,0779358	0,4424
coord2	33	+	0,1653	0,1285	0,0855241	0,4610
coord3	32	–	0,4306	0,3317	0,0724591	0,4240
coord4	32	–	0,4495	0,3492	0,0704528	0,4173
coord5	32	+	0,2161	0,0353	0,085923	0,4776
coord6	32	+	0,4109	0,2840	0,0650278	0,4017
coord7	33	+	0,2511	0,1408	0,0767224	0,4396
coord8	33	+	0,5687	0,4287	0,0531998	0,3592
coord9	33	+	0,4201	0,3472	0,0745427	0,4289
coord10	33	+	0,3175	0,1402	0,0832349	0,4705
coord11	32	+	0,0402	-0,0493	0,0861705	0,4667
coord12	33	–	0,4016	0,2452	0,0713724	0,4292
coord13	33	–	0,5428	0,3243	0,0589567	0,4015
coord14	33	–	0,0415	-0,1454	0,0998119	0,5203
coord15	33	+	0,0913	-0,1162	0,0965132	0,5150
coord16	32	+	0,4167	0,1582	0,0725049	0,4544
coord17	31	–	0,3068	0,0300	0,0810019	0,4855
coord18	33	+	0,1774	0,1610	0,0856008	0,4608
coord19	30	–	0,1736	0,0566	0,0842691	0,4641
Teste da escala					0,0779604	0,4640
Cronbach alpha Índice composto						0,5203

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Enfoque familiar

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
fam1	33	+	0,9055	0,3585	0,1145244	0,3994
fam2	32	+	0,4901	0,2537	0,3797348	0,3647
fam3	33	+	0,5450	0,3045	0,3169999	0,3165
fam4	33	+	0,4797	0,3430	0,4189599	0,3698
Cronbach alpha Índice composto					0,3079249	0,4238

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Orientação para a comunidade

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
com1	33	+	0,4123	0,2709	1,624336	0,8169
com2	33	+	0,7357	0,6131	1,222096	0,7601
com3	31	+	0,7764	0,6359	1,097362	0,7497
com4	32	+	0,6256	0,4649	1,343077	0,7847
com5	32	+	0,6868	0,5383	1,262382	0,7704
com6	31	+	0,7705	0,6721	1,205065	0,7467
com7	32	+	0,6962	0,5545	1,254305	0,7669
Cronbach alpha Índice composto					1,286453	0,7985

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Formação profissional

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
prof1	33	–	0,0496	-0,0249	0,6586521	0,6327
prof2	33	+	0,0967	-0,3584	0,527046	0,6741
prof3	31	+	0,8118	0,5988	0,1934553	0,3439
prof4	31	+	0,7668	0,6286	0,3038933	0,4294
prof5	30	+	0,7590	0,4320	0,2698803	0,4953
Cronbach alpha Índice composto					0,3893179	0,5908
Cronbach alpha (sem prof1)						0,6741

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Índice composto total

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
acesso	33	–	0,5146	0,3397	0,3047	0,7541
porta	33	+	0,3342	0,1359	0,3466	0,7878
vínculo	33	+	0,7100	0,5828	0,2593	0,7102
elenco	33	+	0,6830	0,5477	0,2655	0,7168
coordenação	33	+	0,2810	0,0790	0,3590	0,7968
família	33	+	0,7988	0,7025	0,2386	0,6869
comunidade	33	+	0,8068	0,7137	0,2368	0,6847
profissional	33	+	0,7521	0,6389	0,2495	0,6994
Cronbach alpha Índice composto					0,2825	0,7590

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

ANEXO VII: *CRONBACH'S ALPHA*: ETAPA 2 (USUÁRIOS)

Acesso

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
acesso1	469	+	0,5041	0,3019	0,0756	0,4498
acesso2	444	+	0,5456	0,3543	0,0723	0,4381
acesso3	451	+	0,4615	0,2390	0,0793	0,4628
acesso4	413	+	0,5081	0,3152	0,0743	0,4453
acesso5	437	+	0,4050	0,1911	0,0859	0,4845
acesso6	420	+	0,4654	0,2593	0,0792	0,4625
acesso7	469	+	0,3829	0,1602	0,0892	0,4946
acesso8	469	–	0,0829	-0,1485	0,1203	0,5776
acesso9	443	+	0,4972	0,2933	0,0763	0,4525
acesso10	464	+	0,4093	0,1927	0,0853	0,4827
acesso11	469	–	0,2854	0,0653	0,0980	0,5207
Cronbach alpha Índice composto						0,5055
Cronbach alpha (sem acesso8 e acesso11)						0,5993

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Porta de entrada

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
porta1	468	+	0,7786	0,4709	0,2733	0,4293
porta2	469	+	0,8024	0,5156	0,2159	0,3551
porta3	460	+	0,6676	0,2819	0,5218	0,6858
Cronbach alpha Índice composto						0,6052
Cronbach alpha (sem porta3)						0,6858

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Vínculo

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
vincul1	469	+	0,4582	0,2972	0,2491	0,7491
vincul2	457	+	0,6190	0,4882	0,2239	0,7219
vincul3	469	+	0,6790	0,5611	0,2140	0,7102
vincul4	467	+	0,6885	0,5736	0,2126	0,7084
vincul5	468	+	0,6751	0,5564	0,2146	0,7109
vincul6	463	+	0,5843	0,4457	0,2289	0,7277
vincul7	468	+	0,5475	0,3984	0,2351	0,7345
vincul8	459	+	0,4104	0,2432	0,2559	0,7558
vincul9	456	+	0,3385	0,1657	0,2667	0,7660
vincul10	462	+	0,5654	0,4232	0,2322	0,7313
Cronbach alpha Índice composto						0,7527
Cronbach alpha (sem vincul9)						0,7660

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Elenco de serviços

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
elenc1	412	+	0,3550	0,2578	0,3098	0,9041
elenc2	436	+	0,5169	0,4356	0,2989	0,8995
elenc3	466	+	0,4997	0,4152	0,3012	0,9005
elenc4	435	+	0,5117	0,4263	0,2987	0,8994
elenc5	372	+	0,5501	0,4721	0,2954	0,8980
elenc6	340	+	0,5655	0,4950	0,2949	0,8978
elenc7	267	+	0,6510	0,5933	0,2904	0,8958
elenc8	226	+	0,7125	0,6657	0,2874	0,8944
elenc9	296	+	0,6291	0,5668	0,2913	0,8962
elenc10	375	+	0,5699	0,4994	0,2944	0,8976
elenc11	404	+	0,6077	0,5361	0,2919	0,8965
elenc12	458	+	0,5014	0,4237	0,3001	0,9000
elenc13	445	+	0,4812	0,3900	0,3020	0,9009
elenc14	323	+	0,7579	0,7148	0,2833	0,8925
elenc15	283	+	0,6183	0,5572	0,2906	0,8959
elenc16	397	+	0,6970	0,6397	0,2865	0,8940
elenc17	359	+	0,7316	0,6812	0,2849	0,8933
elenc18	389	+	0,6896	0,6309	0,2870	0,8942
elenc19	284	+	0,7113	0,6642	0,2867	0,8941
elenc20	292	+	0,6351	0,5771	0,2905	0,8958
elenc21	402	+	0,5530	0,4745	0,2968	0,8986
elenc22	439	+	0,2693	0,1656	0,3168	0,9069
Cronbach alpha Índice composto						0,9018

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Coordenação

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
coord1	465	+	0,3577	0,1811	0,2190	0,8177
coord2	468	+	0,5105	0,3475	0,2011	0,8011
coord3	462	+	0,5464	0,3994	0,1946	0,7945
coord4	469	+	0,3838	0,1912	0,2096	0,8093
coord5	466	+	0,3799	0,1779	0,2155	0,8146
coord6	388	+	0,4251	0,2592	0,2044	0,8043
coord7	59	+	0,4126	0,2409	0,1965	0,7964
coord8	59	+	0,6946	0,5663	0,1941	0,7939
coord9	326	+	0,2998	0,1100	0,2131	0,8125
coord13	287	+	0,6054	0,5045	0,1873	0,7867
coord14	289	+	0,6338	0,5380	0,1858	0,7850
coord15	289	+	0,6615	0,5718	0,1835	0,7824
coord16	286	+	0,7270	0,6501	0,1786	0,7768
coord17	291	+	0,6936	0,6095	0,1812	0,7798
coord18	286	+	0,7257	0,6488	0,1790	0,7772
coord19	290	+	0,6927	0,6091	0,1811	0,7797
coord20	278	+	0,4783	0,3610	0,1966	0,7966
Cronbach alpha Índice composto						0,8048

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Enfoque familiar

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
fam1	467	+	0,6886	0,4591	0,2683	0,5946
fam2	468	+	0,6420	0,3935	0,2966	0,6278
fam3	462	+	0,6886	0,4589	0,2662	0,5921
fam4	428	+	0,6209	0,3714	0,3038	0,6358
fam5	461	+	0,6458	0,4001	0,2925	0,6232
Cronbach alpha Índice composto						0,6666

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Orientação para a comunidade

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
com1	468	+	0,6532	0,3729	0,4494	0,8032
com2	416	+	0,7658	0,5524	0,3738	0,7491
com3	319	+	0,7049	0,4964	0,3944	0,7651
com4	271	+	0,7175	0,5267	0,3869	0,7593
com5	416	+	0,7061	0,4618	0,4113	0,7775
com6	254	+	0,7822	0,6446	0,3632	0,7404
Cronbach alpha Índice composto						0,7967

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Formação profissional

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha*
prof1	469	+	0,6721	0,4945	0,3622	0,7396
prof2	463	+	0,5924	0,3810	0,3966	0,7667
prof3	467	+	0,7564	0,6116	0,3275	0,7089
prof4	445	+	0,6223	0,4338	0,3806	0,7544
prof5	468	+	0,7221	0,5610	0,3402	0,7205
prof6	442	+	0,7269	0,5715	0,3395	0,7199
Cronbach alpha Índice composto						0,7697

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

Índice composto total

Item	Obs.	Sinal	item-test correlação	item-rest correlação	inter-item covariança	alpha
acesso	469	+	0,5164	0,3527	0,3653	0,8011
porta	469	+	0,5138	0,3497	0,3659	0,8016
vínculo	469	+	0,6804	0,5533	0,3250	0,7711
elenco	469	+	0,7003	0,5788	0,3201	0,7672
coordenação	469	+	0,6451	0,5088	0,3336	0,7780
família	469	+	0,6811	0,5542	0,3248	0,7710
comunidade	469	+	0,7065	0,5868	0,3185	0,7659
profissional	469	+	0,7213	0,6060	0,3149	0,7629
Cronbach alpha Índice composto						0,8001

(*) *Cronbach alpha* calculado SEM o item.

ANEXO VIII: QUESTIONÁRIOS

A. Profissionais que trabalham nas unidades

B. Decisores e supervisores

C. Usuários adultos

D. Usuários acompanhantes

E. Termo de consentimento: modelo profissional/gestor

F. Termo de consentimento: modelo adulto/acompanhante

A. Profissionais que trabalham nas unidades

Número do questionário	_____
Data dados foram digitados	_____
Dados digitados por	_____
Código do arquivo	_____

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
NEW YORK UNIVERSITY
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Questionário Sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil
(Para ser aplicado aos profissionais que trabalham nos serviços de saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA.

Atualizado: 18 de julho de 2005

Baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA
Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais

1.	Data		
2.	Seu nome		
3.	Seu titulo		
4.	Sua função	☐	Administrador/a
	(marque só uma resposta)	☐	Agente comunitário de saúde
		☐	Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)
		☐	Enfermeiro/a
		☐	Médico/a
		☐	Outro profissional de saúde (especifique)
		☐	Outro gestor/(especifique)
5.	Organização		
6.	Numero de telefone		
7.	Fax		
8.	E-mail		
9.	Endereço		
10.	Cidade		
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos		
12.	Tipo de organização	(marque só uma resposta)	

☐	Consultório privado	☐	Clínica ambulatorial privada
☐	Equipe Saúde da família	☐	Clínica ONG ou religiosa
☐	Centro de saúde	☐	Hospital público
☐	Posto de saúde	☐	Hospital privado
☐	Clínica ambulatorial pública	☐	Outro (especifique) _____

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

B. Recursos humanos

13. Por favor, indique quantos e que tipo de profissionais trabalham na unidade.

Tipo de Profissional	Número de pessoas
Agentes Comunitários de Saúde	
Auxiliares de Enfermagem	
Enfermeiros	
Médicos	
Odontólogos	
Psicólogos	
Assistente Social	
Outros profissionais de saúde (especifique_____)	
Outros (que não são profissionais de saúde) especifique _____	

C. Acesso

(*) **Adequado** quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria do atendimento das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários/clientes que procuram esta unidade de atenção básica.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
14.	Durante os últimos seis meses, com que freqüência a unidade teve uma **adequada*** oferta de *medicamentos essenciais* ?	1	2	3	4	5	6	88
15.	Durante os últimos seis meses, com que freqüência a unidade teve **adequado*** *equipamento básico e estoque* para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	5	6	88
16.	Quantos usuários/clientes pagam alguma quantia para ser atendido (co-pagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
18.	A unidade de atenção básica está aberta durante o fim de semana?							
19.	Qual é o horário normal de funcionamento da sua unidade (de atenção básica)?	De _____horas às _____horas						
20.	A unidade fica aberta pelo menos um dia da semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
21.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
22.	Quando a unidade **está fechada**, existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar **mais de 30 minutos** na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

D. Porta de entrada

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
24.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88

E. Vínculo

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
25.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	1	2	3	4	5	6	88
26.	A unidade tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
27.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida sobre seu tratamento, pode ligar para falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Acha que, na sua unidade, os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Os profissionais de saúde da sua unidade normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

F. Elenco de serviços

Em que medida a sua unidade ou clínica de atenção básica oferece os seguintes serviços?

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
32.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
33.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
34.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
36.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
37.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
38.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
39.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
40.	Controles/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
41.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
42.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
44.	Tratamento/controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
46.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
47.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
48.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
49.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
50.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
51.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
55.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88

G. Coordenação

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
56.	Para que porcentagem das crianças atendidas existe um registro obrigatório?	1	2	3	4	5	6	88
57.	Que porcentagem de usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
58.	Para que porcentagem das grávidas existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Quantas grávidas têm em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Existem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
61.	Com que freqüência os profissionais de saúde na sua unidade utilizam normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Quando um usuário/cliente precisar ser referido para outro serviço, os profissionais de atenção básica discutem com ele ou indicam os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

63.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando os pacientes são referidos para outro serviço, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Existem normas definidas para a realização de exames laboratoriais de complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Existe colheita de material para exames de laboratório na sua unidade?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Os resultados dos exames de laboratório são encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
69.	O agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames é feito diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
70.	O usuário/cliente é avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
72.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário/cliente?	1	2	3	4	5	6	88
74.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88

H. Enfoque familiar

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
75.	Que porcentagem dos prontuários médicos é organizada por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
77.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

I. Orientação para comunidade

Com que freqüência a sua unidade de atenção básica:

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
79.	Realiza enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades de saúde percebidas pela população?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Realiza enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
81.	Tem representantes da comunidade participando na direção da unidade ou nos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Oferece visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Trabalha ou combina com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Tem autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88

J. Formação profissional

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
86.	Que porcentagem da semana a unidade conta com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
88.	Que porcentagem dos médicos recebeu treinamento especifico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebeu treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
90.	A equipe de atenção básica foi capacitada para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (ex. cultura, nível socioeconômico, idioma etc.)	1	2	3	4	5	6	88

K. Auto-avaliação de confiança nas respostas

Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher este tipo de questionário não são adequadas nem estão disponíveis. Por favor, indique suas fontes de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.

91.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

Suas sugestões, comentários, e/ou dúvidas

Agradecemos a sua participação.

Por favor, envie este documento para o _____, na_____..

Para poder incluir as suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia _____de _____ de _____..

B. Decisores e supervisores

Número do questionário	_____
Data dados foram digitados	_____
Dados digitados por	_____
Código do arquivo	_____

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
NEW YORK UNIVERSITY
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Questionário Sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil
(Para ser aplicado aos decisores ou supervisores que trabalham na Secretaria Municipal de Saúde)

ESTE QUESTIONÁRIO PODE SER RESPONDIDO A UM ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO INFORMANTE E ENVIADO AO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA.

Atualizado: 18 de julho de 2005

Baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP & James Macinko, PhD, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA
Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

INSTRUÇÕES

Estimamos que este questionário requer apenas 30 minutos para ser preenchido. Por favor responda às perguntas da maneira mais completa possível. Tente responder às perguntas baseando-se em dados, relatórios, outros documentos ou informações disponíveis. Caso não tenha informação sobre alguma questão, nos diga a sua própria opinião, baseada na sua experiência como profissional trabalhando na área de atenção básica, neste município. O questionário será preenchido mais fácil e rapidamente se os informantes tiverem à mão os dados relevantes sobre a atenção básica no seu serviço, antes de começar a entrevista ou a responder as perguntas. Nas perguntas que pedem informações sobre serviços específicos solicitamos que considere o período dos **últimos 6 meses**. Agradecemos a sua participação.

A. Informações gerais			
1.	Data		
2.	Seu nome		
3.	Seu Titulo		
4.	Sua função	☐	Administrador/a
	(marque só uma resposta)	☐	Agente comunitário de saúde
		☐	Gestor/a (Coordenador/a, Diretor/a)
		☐	Enfermeiro/a
		☐	Médico/a
		☐	Outro profissional de saúde (especifique)
		☐	Outro gestor/(especifique)
5.	Organização		
6.	Numero de telefone		
7.	Fax		
8.	E-mail		
9.	Endereço		
10.	Cidade		
11.	Número de anos que trabalha nesta função: _____ anos		
12.	Tipo de organização	(marque só uma resposta)	

☐	Consultório privado	☐	Hospital público
☐	Equipe saúde da família	☐	Hospital privado
☐	Centro de saúde	☐	Secretaria de saúde estadual
☐	Posto de saúde	☐	Secretaria de saúde municipal
☐	Clinica ambulatorial pública	☐	Conselho de saúde estadual
☐	Clinica ambulatorial privada	☐	Conselho de saúde municipal
☐	Clinica ONG ou religiosa	☐	Outro (especifique) _____

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

B. Distribuição de recursos financeiros

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
13.	Para alocar recursos públicos (federal, estatal, municipal) levam-se em consideração as **diferentes necessidades de saúde** da população a ser atendida?	1	2	3	4	5	6	88
14.	Para alocar recursos públicos (federal, estatal, municipal) levam-se em consideração as **diferenças socioeconômicas** da população?	1	2	3	4	5	6	88
15a	Para responder às **necessidades de saúde das populações mais vulneráveis** existem programas especiais de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88

15.b Em caso afirmativo à pergunta anterior, quais são estes programas especiais e qual porcentagem (aproximadamente) da população está coberta por cada um deles? (Caso não saiba, deixe em branco.)

Programa	% população coberta

C. Acesso

(*) **Adequado** quer dizer: todos os dias estão disponíveis todos os medicamentos (ou equipamentos) necessários para o atendimento da maioria das necessidades (não urgentes nem especializadas) dos usuários/clientes que procuram esta unidade de atenção básica.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
16.	Durante os últimos seis meses, para que porcentagem das unidades de atenção básica havia uma **adequada*** oferta de *medicamentos essenciais* ?	1	2	3	4	5	6	88
17.	Durante os últimos seis meses para que porcentagem dessas unidades havia **adequado*** *equipamento básico e estoque* para cumprir com suas funções essenciais?	1	2	3	4	5	6	88
18.	Que porcentagem das unidades básicas exige algum pagamento dos usuários/clientes na hora do atendimento (co-pagamento)?	1	2	3	4	5	6	88
19.	Que porcentagem da população coberta pode obter uma consulta médica (não urgente) no prazo de 24 horas?	1	2	3	4	5	6	88
20.	Geralmente, as unidades de atenção básica estão abertas durante o fim de semana?	1	2	3	4	5	6	88
21.	Qual é o horário normal de funcionamento das unidades de atenção básica?	Centro de saúde		De _____horas às _____horas				
		Posto de saúde		De _____horas às _____horas				
		PSF		De _____horas às _____horas				
		Outros		De _____horas às _____horas				
22.	Que porcentagem das unidades de atenção básica fica aberta pelo menos um dia durante a semana depois das 18 horas?	1	2	3	4	5	6	88
23.	Durante o funcionamento da unidade existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

24.	Quando a unidade **está fechada**, existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88
25.	Normalmente, o cliente/usuário tem que esperar **mais de 30 minutos** na unidade antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88

D. Porta de entrada

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
26.	Exceto em casos de emergência, é preciso uma consulta com prestador do nível básico antes que um usuário/cliente busque outro nível de atenção (por exemplo, uma clínica hospitalar ou consulta especializada)?	1	2	3	4	5	6	88

E. Vínculo

27.	Em geral os usuários/clientes são examinados pelo mesmo profissional de saúde cada vez que consultam?	1	2	3	4	5	6	88
28.	Que porcentagem das unidades de atenção básica tem população adscrita?	1	2	3	4	5	6	88
29.	Se o usuário/cliente tem uma dúvida sobre seu tratamento, pode ligar para falar com o profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88
30.	Acha que os profissionais de saúde dão tempo suficiente para que os clientes explicitem bem suas dúvidas ou preocupações?	1	2	3	4	5	6	88
31.	Os profissionais de saúde normalmente utilizam o prontuário do usuário/cliente em cada consulta?	1	2	3	4	5	6	88
32.	Geralmente os profissionais de saúde são informados sobre todos os medicamentos utilizados pelo usuário/cliente na hora do atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
33.	Os profissionais de saúde são informados quando um usuário/cliente não consegue obter ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88

F. Elenco de serviços
Em que medida as unidades de atenção básica oferecem os seguintes serviços?

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
34.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88
35.	Atendimento para crianças e adolescentes	1	2	3	4	5	6	88
36.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88
37.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88
38.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88
39.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88
40.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis	1	2	3	4	5	6	88
41.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88
42.	Controles/tratamento de doenças endêmicas	1	2	3	4	5	6	88
43.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas	1	2	3	4	5	6	88
44.	Atendimento de doenças crônicas	1	2	3	4	5	6	88
45.	Tratamento/controle de diabetes	1	2	3	4	5	6	88
46.	Tratamento/controle de hipertensão	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

47.	Tratamento de pequenas feridas	1	2	3	4	5	6	88
48.	Pequenas cirurgias	1	2	3	4	5	6	88
49.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88
50.	Problemas de saúde mental não graves	1	2	3	4	5	6	88
51.	Programa de nutrição	1	2	3	4	5	6	88
52.	Educação em saúde	1	2	3	4	5	6	88
53.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88
54.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88
55.	Educação preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
56.	Assistência preventiva odontológica	1	2	3	4	5	6	88
57.	Existem protocolos específicos de atendimento para a maioria dos serviços mencionados?	1	2	3	4	5	6	88
G. Coordenação		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
58.	Em que porcentagem de unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de todas as crianças atendidas?	1	2	3	4	5	6	88
59.	Que porcentagem de usuários/clientes tem em seu poder o registro das imunizações realizadas e do monitoramento do crescimento das crianças?	1	2	3	4	5	6	88
60.	Em que porcentagem de unidades de atenção básica existe um registro obrigatório de controle pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88
61.	Quantas grávidas têm em seu poder um registro sobre consultas pré-natais e resultados de exames?	1	2	3	4	5	6	88
62.	Que porcentagem de unidades de atenção básica tem normas definidas para referência e contra-referência?	1	2	3	4	5	6	88
63.	Que porcentagem de unidades de atenção básica tem normas definidas para transferência de informações sobre pacientes entre os níveis de atenção?	1	2	3	4	5	6	88
64.	Quando um usuário/cliente precisar ser referido para outros serviços, os profissionais de atenção básica discutem com ele os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88
65.	Existem mecanismos formais na unidade de atenção básica para marcar consultas com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88
66.	Quando os paciente são referidos para outros serviços, os profissionais de atenção básica fornecem informações escritas para entregar ao serviço referido?	1	2	3	4	5	6	88
67.	Os profissionais de atenção básica recebem informações escritas sobre os resultados das consultas referidas a especialistas?	1	2	3	4	5	6	88
68.	Existem normas definidas para a realização de exames de laboratório para complementação diagnóstica?	1	2	3	4	5	6	88
69.	Em que porcentagem de unidades existe colheita de material para exames de laboratório na própria unidade?	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

70.	Em que porcentagem das unidades são os resultados dos exames de laboratório encaminhados para a unidade?	1	2	3	4	5	6	88
71.	Em que porcentagem de unidades é feito o agendamento da consulta de retorno do usuário/cliente para saber os resultados dos exames feitos diretamente pela unidade?	1	2	3	4	5	6	88
72.	Em que porcentagem de unidades é o usuário/cliente avisado ou consultado sobre esse agendamento?	1	2	3	4	5	6	88
73.	Existe supervisão periódica para revisar a necessidade de referência aos outros níveis de atenção	1	2	3	4	5	6	88
74.	As unidades permitem que os usuários/clientes vejam seus prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88
75.	Os prontuários médicos sempre estão disponíveis quando o profissional examina o usuário/cliente?	1	2	3	4	5	6	88
76.	Existe auditoria periódica dos prontuários médicos?	1	2	3	4	5	6	88

H. Enfoque familiar

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
77.	Em que porcentagem das unidades são os prontuários médicos organizados por família (e não por indivíduo)?	1	2	3	4	5	6	88
78.	Durante a consulta, os profissionais de saúde normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família?	1	2	3	4	5	6	88
79.	Os profissionais de saúde têm possibilidade de falar com a família do usuário/cliente para discutir seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88
80.	Durante a anamnese, os profissionais de saúde normalmente perguntam sobre fatores de risco social ou condições de vida do usuário/cliente (ex. desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88

I. Orientação para comunidade
Com que freqüência as unidades de atenção básica:

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
81.	Realizam enquetes de usuários/clientes para saber se os serviços oferecidos estão respondendo às necessidades (demanda de atendimento) da população?	1	2	3	4	5	6	88
82.	Realizam enquetes de usuários/clientes para identificar problemas de saúde da população?	1	2	3	4	5	6	88
83.	Têm representantes da comunidade participando na direção da unidade ou nos conselhos comunitários?	1	2	3	4	5	6	88
84.	Oferecem serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88
85.	Oferecem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

86.	Trabalham ou combinam com outras instituições, organizações ou grupos da comunidade para planejar ou realizar programas intersetoriais?	1	2	3	4	5	6	88
87.	Têm autonomia para reorganizar a oferta de serviços com base nos problemas identificados na comunidade?	1	2	3	4	5	6	88

J. Formação profissional

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
88.	Que porcentagem das unidades conta regularmente com pelo menos um médico?	1	2	3	4	5	6	88
89.	Enfermeiros ou outros profissionais substituem regularmente os médicos no atendimento à população?	1	2	3	4	5	6	88
90.	Que porcentagem dos médicos recebe treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
91.	Que porcentagem dos outros profissionais de saúde recebe treinamento específico na área de atenção básica?	1	2	3	4	5	6	88
92.	Equipes de atenção básica estão capacitadas para atuar segundo a diversidade cultural da comunidade (e.g. cultura, nível socioeconômico, idioma)	1	2	3	4	5	6	88

K. Auto avaliação de confiança nas respostas

Compreendemos que, muitas vezes, as informações necessárias para preencher este tipo de questionário não estão disponíveis. Por favor, indique sua fonte de informação e o nível de confiança nos dados que incluiu neste questionário.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Não sabe
93.	As respostas se basearam em dados, documentos ou informes publicados?	1	2	3	4	5	6	88
94.	Naquelas perguntas que respondeu sem poder consultar dados, qual é o seu nível de confiança nas respostas?	1	2	3	4	5	6	88

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

Suas sugestões, comentários, e/ou dúvidas

Agradecemos a sua participação.

Por favor, envie este documento para_____, na _____, pelo e-mail _____ou pelo fax _____.

Para poder incluir as suas informações na pesquisa, devemos receber este questionário respondido antes do dia _____de _____ de _____.

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

C. Usuários adultos

Número do questionário	_____
Data dados foram digitados	_____
Dados digitados por	_____
Código do arquivo	_____

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
NEW YORK UNIVERSITY
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Questionário Sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil
(Para ser aplicados com usuários adultos)

Apresentação:
"Bom-dia!
Eu sou .....
Estou participando de uma pesquisa.
Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?"

FILTRO 1: Qual é a sua idade? _____anos
(Se não sabe responder, pergunte: em que ano nasceu?) _____ano de nascimento

⇒ Se não tiver pelo menos 18 anos (nascido antes de 1986) **não continue a entrevista**.
⇒ Se tiver pelo menos 18 anos **CONTINUE**.

FILTRO 2: O(a) senhor(a) mesmo(a) é que veio consultar?
1. O respondente mesmo que vai consultar **(CONTINUE)**.
2. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado e pode responder o questionário porque é a mãe ou pai do menor ou acompanha sempre a pessoa que será atendida **(USE O QUESTIONÁRIO PARA ACOMPANHANTE)**.
3. O respondente veio acompanhando paciente com menos de 18 anos ou incapacitado, mas não pode responder o questionário **(NÃO CONTINUE A ENTREVISTA)**.

FILTRO 3: O(a) senhor(a) já foi atendido(a) anteriormente neste posto/centro/unidade?
1. Sim **(CONTINUE E PASSE PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO)**
2. Não **(NÃO CONTINUE A ENTREVISTA)**.

Atualizado: 17 de junho de 2005

Este instrumento é baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP e James Macinko, Ph.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA.
Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e os resultados obtidos.

A. Informações gerais

1.	Data	
2.	Nome do entrevistador	
3.	Código do entrevistador	
4.	Nome do posto/centro/unidade	
5.	Bairro	

6. Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica

Tipo	Código
PSF	1
PACS	2
Posto de saúde	3
Centro de Saúde	4
Ambulatório hospitalar	5
Outro (especifique) _____	6

B. Informações sobre o usuário

7.	Sexo do usuário	Mulher	0
		Homem	1
8.	Qual foi a última série escolar que o(a) senhor(a) completou? Observação: Ensino fundamental = 8 series Ensino médio = 3 series Ensino superior 4-6 anos	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1º grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1º grau) completo	2
		Ensino médio (2º grau) incompleto	3
		Ensino médio (2º grau) completo	4
		Ensino superior (universitário) incompleto	5
		Ensino superior (universitário) completo	6

	O(a) senhor(a) tem ..... em casa?	Sim	Não
9.	Luz elétrica	1	0
10.	Água encanada	1	0
11.	Banheiro dentro da casa	1	0
12.	Geladeira	1	0
13.	Radio	1	0
14.	Telefone (celular ou fixo)	1	0
15.	Televisão	1	0
16.	Carro	1	0

C. Saúde do usuário

		Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Recusa / na	Não sabe
17.	De um modo geral, nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) considera o seu próprio estado de saúde como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	5	4	3	2	1	88	99

		Sim	Não	Recusa / na	Não sabe
18.	Nos últimos 30 dias o(a) senhor(a) deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo da saúde?	1 (passe à pergunta 19)	0 (passe à pergunta 20)	88 (passe à pergunta 20)	99 (passe à pergunta 20)

19.	Nos últimos 30 dias, quantos dias o(a) senhor(a) deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?		Recusa / na	Não sabe
		Número de dias _____	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

O(a) senhor(a) tem:

		Sim	Não	Recusa / na	Não sabe
20.	Doença de coluna ou dor nas costas?	1	0	88	99
21.	Artrite ou reumatismo?	1	0	88	99
22.	Câncer?	1	0	88	99
23.	Diabetes?	1	0	88	99
24.	Bronquite ou asma?	1	0	88	99
25.	Hipertensão ou pressão alta?	1	0	88	99
26.	Doença do coração?	1	0	88	99
27.	Depressão?	1	0	88	99
28.	Outra doença? (especifique _____)	1	0	88	99

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a atenção à saúde que o(a) senhor(a) e sua família têm recebido neste posto/centro/unidade.
OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS

D. Acesso

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
29.	O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta neste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
30.	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) neste **posto/centro/unidade no prazo de 24 horas**?	1	2	3	4	5	6	88	99
31.	Este **posto/centro/unidade** está aberto durante os fins de semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
32.	Este **posto/centro/unidade** fica aberto **depois das 18 horas** pelo menos um dia durante a semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
33.	Durante o período de **funcionamento normal** deste **posto/centro/unidade** existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
34.	Quando este **posto/centro/unidade está fechado**, existe um **número de telefone** para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
35.	Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar **mais de 30 minutos** neste **posto/centro/unidade** antes de ser atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
36.	Quando vem consultar neste **posto/centro/unidade** o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	1	2	3	4	5	6	88	99
37.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês) este **posto/centro/unidade** tinha **todos** os medicamentos que o(a) senhor(a) precisava?	1	2	3	4	5	6	88	99
38.	Nas suas consultas mais recentes (no último mês), este **posto/centro/unidade** tinha todos equipamentos necessários ao atendimento do seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
39.	O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para ser atendido (co-pagamento) neste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

E. Porta de entrada

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
40.	Geralmente, quando o(a) senhor(a) ou sua família precisa de algum **controle de saúde preventivo** (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o(a) senhor(a) vem a este **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o(a) senhor(a) ou sua família tem um problema de saúde, vocês normalmente vêm a este **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o(a) senhor(a) normalmente tem que realizar uma consulta neste **posto/centro/unidade** antes de consultar com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

F. Vínculo

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
43.	Quando o(a) senhor(a) vem a este **posto/centro/unidade** para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
44.	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre seu tratamento o(a) senhor(a) consegue falar com o mesmo profissional deste **posto/centro/unidade** que lhe atendeu?	1	2	3	4	5	6	88	99
45.	Neste **posto/centro/unidade** os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o senhor(a) explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas?	1	2	3	4	5	6	88	99
46.	O profissional deste **posto/centro/unidade** que lhe atende compreende (entende) bem as suas perguntas?	1	2	3	4	5	6	88	99
47.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1	2	3	4	5	6	88	99
48.	Durante as suas consultas os profissionais deste **posto/centro/unidade** anotam as suas queixas no seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
49.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** estão informados sobre todos os medicamentos que o(a) senhor(a) está utilizando?	1	2	3	4	5	6	88	99
50.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são informados quando o(a) senhor(a) não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88	99
Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo.									
51 a	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** o tratam apenas como um doente?	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

51 b	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** o tratam como um ser humano completo?	1	2	3	4	5	6	88	99

G. Elenco de serviços

Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o(a) senhor(a) ou a sua família, os seguintes serviços nesta unidade?

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
52.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
53.	Atendimento para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
54.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88	99
55.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88	99
56.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88	99
57.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88	99
58.	Atendimento de doenças sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS, sífilis)	1	2	3	4	5	6	88	99
59.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88	99
60.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)	1	2	3	4	5	6	88	99
61.	Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)	1	2	3	4	5	6	88	99
62.	Tratamento/controle de diabetes	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**88**	**99**
63.	Tratamento/controle de hipertensão ou pressão alta	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**88**	**99**
64.	Tratamento de pequenos ferimentos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**88**	**99**
65.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88	99
66.	Problemas de saúde mental	1	2	3	4	5	6	88	99
67.	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	1	2	3	4	5	6	88	99
68.	Conselhos sobre atividade física	1	2	3	4	5	6	88	99
69.	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	1	2	3	4	5	6	88	99
70.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88	99
71.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88	99
72.	Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes, higiene bucal)	1	2	3	4	5	6	88	99
73.	Atendimento odontológico	1	2	3	4	5	6	88	99

H. Coordenação

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
74.	O(a) senhor(a) recebe os resultados de seus exames de laboratório?	1	2	3	4	5	6	88	99
75.	O(a) senhor(a) traz os resultados de seus exames de laboratório para este **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
76.	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da sua consulta de retorno para saber os resultados dos seus exames de laboratório?	1	2	3	4	5	6	88	99
77.	Quando o(a) senhor(a) vem a este **posto/centro/unidade**, traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc.?	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

78.	O profissional deste **posto/centro/unidade** tem sempre disponível o seu prontuário médico quando o(a) senhor(a) está sendo atendido ou examinado?	1	2	3	4	5	6	88	99
79.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** permitem que o(a) senhor(a) veja o seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99

PERGUNTA 80: SÓ PARA MULHERES QUE ALGUMA VEZ NA VIDA ESTIVERAM GRÁVIDAS
PERGUNTA 81 E 82: SÓ PARA MULHERES QUE ESTÃO GRÁVIDAS
SE O ENTREVISTADO FOR HOMEM PASSAR PARA A PERGUNTA 83.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
80.	Quando a senhora estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	1	2	3	4	5	6	88	99
81.	Nesta gravidez a senhora tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88	99
82.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** pedem que a senhora traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal toda vez que vem à consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
83.	O(a) senhor(a) foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	(1) Sim (continue com a pergunta 84) (0) Não (Passe para a pergunta 92 – Enfoque Familiar)							
84.	Quando o(a) senhor(a) vai consultar com um especialista é encaminhado(a) por um profissional deste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
85.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88	99
86.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** ajudam a marcar a consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
87.	Quando o(a) senhor(a) é encaminhado(a) ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
88.	O(a) senhor(a) retorna a este **posto/centro/unidade** com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
89.	O(a) senhor(a) é informado(a) neste **posto/centro/unidade** sobre os resultados da consulta com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
90.	O(a) senhor(a) discute com o profissional deste **posto/centro/unidade** sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
91.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste **posto/centro/unidade** estão interessados na qualidade da sua consulta com o(a) especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

I. Enfoque familiar

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
92.	Durante a consulta os profissionais deste **posto/centro/unidade** normalmente perguntam sobre as suas condições de vida e as da sua família (ex., desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88	99
93.	Durante a consulta os profissionais deste **posto/centro/unidade** normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99
94.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde neste **posto/centro/unidade** conhecem bem a sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99
95.	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais deste **posto/centro/unidade** falariam com a sua família sobre o seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
96.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** lhe perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o seu tratamento ou da sua família?	1	2	3	4	5	6	88	99

J. Orientação para a comunidade

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa	Não sabe
97.	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste **posto/centro/unidade** atendem aos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
98.	O(s) senhor(a) acha que os profissionais deste **posto/centro/unidade** sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
99.	As autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste **posto/centro/unidade** ou no Conselho Local de Saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
100	Este **posto/centro/unidade** oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88	99
101	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** fazem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88	99
102	O(a) senhor(a) acha que este **posto/centro/unidade** trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

K. Formação profissional

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa	Não sabe
103	Na sua experiência, com que freqüência o(a) senhor(a) veio a este **posto/centro/unidade** e tinha pelo menos um médico trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
104	Na sua experiência, com que freqüência o(a) senhor(a) veio a este **posto/centro/unidade** e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
105	O(a) senhor(a) recomendaria este **posto/centro/unidade** a um amigo(a)?	1	2	3	4	5	6	88	99
106	O(a) senhor(a) recomendaria este **posto/centro/unidade** a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	1	2	3	4	5	6	88	99
107	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são capazes de resolver a maioria dos seus problemas de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
108	Os profissionais de saúde neste **posto/centro/unidade** relacionam-se bem com a sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

109. A senhora (o senhor) tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário(s) ou dúvida(s)?

110. Observações do entrevistador

Agradecemos a sua participação.

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

D. Usuários acompanhantes

Número do questionário	_____
Data dados foram digitados	_____
Dados digitados por	_____
Código do arquivo	_____

MINISTÉRIO DA SAÚDE FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA "SERGIO AROUCA"
NEW YORK UNIVERSITY
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO E SAÚDE PÚBLICA

Questionário sobre o Sistema de Atenção Básica no Brasil

(Para ser aplicado com adultos acompanhantes de crianças, menores de 18 anos ou incapacitados)

Apresentação:
"Bom-dia!
Eu sou .....
Estou participando de uma pesquisa.
Posso conversar um pouco com o(a) senhor(a)?"

FILTRO 1: Qual é a sua idade? _____anos
(Se não sabe responder, pergunte: em que ano nasceu?) _____ano de nascimento

⇒ Se não tiver pelo menos 18 anos (nascido antes de 1986) **não continue a entrevista**.
⇒ Se tiver pelo menos 18 anos **CONTINUE**.

FILTRO 2: O(a) senhor(a) mesmo(a) é que veio consultar?

1. O respondente mesmo que vai consultar (**USE O QUESTIONÁRIO PARA ADULTOS**).
2. O respondente veio acompanhando usuário com menos de 18 anos ou incapacitado e pode responder o questionário porque é a mãe ou pai do menor ou acompanha sempre a pessoa que será atendida (**CONTINUE**).
3. O respondente veio acompanhando usuário com menos de 18 anos ou incapacitado, mas não pode responder o questionário (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

FILTRO 3: A pessoa/criança que está acompanhando hoje já foi atendida anteriormente neste posto/centro/unidade?

1. Sim (**CONTINUE E PASSE PARA O TERMO DE CONSENTIMENTO**)
2. Não (**NÃO CONTINUE A ENTREVISTA**).

Atualizado: 17 de junho de 2005

Este instrumento é baseado num questionário elaborado por:
Barbara Starfield, MD, MPH, FRCGP e James Macinko, Ph.D, Dept. of Health Policy & Management, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD USA.
Foi adaptado e validado por: James Macinko (New York University) e Celia Almeida (ENSP/FIOCRUZ).

Este questionário pode ser utilizado desde que a ENSP/FIOCRUZ e a coordenadora nacional da pesquisa (Celia Almeida – calmeida@ensp.fiocruz.br) sejam informados sobre a sua utilização e dos resultados obtidos.

A. Informações gerais

1.	Data	
2.	Nome do entrevistador	
3.	Código do entrevistador	
4.	Nome do posto/centro/unidade	
5.	Bairro	

6. Tipo de posto/centro/unidade de atenção básica

Tipo	Código
PSF	1
PACS	2
Posto de saúde	3
Centro de Saúde	4
Ambulatório hospitalar	5
Outro (especifique) _____	6

B. 1. Informações sobre o acompanhante

7.a	Sexo do acompanhante	Mulher	0
		Homem	1
7.b	Qual é a sua relação com a pessoa que está acompanhando?	Mãe (ou pai)	1
		Irmão/irmã	2
		Outro parente	3
		Outro (e.g. amigo(a)	4
7.c	Qual foi a última série escolar que o senhor(a) completou?	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1° grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1° grau) completo	2
	Observação:	Ensino médio (2° grau) incompleto	3
	Ensino fundamental = 8 series	Ensino médio (2° grau) completo	4
	Ensino médio = 3 series	Ensino superior (universitário) incompleto	5
	Ensino superior 4-6 anos	Ensino superior (universitário) completo	6

B.2. Informações sobre o paciente
O restante das perguntas estão relacionadas à pessoa que está sendo acompanhada e que é chamada "paciente"

8.a	Sexo do paciente	Mulher	0
		Homem	1
8.b	Idade do paciente	_____ anos (ou _____ meses)	
8.c	Qual foi a última série escolar que o paciente completou?	Sem escolaridade	0
		Ensino fundamental (1° grau) incompleto	1
		Ensino fundamental (1° grau) completo	2
	Observação:	Ensino médio (2° grau) incompleto	3
	Ensino fundamental = 8 séries	Ensino médio (2° grau) completo	4
	Ensino médio = 3 séries	Ensino superior (universitário) incompleto	5
	Ensino superior 4-6 anos	Ensino superior (universitário) completo	6

	A casa do paciente tem .....?	Sim	Não
9.	Luz elétrica	1	0
10.	Água encanada	1	0
11.	Banheiro dentro da casa	1	0
12.	Geladeira	1	0
13.	Radio	1	0
14.	Telefone (celular ou fixo)	1	0
15.	Televisão	1	0
16.	Carro	1	0

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

C.Saúde do paciente.

		Muito bom	Bom	Regular	Ruim	Muito ruim	Recusa / na	Não sabe
17.	De um modo geral, nos últimos 30 dias, o(a) senhor(a) considera o estado de saúde do paciente como muito bom, bom, regular, ruim ou muito ruim?	5	4	3	2	1	88	99

		Sim	Não	Recusa	Não sabe
18.	Nos últimos 30 dias, o paciente deixou de realizar quaisquer de suas atividades habituais (trabalhar, ir à escola, correr, brincar) por motivo da saúde?	1 (passe à pergunta 19)	0 (passe à pergunta 20)	88 (passe à pergunta 20)	99 (passe à pergunta 20)

			Recusa / na	Não sabe
19	Nos últimos 30 dias, quantos dias o paciente deixou de realizar suas atividades habituais por motivo de saúde?	Número de dias _____	88	99

O paciente tem....?:

		Sim	Não	Recusa / na	Não sabe
20.	Doença de coluna ou dor nas costas?	1	0	88	99
21.	Artrite ou reumatismo?	1	0	88	99
22.	Câncer?	1	0	88	99
23.	Diabetes?	1	0	88	99
24.	Bronquite ou asma?	1	0	88	99
25.	Hipertensão ou pressão alta?	1	0	88	99
26.	Doença do coração?	1	0	88	99
27.	Depressão?	1	0	88	99
28.	Outra doença? (especifique _____)	1	0	88	99

Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a atenção à saúde que o paciente tem recebido neste posto/centro/unidade. Por favor responda segundo a sua experiência como acompanhante do paciente.
OBS: MOSTRAR E EXPLICAR AO ENTREVISTADO O CARTÃO DE RESPOSTAS

D. Acesso

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
29.	O(a) senhor(a) acha fácil conseguir uma consulta para o paciente neste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
30.	O(a) senhor(a) acha que pode obter uma consulta médica (não urgente) para o paciente neste **posto/ centro/unidade no prazo de 24 horas**?	1	2	3	4	5	6	88	99
31.	Este **posto/centro/unidade** está aberto durante os fins de semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
32.	Este **posto/centro/unidade** fica aberto **depois das 18 horas** pelo menos um dia durante a semana?	1	2	3	4	5	6	88	99
33.	Durante o período de **funcionamento normal** do **posto/centro/unidade** existe um número de telefone para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
34.	Quando este **posto/centro/unidade está fechado**, existe um **número de telefone** para marcar consultas ou pedir informações?	1	2	3	4	5	6	88	99
35.	Normalmente o(a) senhor(a) tem que esperar **mais de 30 minutos** neste **posto/centro/ unidade** antes que o paciente seja atendido por um profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

36.	Quando traz o paciente para consultar neste **posto/centro/unidade** o(a) senhor(a) tem que deixar de trabalhar ou perder o seu dia de trabalho?	1	2	3	4	5	6	88	99
37.	Nas consultas mais recentes (no último mês) este **posto/centro/unidade** tinha **todos** os medicamentos que o paciente precisava?	1	2	3	4	5	6	88	99
38.	Nas consultas mais recentes (no último mês), este **posto/centro/unidade** tinha todos equipamentos necessários ao atendimento do problema de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
39.	O(a) senhor(a) tem que pagar alguma quantia em dinheiro para que o paciente seja atendido neste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99

E. Porta de entrada

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
40.	Geralmente, quando o paciente ou sua família precisa de algum **controle de saúde preventivo** (vacinar, medir pressão, exames de rotina), o(s) senhor(a) vem a este **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
41.	Quando o paciente tem um problema de saúde o(a) senhor(a) normalmente vem a este **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
42.	Exceto em casos de emergência, o paciente normalmente tem que realizar uma consulta neste **posto/centro/unidade** antes de consultar com um especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

F. Vínculo

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
43.	Quando o paciente vem neste **posto/centro/unidade** para uma consulta é examinado pelo mesmo profissional de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
44.	Se o(a) senhor(a) tem alguma dúvida sobre o tratamento do paciente, consegue falar com o mesmo profissional que o atendeu?	1	2	3	4	5	6	88	99
45.	Neste **posto/centro/unidade** os profissionais de saúde dão tempo suficiente para o(a) senhor(a) explicar bem as suas preocupações e tirar as suas dúvidas sobre o paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
46.	O profissional que atende o paciente neste **posto/centro/unidade** compreende (entende) bem as suas perguntas?	1	2	3	4	5	6	88	99
47.	Os profissionais neste **posto/centro/unidade** respondem às suas perguntas de uma maneira clara, que o(a) senhor(a) entende bem?	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

48.	Durante as consultas os profissionais deste **posto/centro/unidade** anotam as queixas do paciente no seu prontuário médico?	1	2	3	4	5	6	88	99
49.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** estão informados sobre todos os medicamentos que o paciente está utilizando?	1	2	3	4	5	6	88	99
50.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são informados quando o paciente não pode conseguir ou comprar um medicamento prescrito?	1	2	3	4	5	6	88	99
Os profissionais de saúde podem ver uma pessoa apenas como um doente ou como um ser humano completo.									
51 a	Com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** tratam o paciente apenas como um doente?	1	2	3	4	5	6	88	99
51 b	E com que freqüência os profissionais deste **posto/centro/unidade** tratam o paciente como um ser humano completo?	1	2	3	4	5	6	88	99

G. Elenco de serviços

Em que medida o(a) senhor(a) acha que poderia conseguir, para o paciente ou a sua família, os seguintes serviços neste **posto/centro/unidade**?

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
52.	Vacinações para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
53.	Atendimento para crianças	1	2	3	4	5	6	88	99
54.	Atendimento para adultos	1	2	3	4	5	6	88	99
55.	Atendimento para idosos	1	2	3	4	5	6	88	99
56.	Controle pré-natal	1	2	3	4	5	6	88	99
57.	Serviços de planejamento familiar	1	2	3	4	5	6	88	99
58.	Atendimento de doenças Sexualmente transmissíveis (por exemplo, AIDS, sífilis)	1	2	3	4	5	6	88	99
59.	Programa de controle de tuberculose	1	2	3	4	5	6	88	99
60.	Controles/tratamento de doenças epidêmicas (por exemplo, dengue, malária)	1	2	3	4	5	6	88	99
61.	Atendimento de doenças crônicas (artrite, asma, doenças do coração)	1	2	3	4	5	6	88	99
62.	Tratamento/controle de diabetes	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**88**	**99**
63.	Tratamento/controle de hipertensão ou pressão alta	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**88**	**99**
64.	Tratamento de pequenos ferimentos	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**88**	**99**
65.	Conselhos sobre o uso de álcool e tabaco	1	2	3	4	5	6	88	99
66.	Problemas de saúde mental	1	2	3	4	5	6	88	99
67.	Conselhos sobre alimentação ou nutrição	1	2	3	4	5	6	88	99
68.	Conselhos sobre atividade física	1	2	3	4	5	6	88	99
69.	Educação sobre a preparação higiênica de água e comida	1	2	3	4	5	6	88	99
70.	Educação sobre violência doméstica	1	2	3	4	5	6	88	99
71.	Educação sobre acidentes domésticos	1	2	3	4	5	6	88	99
72.	Educação preventiva odontológica (escovação dos dentes, higiene bucal)	1	2	3	4	5	6	88	99
73.	Atendimento odontológico	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

H. Coordenação

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
74.	O(a) senhor(a) recebe os resultados dos exames de laboratório do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
75.	O(a) senhor(a) traz os resultados dos exames de laboratório quando vem consultar neste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99
76.	O(a) senhor(a) é avisado sobre o agendamento da consulta de retorno para saber os resultados dos exames de laboratório do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
77.	Quando o(a) senhor(a) vem a este **posto/centro/unidade**, traz consigo documentos, prontuários, resultados ou pedidos de exames, cartão de imunizações etc. do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
78.	O profissional de saúde deste **posto/centro/unidade** tem sempre disponível o seu prontuário médico quando o(a) paciente está sendo atendido(a) ou examinado(a)?	1	2	3	4	5	6	88	99
79.	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** permitem que o(a) senhor(a) veja o prontuário médico do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99

PERGUNTAS 80 E 81: SÓ PARA MULHERES (OU HOMENS) QUE ESTEJAM ACOMPANHANDO CRIANÇAS
PERGUNTA 82: SÓ PARA PACIENTES MULHERES QUE ALGUMA VEZ NA VIDA ESTIVERAM GRÁVIDAS
PERGUNTA 83 E 84: SÓ PARA PACIENTES MULHERES GRÁVIDAS
SE O ENTREVISTADO NÃO ACOMPANHA UMA CRIANÇA OU MULHER MENOR PASSAR PARA A PERGUNTA 85.

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
80.	O(a) senhor(a) tem em seu poder um cartão de registro das imunizações realizadas na criança e do crescimento dela?	1	2	3	4	5	6	88	99
81.	Os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** pedem que o(a) senhor(a) traga consigo(a) o registro de imunizações e do crescimento quando vem para consultar as crianças?	1	2	3	4	5	6	88	99
82.	Quando a paciente estava grávida tinha consigo um cartão com os registros dos controles pré-natais?	1	2	3	4	5	6	88	99
83.	Nesta gravidez a paciente tem em seu poder o cartão de registro dos exames de pré-natal?	1	2	3	4	5	6	88	99
84.	Os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** pedem que traga consigo o cartão para registro dos exames de pré-natal da paciente toda vez que vem à consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
85.	O paciente foi alguma vez a um especialista ou a uma clínica especializada para fazer consulta?	**(1) Sim (continue com a pergunta 86)** **(0) Não (Passe para a pergunta 94 – Enfoque Familiar)**							
86.	Quando o paciente vai consultar com um especialista é encaminhado por um profissional deste **posto/centro/unidade**?	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

87.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** indicam ou discutem com o(a) senhor(a) os possíveis lugares de atendimento?	1	2	3	4	5	6	88	99
88.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** lhe ajudam a marcar a consulta?	1	2	3	4	5	6	88	99
89.	Quando o paciente é encaminhado ao especialista os profissionais deste **posto/centro/unidade** fornecem informações escritas sobre o seu problema para entregar ao serviço ou ao especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99
90.	O(a) senhor(a) retorna a este **posto/centro/unidade** com as informações escritas sobre o(s) resultado(s) da(s) consulta(s) com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
91.	O(a) senhor(a) é informado(a) neste **posto/centro/unidade** sobre os resultados da consulta com o(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
92.	O(a) senhor(a) discute com o profissional deste **posto/centro/unidade** sobre os resultados da consulta ao(s) especialista(s)?	1	2	3	4	5	6	88	99
93.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais deste **posto/centro/unidade** estão interessados na qualidade da sua consulta com o(a) especialista?	1	2	3	4	5	6	88	99

I. Enfoque familiar

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
94.	Durante a consulta os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** normalmente perguntam sobre as condições de vida da família do paciente (desemprego, disponibilidade de água potável, saneamento básico etc.)?	1	2	3	4	5	6	88	99
95.	Durante a consulta os profissionais deste **posto/centro/unidade** normalmente pedem informações sobre doenças de outros membros da família do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
96.	O(a) senhor(a) acha que os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** conhecem bem a família do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
97.	O(a) senhor(a) acredita que, se quisesse, os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** falariam com a família do paciente sobre o seu problema de saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
98.	Os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** perguntam sobre quais são as suas idéias e opiniões sobre o tratamento do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

J. Orientação para a comunidade

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
99.	O(a) senhor(a) ou sua família é consultado(a) para saber se os serviços deste **posto/centro/unidade** atendem aos problemas de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
100	O(s) senhor(a) acha que os profissionais deste **posto/centro/unidade** sabem sobre os problemas de saúde mais importantes da sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99
101	As autoridades da Secretaria de Saúde pedem a representantes da comunidade para participarem nas reuniões da direção deste **posto/centro/unidade** ou no Conselho Local de Saúde?	1	2	3	4	5	6	88	99
102	Este **posto/centro/unidade** oferece serviços de saúde nas escolas?	1	2	3	4	5	6	88	99
103	Com que freqüência os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** fazem visitas domiciliares?	1	2	3	4	5	6	88	99
104	O(a) senhor(a) acha que este **posto/centro/unidade** trabalha com outros grupos para realizar atividades que melhoram as condições de vida de sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

K. Formação profissional

		Nunca (0%)	Quase nunca (1-20%)	Algumas vezes (21-40%)	Muitas vezes (41-60%)	Quase sempre (61-80%)	Sempre (81-100%)	Recusa / na	Não sabe
105	Na sua experiência, com que freqüência o(a) senhor(a) veio a este **posto/centro/unidade** e tinha pelo menos um médico trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
106	Na sua experiência, com que freqüência o(a) senhor(a) veio a este **posto/centro/unidade** e tinha pelo menos um enfermeiro trabalhando?	1	2	3	4	5	6	88	99
107	O(a) senhor(a) recomendaria este **posto/centro/unidade** a um amigo(a)?	1	2	3	4	5	6	88	99
108	O(a) senhor(a) recomendaria este **posto/centro/unidade** a alguém que utiliza terapias alternativas (ervas, homeopatia, acupuntura)?	1	2	3	4	5	6	88	99
109	Os profissionais deste **posto/centro/unidade** são capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde do paciente?	1	2	3	4	5	6	88	99
110	Os profissionais de saúde deste **posto/centro/unidade** relacionam-se bem com a sua comunidade?	1	2	3	4	5	6	88	99

James Macinko & Celia Almeida, 2003/2004

111. A senhora (o senhor) tem alguma(s) pergunta(s), sugestão(ões), comentário(s) ou dúvida(s)?
112. Observações do entrevistador
Agradecemos a sua participação.

E. Termo de consentimento: modelo profissional/gestor

MODELO PROFISSIONAL/GESTOR

LOGO(S) INSTITUIÇÃO / INSTITUIÇÕES

LOCAL, DATA

Termo de Consentimento

Prezado senhor(a),

O Sr.(a) foi selecionado(a) para participar da [NOME DA PESQUISA]. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da [NOME DAS INSTITUIÇÕES]. Tem como objetivos: [OBJETIVOS DA PESQUISA].

Com este estudo, se buscará desenvolver uma ferramenta baseada na metodologia testada para avaliação do desempenho do sistema de atenção básica e a definição de alguns indicadores de atenção primária que sejam práticos, válidos e relevantes.

Sua participação consistirá em responder este questionário. O questionário não é identificável e os dados serão divulgados agregados, guardando assim o absoluto **sigilo sobre as informações**. Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados, mas os nomes dos informantes e as informações individuais não serão disponibilizados em rede.

A sua participação é voluntária e de seu livre-arbítrio, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário. O Sr.(a) pode desistir de participar na pesquisa a qualquer momento. A participação na pesquisa não trará benefícios individuais e a recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com o serviço, a instituição de pesquisa ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois as informações fornecidas servirão para melhor analisar a organização e o desempenho dos serviços de saúde na área da atenção básica em nível local no Brasil.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com o(a) coordenador(a) da equipe de pesquisadores, [NOME DO(A) COODENADOR(A)] da [NOME DA INSTITUIÇÃO], nos telefones [N. DOS TELEFONES], ou pelo e-mail [ENDEREÇO DE E-MAIL].

Coordenadores da pesquisa
[NOMES DOS COORDENADORES]

(OBS.: CADA VEZ QUE O QUESTIONÁRIO FOR UTILIZADO DEVERÁ SER APROVADO PELO RESPECTIVO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO DOS PESQUISADORES OU PROFISSIONAIS QUE QUEIRAM APLICAR O QUESTIONÁRIO)

F. Termo de consentimento: modelo adulto/acompanhante

MODELO ADULTO/ACOMPANHANTE

LOGO(S) INSTITUIÇÃO / INSTITUIÇÕES

LOCAL E DATA.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Prezado(a) senhor(a),

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) para participar da pesquisa [NOME DA PESQUISA]. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da [NOME DA INSTITUIÇÃO / INSTITUIÇÕES] . Tem como objetivos a realização de uma enquete populacional para medir aspectos críticos do sistema de atenção básica em [NOME DO MUNICÍPIO].

Sua participação consistirá em responder a um questionário, o que não deve levar mais de 45 minutos. O questionário não vai registrar seu nome e os dados serão divulgados de forma agregada, guardando assim o mais absoluto sigilo sobre as informações fornecidas pelo(a) Sr.(a). Após a conclusão do trabalho de campo, os dados serão publicados, mas não será possível identificar nenhum dos indivíduos que participaram da pesquisa.

A sua participação é voluntária, sendo que o(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta do questionário. O(a) senhor(a) também pode desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. A sua participação na pesquisa não lhe trará nenhum benefício individual e a sua recusa em participar também não trará qualquer prejuízo na sua relação com a instituição responsável pela pesquisa, com os serviços de saúde, ou com os pesquisadores. No entanto, é de fundamental importância que todas as pessoas selecionadas participem, pois, as informações fornecidas servirão para melhor descrever o desempenho dos serviços de atenção básica em Petrópolis e sugerir possíveis melhorias.

Caso tenha qualquer dúvida pedimos que a esclareça diretamente com a coordenadora da equipe de pesquisadores da [NOME DA INSTITUIÇÃO], Dra./Dr. [NOME DO COORDENADOR(A)], pelos telefones [No. DE TELEFONE], ou ainda pelo e-mail [ENDEREÇO DE E-MAIL].

Caso queira mais informações sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética da [NOME DA INSTITUIÇÃO] pelo telefone [N. DO TELEFONE] ou pelo e-mail [ENDEREÇO DE E-MAIL]

Coordenadores do Projeto
[NOME DO(S) COORDENADOR(A) / COORDENADORES(AS), INSTITUIÇÃO]

Uma cópia desta declaração deve ficar com o(a) Sr(a).

_____ _____

Assinatura do entrevistado Data

Nota para entrevistadores: Se o entrevistado for analfabeto ou não for capaz de assinar seu nome, verifique se compreendeu bem os Termos de Consentimento, coloque as iniciais do nome do entrevistado no local da assinatura, escreva uma observação de que ele é analfabeto mas compreendeu os termos e aceitou participar na pesquisa e rubrique.

(OBS.: CADA VEZ QUE O QUESTIONÁRIO FOR UTILIZADO DEVERÁ SER APROVADO PELO RESPECTIVO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO DOS PESQUISADORES OU PROFISSIONAIS QUE QUEIRAM APLICAR O QUESTIONÁRIO)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)
MINISTERIO DE SALUD – BRASIL

serie técnica

Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

11

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS/OMS
UNIDAD TÉCNICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD - BRASIL
SECRETARÍA DE ATENCIÓN A LA SALUD - SAS
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN BÁSICA - DAB
COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD BUCAL

serie técnica

Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL DE BRASIL: REGISTRO DE UNA CONQUISTA HISTÓRICA

11

BRASÍLIA-DF, BRASIL
2006

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS/OMS
UNIDAD TÉCNICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD - BRASIL
SECRETARÍA DE ATENCIÓN A LA SALUD - SAS
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN BÁSICA - DAB
COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD BUCAL

LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL DE BRASIL:

REGISTRO DE UNA CONQUISTA HISTÓRICA

ORGANIZACIÓN

José Felipe Riani Costa
Odontólogo, especialista en Salud Colectiva, asesor técnico de la Coordinación Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud

Luciana de Deus Chagas
Odontóloga, especialista en Salud Pública, Maestría en Ciencia de la Información/UnB, consultora nacional de la Organización Panamericana de la Salud - Brasil

Rosa Maria Silvestre
Odontóloga, especialista en Salud Pública, consultora de la Organización Panamericana de la Salud - Brasil

Serie Técnica Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 11

BRASÍLIA-DF, BRASIL
2006

Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS
Representación en Brasil
Dr. Horácio Toro Ocampo
http://www.opas.org.br

Unidad Técnica de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud / OPS
Gerente de la Unidad Técnica
Dr. Júlio Manuel Suárez
www.opas.org.br/servico

Equipo técnico de OPS
Dra. Luciana de Deus Chagas
Dra. Rosa Maria Silvestre

Ministerio de Salud - BRASIL
Ministro
Dr. Saraiva Felipe
http://www.saude.gov.br

Secretaría de Atención a la Salud
Secretario
Dr. José Gomes Temporão

Coordinación Nacional de Salud Bucal
Coordinador
Dr. Gilberto Pucca Júnior
www.saude.gov.br/bucal

Equipo técnico MS
Dr. Alexandre Raphael Deitos
Dra. Andréia Gimenez Nonato
Dr. Francisco Edilberto Gomes Bonfim
Dra. Izabeth Cristina Campos da Silva Farias
Dra. Janaina Rodrigues Cardoso
Dr. José Felipe Riani Costa
Dra. Lívia Maria Benevides de Almeida
Dr. Márcio Ribeiro Guimarães

Colaboración: Idiana Luvison
Normalización: Fernanda Nahuz
Traducción y revisión: Empório das Letras
DTP: Formatos design gráfico
Tirada: 1.000 ejemplares

Ficha catalográfica preparada por el Centro de Documentación
de la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Brasil

La política nacional de salud bucal de Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

59 p.: il. color. (Serie técnica desarrollo de sistemas y servicios de salud; 11)

ISBN:

1. Políticas de Salud. 2. Salud Bucal. I. Costa, José Felipe Riani de. Chagas, Luciana de Deus. Silvestre, Rosa Maria. II. Título. III. Organização Pan-Americana da Saúde. IV. Brasil. Ministerio de Salud. V. Serie técnica desarrollo de sistemas y servicios de salud.

NLM: WU113

2006 © Organización Panamericana de la Salud
Todos los derechos reservados. Permitida la reproducción total o parcial de este contenido, a condición de citar la fuente y que no sea para venta o cualquier otra finalidad comercial. Las opiniones expresadas en el documento son de la entera responsabilidad de sus autores.

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICO 3.1 – MÉDIAS DEL CPO-D Y PARTICIPACIÓN DE LOS COMPONENTES DE ACUERDO CON LA EDAD. BRASIL, 1986 33

GRÁFICO 3.2 – MÉDIAS E INTERVALOS DE CONFIANZA (95%) DE ACUERDO CON LA EDAD. BRASIL, 1996 35

GRÁFICO 3.3 – MEDIAS DE CPO-D Y PARTICIPACIÓN DE LOS COMPONENTES CONFORME EDAD. BRASIL, 2003..... 38

GRÁFICO 4.1 – ESB IMPLANTADOS. BRASIL, MARZO/2001 – DICIEMBRE/2005..... 45

GRÁFICO 4.2 – COBERTURA POBLACIONAL DE LOS ESB. BRASIL, DICIEMBRE/2002 – DICIEMBRE/2005..... 46

GRÁFICO 4.3 – PROPORCIÓN ENTRE LOS ESF Y LOS ESB. BRASIL, DICIEMBRE/2005..... 46

GRÁFICO 4.4 – RECURSOS FEDERALES APLICADOS EN SALUD BUCAL. BRASIL, 2002 - 2006..... 50

CUADRO 3.1 – DATOS DEL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL. BRASIL, 1986..... 34

CUADRO 3.2 – DATOS DEL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL. BRASIL, 1996..... 36

CUADRO 3.3 – PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DEL PROYECTO SB BRASIL 37

CUADRO 3.4 – DATOS DEL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL. BRASIL, 2003..... 40

TABLA 3.1 – COMPARACIÓN ENTRE LAS METAS DE LA OMS PARA EL AÑO 2000 Y LOS RESULTADOS DEL SB BRASIL 2003..... 39

TABLA 4.1 – CEO IMPLANTADOS. BRASIL, 2005 49

MAPA 4.1 – SITUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR, SALUD BUCAL Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD. BRASIL, DICIEMBRE/2005..... 47

RESUMEN

PREFACIO DE LA OPS 9
PREFACIO DEL MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL 11
PRESENTACIÓN 13

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN 15
1.1. LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD BUCAL EN BRASIL 18

CAPÍTULO 2
LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD BUCAL 25
2.1. 1ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD BUCAL (1ª CNSB) 26
2.2. 2ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD BUCAL (2ª CNSB) 28
2.3. 3ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD BUCAL (3ª CNSB) 29

CAPÍTULO 3
RETRATO DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN BRASILEÑA:
LEVANTAMIENTOS EPIDEMIOLÓGICOS 31
3.1. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL (1986) 32
3.2. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL (1996) 34
3.3. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL (2003) 36

CAPÍTULO 4
LA SALUD BUCAL EN LA ACTUALIDAD: LA POLÍTICA BRASIL SONRIENTE 41
4.1. LA SALUD FAMILIAR COMO ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA LA
ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD 42
4.2. AMPLIACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA:
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS Y LABORATORIOS REGIONALES
DE PRÓTESIS DENTALES 48
4.3. FLUORACIÓN DEL AGUA DEL ABASTECIMIENTO PÚBLICO 49
4.4. INVERSIONES EN EL BRASIL SONRIENTE 50

REFERENCIAS 51

ANEXO
DIRECTRICES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL – BRASÍLIA, ENERO DE 2004 55

PREFACIO DE LA OPS

La propuesta de Política de Salud Bucal de Brasil, coherente con el refuerzo de los principios y directrices del Sistema Único de Salud – SUS, ha demandado su sistematización y difusión entre los interesados en salud pública de las Américas.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la potencialización de los esfuerzos dirigidos a la mejoría del acceso, a la resolución de las demandas de salud, a la incitación a la participación social, además del subsidio para la disminución de las discrepancias significa trabajar en el apoyo pleno a las políticas y esfuerzos internacionales para mejorar la calidad de vida de la población.

Así, la OPS sigue acompañando las iniciativas brasileñas para el desarrollo de la salud, la prevención y el manejo de enfermedades que sean resolutivas y de calidad, que permitan cambios en el nivel de salud bucal de su población, con consecuencias positivas sobre su salud general.

Aunque todavía existan retos diversos, propios de un resultado en construcción, es muy notable el avance de este sector en relación a los procesos de gestión, inversión, organización y acceso a los servicios en el país. Por estos motivos, la OPS apoya la Política de Salud Bucal con mucho entusiasmo, pues cree que esta experiencia contribuye significativamente en el fortalecimiento de las iniciativas para la mejoría de los sistemas y servicios de salud bucal, no solamente en Brasil, sino también en los demás países de las Américas.

Horácio Toro Ocampo
Representante de OPS/Brasil

PREFACIO DEL MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL

A la luz de diversas experiencias, cambios e innovaciones en los aspectos de gestión, organización y financiación de los servicios de salud, el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño tiene como objetivo responder a los princípios de universalidad, equidad, integralidad y participación social, conforme establecido en la Constitución Federal de 1988. En este contexto, se destacan las acciones dirigidas a la construcción de un eje articulador que fortalezca la capacidad de trabajar con problemas comunes y que aproxime la población a las definiciones que contribuyen a la mejoria de la calidad de vida.

En este contexto, la implementación de la Política Nacional de Salud Bucal, titulada "Brasil Sorridente" (Brasil Sonriente), tiene como objetivo cambiar el foco de la atención en lo que se refiere a la salud bucal, con el fin de avanzar en la mejoría de la organización del sistema de salud como un todo y proponiendo un modelo que se centre en las necesidades efectivas de salud de la población. Según sus postulados de acción, esta Política propone superar la desigualdad en salud por medio de la reorganización de la práctica asistencial y de la mejoría de la calidad de los servicios ofrecidos.

Entendiendo la dimensión de tal desafío, el Ministerio de Salud de Brasil sigue trabajando en la ampliación de la atención y de la mejoría de las condiciones de salud bucal de la población brasileña por medio de una facilitación del acceso a servicios odontológicos a personas de todas las edades y más oferta de servicios, asegurando la atención en los niveles secundario y terciario del área de salud bucal. El principio constitucional de la intersectorialidad orienta acciones de mejoría de la calidad de los servicios de salud y de la humanización de las prácticas.

Esta publicación se elaboró con el objetivo de destacar la evolución histórica de la Política "Brasil Sorridente" y de localizarla dentro del contexto de la reforma del sistema de salud y de la atención primaria. Se trata, pues, de rescatar su proceso de construcción con el fin de que sea documentada y difundida en el escenario de la salud pública nacional e internacional.

Además, la publicación "La Política Nacional de Salud Bucal de Brasil: registro de una conquista histórica" tiene el objetivo de explicitar todos los hechos principales que hicieron parte de esa conquista en salud bucal dentro del escenario sanitario brasileño. Al colectivizar esta realidad dentro del país, se espera un acercamiento a la percepción brasileña y de los otros países de las Américas, permitiendo extender la discusión sobre este tema.

José Saraiva Felipe
Ministro de Estado de la Salud

PRESENTACIÓN

La salud bucal ha reflejado, a lo largo de sus años de actuación, la reproducción de prácticas preponderantes de asistencia a la salud con escasa capacidad para evaluar los principales problemas de la población. Con el propósito de revertir la situación precaria en la que esa población vivió, restringida en el ejercicio de su ciudadanía durante décadas, se propuso la Política de Salud Bucal de Brasil, la cual aportó resultados favorables y visibles en pro de la mejoría de las condiciones de vida.

Durante el período anterior a la ejecución de esta Política, se consumaron variados movimientos de expertos en el área, comprometidos con el cambio del panorama existente hasta entonces, además de la propia sociedad, la cual se volvió más activa y exigente de sus derechos. Los resultados de este proceso se ubican en todo el territorio nacional, enfatizando que la decisión de ampliar el acceso, la calidad y propiciar la totalidad de los servicios de salud bucal representa el camiño correcto para la reducción de las desigualdades en el país.

De este modo, la Política del Brasil Sonriente surge como una opción para mejorar la atención sanitaria de todos los brasileños, posibilitando la ejecución de acciones conjuntas, pues las demandas de salud bucal y de enfermedades sistémicas no tienen fronteras y apoyar la salud bucal significa apoyar la salud general.

Consciente de la dimensión del desafío, el Ministerio de Salud en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, promueve la socialización del registro de todo el proceso de elaboración de la Política de Salud Bucal, como un medio de estimular a toda la población para que conozca y haga parte de tal conquista, ganando conciencia de su papel fundamental en el encadenamiento de este proceso.

La preparación de esta publicación buscó, asimismo, la inclusión de los registros anteriormente existentes de los momentos históricos, así como estudios ya realizados sobre la situación de la salud bucal en los diferentes momentos políticos brasileños. Su objetivo fue el de sistematizar un repaso que pudiera ofrecer el panorama de la elaboración de la Política Brasil Sonriente, y donde se han consultado, para eso, algunos de los principales autores en el área, con referencias al final del texto.

Esperamos poder compartir esta conquista histórica, invitando a todos a comprometerse con el alcance de la eficiencia y la conquista de la salud bucal y de la calidad de vida como un derecho ciudadano.

Gilberto Pucca
Coordinador Nacional de Salud Bucal

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

La salud bucal se encuentra estrechamente asociada con la evolución de las políticas de salud de antes y después de la Reforma Sanitaria brasileña, además de las directrices norteamericanas para la organización del servicio en el área. Es decir, para percibirla, hay que rescatar el desarrollo de las políticas de salud pública en Brasil, o la manera en la cual los EEUU han influido en el plan de las acciones odontológicas en el país.

Desde el punto de vista histórico, las corrientes de transformación de las prácticas sanitarias ocurrieron como resultado de la manera de responder del Estado, por medio de acciones en el área de la salud, a los cambios sociales, a las necesidades y a los problemas de salud de la población. De esta manera, el ámbito de la salud se adapta a los contextos sociales, políticos y culturales de cada época. Esa afirmación de Paim y Almeida Filho (1998) se ilustra en el marco de la Proclamación de la República en Brasil en 1889, cuando se inauguró un estándar de coyuntura de la formación social brasileña con sociedades capitalistas avanzadas, en lo cual se vigorizó la economía exportadora capitalista del café y, correspondientemente, la necesidad de políticas públicas orientadas hacia la preservación de la fuerza de trabajo. Eso significa una organización sanitaria basada en el arraigo de la inserción de la economía brasileña en el ámbito del capitalismo mundial.

Las prácticas sanitarias de esa época estaban enfocadas sobretodo al control del conjunto de enfermedades que amenazaban el mantenimiento de la fuerza de trabajo y el avance de las actividades capitalistas en la ciudad y otras áreas del campo. Su objetivo, al contrario de proteger la totalidad de los habitantes del país o de recobrar la salud de los hombres fue, básicamente utilitario, definiéndose por el interés de grupos dominantes internos o por la expansión del capitalismo a escala internacional (COSTA, 1986). La salud pública de entonces, se instrumentalizó para luchar contra los estorbos que determinadas enfermedades presentaban para el desarrollo de la producción. A partir de ese momento comenzó la creación de modelos institucionales de práctica sanitaria conducidos por los más avanzados conocimientos desplegados en el campo médico y sanitario en los países capitalistas centrales (como Alemania y Francia en Europa o EEUU en América del Norte), basándose en los descubrimientos en microbiología y bacteriología.

A mediados de la década de 1910, la población urbana quedó amenazada por la penuria, por el crecimiento de la miseria, así como por el agravamiento de las condiciones de vida y de transporte. La crisis social se profundizó bastante y la ocurrencia de la epidemia de la gripe española, en 1918, provocó una profunda crisis sanitaria, debido a las difíciles condiciones bajo las cuales se realizó la industrialización y la urbanización del país (COSTA, 1986). Esa situación definió el comienzo de un proceso social de cambio en el que la economía de Brasil, anteriormente orientada hacia el saneamiento del espacio de circulación de las mercancías por medio de medidas vacúnales en masa, pasó a caracterizarse después de 1920 por una economía industrial, voltada hacia el individuo, manteniendo y devolviendole su capacidad productiva (MENDES, 1994).

El período que va de 1930 hasta 1945, como fue comentado por Mendes (1994) constituye el comienzo de la Seguridad Social brasileña, en la que sobresale la doctrina del seguro, la orientación economizadora de los gastos y la organización de los Institutos de Jubilación y Pensiones (IAPs), estructurados bajo categorías profesionales. La asistencia médica, en esa época, se volvió secundaria y provisoria. Con el avance del proceso de industrialización, ocurrido después de 1950, hubo un desplazamiento del polo dinámico de la economía hacia los centros urbanos, generando una masa operaria que debería ser asistida por el sistema de salud. De esa manera, los IAPs se concentraron y terminaron por ser remplazados por el Instituto Nacional de Seguridad Social (Instituto Nacional da Previdência Social - INPS) en el año 1966 con la intención de uniformizar los beneficios.

Tal situación ha configurado un cuadro de exclusión, de desigualdad y de escasos recursos, ya que tan sólo los trabajadores del comercio, de la industria y del sector agrícola-ganadero contribuían y tenían derecho a los servicios de salud. Del mismo modo en el año de 1977 se impuso la hegemonía del modelo médico-asistencial, resultando por una parte en la inversión por parte del Estado en el sector privado nacional, el cual ofrecía la componente médica, y por otra parte, del sector privado internacional, que ofrecía los equipos, fortaleciendo así la reproducción de una universalización excluyente, con la consecuente expansión del sistema de salud seguida por la exclusión de los individuos de las clases medias y de los trabajadores que no se encuadraban en los sectores arriba descritos. El enfoque predominante en este marco es el curativo, individual, médico-hospitalario y centralizado. Con el problema de la exclusión de la mayoría de la población, en el año de 1978, se demostró la necesidad de desarrollar y expandir una modalidad asistencial de bajo coste para los contingentes de la población excluida por el modelo médico-asistencial privatista, sobretodo para los que vivían en las periferias de las ciudades y en las áreas rurales. Surgió en aquel tiempo la idea de la

medicina simplificada para las poblaciones marginalizadas, defendida por los movimientos contrarios a la hegemonía establecidos tras la propuesta internacional de los cuidados primarios, acordada en Alma-Ata. El proceso de redemocratización del país ocurrió tras este período de acentuada crisis económica y de la Seguridad Social (MENDES, 1994).

Fue con un concepto más amplio de salud que se ejecutó el informe final de la 8ª Conferencia Nacional de Salud en 1986, siguiendo la Reforma Sanitaria brasileña que tuvo como uno de sus principios la universalización de la salud como forma de superar el déficit de oferta de salud a la población (WERNECK, 1998). La cuestión de la reforma sanitaria y el de su papel en el establecimiento de un orden social democrático contribuyeron en la transformación de la política de salud. Estas cuestiones exigieron un cambio estructural y una política social capaz de acabar con la "deuda social histórica". Con la Constitución de 1988, se ratificó la unión de los servicios institucionales de salud a través de la propuesta del Sistema Único de Salud (SUS) que aportó una nueva formulación política y organizacional para el reordenamiento de los servicios y acciones de salud, para los cuales establece la ejecución de actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, basado en los principios doctrinarios de la universalidad, equidad e integridad (LUZ, 1991).

Estos instrumentos han definido un nuevo concepto ampliado de salud y han apuntado a las estrategias de organización y control de las acciones y servicios de salud, interconectando los sectores y buscando soluciones para las situaciones y problemas considerados determinantes del estado de salud de la población. Estos instrumentos han constituido asimismo la estructura legal de soporte del SUS, representando la responsabilidad del Estado en la atención a la salud de la población desde el punto de vista legal, con un propósito de descentralización, regionalización y jerarquización (WERNECK, 1994).

Inserto en el contexto general de las políticas públicas, el sub-sector de la salud bucal sufrió un proceso de institucionalización y una fase de participación en el marco político semejantes a aquellos por los que pasó la medicina. Por eso refleja en sus acciones una práctica asistencial excluidora, contra la cual se opone una fase de participación más activa junto a las raíces reformistas en el marco político. Esta participación pudo percibirse durante las elecciones directas para los gobiernos estaduales de 1982 y 1986 y para las alcaldías y asambleas legislativas en 1988, ocasiones en las que los dentistas comprometidos con la nueva realidad en el área de salud lograron inserirse en las coordinaciones municipales y estaduales del nuevo contexto político (SERRA, 1998).

1.1. La institucionalización de la salud bucal en Brasil

Como ilustrado en la sección previa, la consolidación de los Estados Unidos (EEUU) como potencia en los comienzos del siglo XX tuvo como consecuencia el alejamiento de la atención de las prácticas odontológicas conducidas por los países europeos hacia aquellas ejecutadas por este país. Se destaca la práctica odontológica del sector privado que adoptaba los estándares asistenciales de la medicina, y que copiaba en su totalidad el modelo de enseñanza de la práctica odontológica de la escuela estadounidense, adoptado por las universidades brasileñas. Esta práctica, caracterizada como cientificista o flexneriana, privilegiaba el individuo como objeto de la práctica y responsable por la salud. Serra (1998) atestigua que:

> Otros elementos estructurales o ideológicos de esa práctica odontológica, según Mendes, apud Narvai (1994) fueron la biología (descartaba la causa social), el mecanicismo (analogía del cuerpo con la máquina), la centralización de los recursos (hospitales centrales, atención urbano-centrada), la especialización (segmentación del conocimiento), la tecnificación del acto (asociación de la calidad con la tecnología de elevada sofisticación), el énfasis en la práctica curativa (la cura incorporó más tecnología, por lo tanto, costos más elevados) y la exclusión de prácticas alternativas (objeción a priori de otros métodos).

Otra influencia de los EEUU tiene relación con las acciones de asistencia pública, reflejada en la diseminación de la política de higiene, que derivó en la higiene escolar (SCHLOSMAN, 1989), teniendo como reflejo la introducción de la odontología en las escuelas, siguiendo algunos años después los pasos de lo que había hecho la medicina (STARR, 1994). Proposiciones entorno a la salud escolar han florecido en Brasil después de mediados del siglo XIX y en 1889 surgió el primero decreto sobre higiene escolar, reglamentando la inspección de los establecimientos de enseñanza públicos y privados para identificar y proponer la exclusión del estudiante que sufriera de enfermedad transmisible, revacunar a los estudiantes y cuidar de todos aquellos que no pudieran tener en su hogar un tratamiento conveniente (BARBOSA apud LIMA, 1985). Los primeros pasos para la institucionalización de la higiene escolar en el país estuvieron directamente ligados a las ideas y los nombres de los intelectuales brasileños que planteaban modernizar la sociedad bajo los padrones europeos y americanos. Además había que

enseñar y moralizar para que nuevas prácticas de higiene pudiesen reducir las diarreas, la mortalidad infantil, el alcoholismo, la tuberculosis y la sífilis. Tales ideas se enlazaban con la lucha por la reforma de la República y la modernización del país (CARVALHO & LOUREIRO, 1997).

Al mismo tiempo, la odontología va a inserirse en la asistencia pública, cuando en 1912, tiene lugar la primera experiencia con la Fundación de las Clínicas Dentales Escolares por parte de Baltazar Vieira de Melo, en Sao Paulo (CARVALHO & LOUREIRO, 1997). A continuación se observa que el atendimiento escolar en Brasil, hasta 1952, se reveló rudimental, esencialmente respecto a su planificación y al tipo de servicio ofrecido, caracterizado por la falta de evaluación, la ausencia de un sistema de trabajo y de técnicas uniformes, una preparación impropia de técnicos para ejecutar las tareas sanitarias, además del concepto individualista de la función, reproduciendo en el servicio público el mismo tipo de atención ofrecida en las clínicas privadas (WERNECK, 1994).

De este modo, el modelo de asistencia odontológica dominante que se mantuvo hasta la Constitución de 1988 era primordialmente de práctica privada, cubriendo la mayor parte de la población, y el seguro social, por medio de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones (CAPs – a continuación, Institutos de Jubilaciones y Pensiones – IAPs), suplía solamente la asistencia dental a los trabajadores privados urbanos que estaban asegurados, contratando sin embargo, servicios profesionales privados. Es decir, la Seguridad Social todavía en sus comienzos, prestaba, bajo un régimen complementario, asistencia odontológica y médica a sus poblaciones restrictas, mientras que el Ministerio de la Salud se ocupaba de tales servicios solamente en algunas áreas con el propósito de sanear al ambiente. Algunas poblaciones, como las de la zona del caucho, eran asistidas por los Servicios Especiales de Salud Pública (Sesp). Este hecho definió el reparto histórico de las instituciones públicas de atención a la salud: seguridad y salud pública. Años más tarde, algunos Institutos de Seguridad pasaron a tener sus propios servicios, con un modelo basado en la libre demanda. La asistencia planeada, orientada a los estudiantes, introducida por el Sesp en el comienzo de la década de 50, rompió de alguna manera con la rigidez de la demanda espontánea del modelo hegemónico de atención odontológica, que mantuvo sin embargo las características flexnerianas (SERRA, 1998).

Con un gran número de enfermedades acumuladas y con el surgimiento de nuevas enfermedades de más grande complejidad, surgió la proposición del sistema productivista, con el designio de solucionar a esa demanda. Sin embargo, además de tener un coste elevado, tal sistema no surtió el efecto deseado aunque produjese un incremento de la productividad. En un intento de disminuir los gastos hubo una fragmentación de las

tareas (influenciada por el taylorismo) que se tradujo en la odontología simplificada. El reconocimiento del amplio surtido de afecciones y la incapacidad de los servicios para controlarlas dieron origen al sistema preventivista, cuya atención se voltaba a los más jóvenes. A partir de la aplicación de simplificación en la población más joven, libre aún de la caries, floreció la odontología integral que emplea la lógica del modelo preventivista, con la atención excluidora, voltada tan sólo a los más jóvenes, y la lógica del modelo incremental importado de los EEUU, en el que se prevenían las caries en los dientes molares permanentes de los niños, con un acompañamiento hasta una cierta edad para prevenir, exceptuándose los dientes deciduos (NARVAI, 1994).

La lógica del sistema incremental va a prever el cubrimiento gradual y ascendente desde las edades más bajas, fundamentado en el hecho epidemiológico según el cual la predominancia de caries en dientes permanentes va a ser menor en las edades más jóvenes, constituyéndose, por lo tanto, en el momento ideal para la intervención de acciones preventivas, curativas y pedagógicas. Como consecuencia la atención odontológica se volvió predominantemente hacia el grupo escolar, en un intento de bloquear la cadena epidemiológica, por medio de la prevención o proporcionando el tratamiento en los períodos iniciales de la enfermedad, para frenar su agravación y evitar así los gastos bastante mayores necesarios para contener lesiones más complejas (PINTO, 1993). La justificación para aplicar este modelo y continuar esta práctica odontológica en los estudiantes nació de la siguiente afirmación: al prevenirse la caries durante la infancia las personas se protegen para su vida adulta (SHEIHAM, 1992). El intento para solucionar los problemas brasileños importando el modelo estadounidense de sistema incremental de atención a las minorías sin tener en cuenta las profundas diferencias entre los dos países, en particular debido a que los problemas eran generales y no focales como en los EEUU, repercutió en que el sistema incremental no lograse formular ninguna estrategia universal para alcanzar a toda la población porque estaba enfocado únicamente a una población muy específica y no al conjunto de la población con riesgo de enfermedad. De ahí su carácter excluyente (NARVAI, 1994). Además, la odontología parece haber seguido un rumbo, mientras que el cuadro epidemiológico y las condiciones de vida han seguido otro, distinto y no paralelo, teniendo como consecuencia la oferta de servicios tan sólo a una pequeña parte de la población, manteniendo la particularidad de un sistema de exclusión (PINTO, 1993).

Este breve recorrido histórico de la institucionalización de la odontología demuestra el motivo por el cual la atención sanitaria en esta área está predominante dirigida a los estudiantes de la enseñanza primaria. Esta corriente permitió que el sistema incremen-

tal fuese aplicado durante cuatro décadas, repitiendo las actividades de atender tan sólo de urgencias a los adultos, debido al coste elevado de sus insumos, por el empleo de recursos humanos escasamente capacitados para actuar en el servicio público y a la planificación limitada al carácter normativo (por la ausencia de integración con todos los otros sectores). Este sistema, asentado en la base poblacional de mayor facilidad administrativa y de control para el servicio, que es la población infantil debidamente matriculada en la enseñanza primaria de la red pública de enseñanza, no permite la inclusión en el programa de toda la población situada bajo el grupo de edad escolar de 6 hasta los 14 años. Además, otros grupos de edad fueron omitidos o timidamente asistidos por los demás programas del sector. Suele percibirse que estos programas, en los servicios públicos, se definieron por la reproducción de la práctica liberal de la odontología. Así, se ha caracterizado por la predominancia de la individualidad, del tratamiento mutilador/restaurador y con un grado de resolución tremendamente bajo (WERNECK, 1994).

Durante los años 1990, se ha debatido el espacio escolar como un lugar exclusivo de atendimiento de la salud bucal y se ha abierto el debate sobre otras perspectivas e estrategias de organización del trabajo odontológico. Nuevos conocimientos técnicos y científicos sobre enfermedades bucales y formas de intervención, cambios ocurridos en la distribución y manifestación de las enfermedades, además de los métodos alternativos de planificación de salud aplicados a la realidad odontológica, han permitido otras propuestas y modelos de organización de la práctica pública odontológica, lejos del espacio escolar (CARVALHO & LOUREIRO, 1997).

Según Zanetti (1996), pueden señalarse algunas líneas de acciones programáticas en el período de antes y después de la Reforma Sanitaria, conforme a los criterios de riesgo. Esas acciones representan algunas aplicaciones prácticas de trabajos de líneas más universales.

La primera de esas líneas se refiere a la programación centrada en unidades básicas de salud, con registros de haber ocurrido antes de la proposición de Reforma Sanitaria. Como ejemplo suele mencionarse la Fundación Hospitalaria del Distrito Federal, con una experiencia en programación normativa y centralizada, teniendo como referencia las clínicas odontológicas de las unidades de salud. Con el avanze de la elaboración del SUS, se destacan las experiencias de las ciudades de São Paulo, Santos y Diadema, en el estado de São Paulo, o Ipatinga y Belo Horizonte, en el estado de Minas Gerais, entre otras. Este movimiento de “salida de las escuelas” ha servido para dejar patente que, si el espacio tradicional de las prácticas en salud bucal no logra salir al encuentro de

las corrientes de los nuevos tiempos, tampoco los demás elementos de programación, a saber: los dispositivos de garantía de acceso, los instrumentos de programación, la naturaleza de las prácticas, la dinámica de formulación, implementación, ejecución, control y evaluación; además del propio proceso de programación en Salud Bucal considerado globalmente.

La segunda línea aconteció en la ciudad de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, por medio de la formulación del Programa de Inversión con el aparecimiento de la programación con énfasis preventivo total. Esa propuesta ha hecho que la atención curativa clásica y predominantemente restauradora perdiera la centralización programática en detrimento de la recién creada atención curativa "adecuadora". En esta, la mayor finalidad del acto curativo va a ser la búsqueda por la estabilidad del "medio bucal" de los beneficiarios de los servicios, promovida a través de la extracción de los procesos infecciosos existentes para crear, al menos, las precondiciones biológicas para una mayor eficacia de la aplicación de los métodos preventivos unificados. Se crean así las precondiciones para una fuerte disminución en la ocurrencia de caries, lo que permite además del apreciable impacto epidemiológico, viabilizar la atención restauradora definitiva y el desarrollo de la cubertura.

La Inversión ha permitido que la limitada atención curativa asumiese el carácter preventivo avanzado, integrando cada vez más la práctica clínica. Sin embargo no logró potencializar la participación social ampliada ni el control social. Además de esto, la proposición de la Inversión no exhibió soluciones más orgánicas ni potencializadoras de los procesos de politización sanitaria históricamente pretendidos y más osados en términos de construcción de los Sistemas Locales de Salud en el SUS.

El desarrollo de una programación con énfasis en la promoción ha caracterizado la tercera línea, como consecuencia de los intentos de introducir la salud bucal colectiva en los Programas de Salud de la Familia (PSF). La formación del Distrito Sanitario en el extremo sur de la zona metropolitana de la ciudad de Curitiba, en el Estado de Paraná, se hizo un ejemplo popular de nivel nacional, en 1995. Allí la salud bucal colectiva pasó a participar de las actividades promocionales intradomiciliarias y emplear estas actividades para definir quien va a recibir atención (utilizando criterios de riesgo), y para organizar el flujo de acceso a la unidad básica de salud donde se desarrollan las acciones preventivas/promocionales y curativas de inversión.

La crítica más grande contra este modelo promisorio es que todavía existe una concentración de la atención preventiva en el espacio limitado de la unidad de salud, así como la falta de dispositivos que articulen la atención curativa a las acciones preventi-

vas/promocionales realizadas con la familia, potenciándolas. Otro ejemplo a señalar es la experiencia docente y asistencial desarrollada en las actividades del curso de Especialización en Odontología en Salud Colectiva de la UnB efectuadas en la ciudad satélite de Paranoá, Distrito Federal. Durante las mismas se organizó una práctica para visitar la vecindad no solamente con acciones promocionales, sino con acciones preventivas intradomiciliares rutinarias. Sin embargo, tales acciones están lejas de la asistencia rutinaria de la red de servicios, lo que no permite pensar en una atención curativa con nuevas bases asistenciales más eficientes, más resueltas, más baratas, de elevado valor agregado y más humanizadas.

La cuarta línea programática se centra en los programas de vigilancia de la calidad de la fluoración del agua del abastecimiento de poblaciones. Los primeros programas de vigilancia bajo el principio de "heterocontrol" y no por formalidad, van a surgir en las ciudades de São Paulo y Santos, estado de São Paulo, con los gobiernos democráticos y populares elegidos en 1988, con el objetivo de monitorear a la calidad de la fluoración suministrada por la compañía estadual que servía a las dos ciudades. Esa idea original se ha esparcido por el país. Mientras tanto, tal como el SUS de Santos en el Estado de São Paulo, los intentos de comunicación de la calidad de la fluoración de las aguas van a depender casi únicamente de las decisiones interiores de los órganos del estado. Como resultado, van a estar sometidos a las desarticulaciones por razones políticas y partidarias. Una propuesta para mitigar esa debilidad sería la de desarrollar las bases políticas de estos programas. Es el caso de efectuar comunitariamente la colecta de muestras de agua, aunque desde el punto de vista técnico no se justifique, con el fin de incluir paulatinamente, no solamente a los consejeros locales de salud, sino a otros actores sociales. De esto modo, se va a lograr esparcir la curiosidad y las informaciones sobre la calidad de fluoración, incrementándose el control social y, como consecuencia, la base política de soporte a este tipo de programa.

Garrafa (1994) afirma que, aunque la odontología haya llegado al final del siglo XX avasallando la intimidad de las enfermedades más frecuentes del área estomatológica (principalmente la caries y la afección periodontal), además de las medidas técnicas colectivas adecuadas para prevenirlas y curarlas, continuó recorriendo de manera obstinada una vía individual y de sentido único que ha beneficiado meramente a unas pocas personas que pueden pagarla. No obstante, la creación del Sistema Único de Salud aportó un grande avance social y político: su armadura legal e institucional definió nuevas atribuciones para los niveles de gobierno federal, estadual y municipal; creó nuevos espacios para la participación de la comunidad y de las entidades de la sociedad

civil y estableció nuevas relaciones entre las esferas administrativas de gobierno y las instituciones del sector. Como resultado, la búsqueda de respuestas para el desafio político-sanitario del SUS originó una cadena de opciones programáticas que, en algunos aspectos, han destrozado el modelo de programación planteado por el Sesp (ZANETTI et all, 1996).

CAPÍTULO 2
LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD BUCAL

La participación es uno de los elementos articuladores de las políticas públicas en el Brasil democrático. La Constitución de 1988 estableció principios participativos en la organización del Estado brasileño, destacándose, entre ellos, la participación de la sociedad civil en el debate sobre las políticas públicas relativas a la salud (PNUD, 2004). Junto con el control social, la participación constituye una parte esencial de un gobierno asentado en la democracia, ya que para la población constituye el modo de fijar las líneas maestras que han de seguirse y así fiscaliza el trabajo del Estado, en la búsqueda por el bien común.

De esa manera, para que el sistema de salud brasileño fuera implantado, debería incluirse el ejercicio regular de los consejos de salud y la realización cada cuatro años de conferencias de salud en los tres niveles de gobierno, como instancias para el ejercicio de la participación y del control social. Actualmente se crearon consejos de salud en 99% de los municipios y en todos los estados en los cuales participan usuarios (50% de los miembros de los consejos y coloquios), trabajadores de salud, proveedores y administradores públicos (OPS, 2005).

En este contexto, el objetivo básico de las conferencias es el de efectuar un balance general de la situación de salud, mostrando errores y aciertos y sobre todo, el de alcanzar un consenso sobre las medidas y líneas de acción para la solución de los problemas que afectan a la población. Las Conferencias Nacionales de Salud (CNS) de Brasil acumulan seis décadas de discusiones y proposiciones en salud pública, con una vasta participación de distintos ministerios, representantes del Congreso Nacional, responsables sanitarios de los niveles federal, estadual y municipal, representantes de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y de la comunidad. Estos se constituyen en foros de debate, contando siempre con una vasta participación y aprobación de informes finales sometidos a discusión nacional. Durante este proceso la conducción del "movimiento sanitario" creció y ganó consistencia, avanzando en la obtención de conocimiento, la crítica a la salud vigente y la denuncia de las condiciones sanitarias de la población. Su importancia

política fue reconocida y sus proposiciones han conquistado un espacio de expresión en la mejoría de la calidad de vida de la población (SCARPONI, 2005).

Durante la década de 1980, pueden destacarse dos CNS por haber sobresalido en sus textos el sector de la salud bucal en Brasil.

La primera fue la 7ª Conferencia Nacional de Salud que abrió las puertas a la introducción de la odontología en un programa nacional de salud, señalando el modelo de odontología propuesto hasta entonces como inefectivo, ineficaz, mal distribuido, de baja cobertura, con enfoque curativo, de carácter mercantilista y monopolista, de recursos humanos inadecuadamente capacitados. Durante la 8ª Conferencia Nacional de Salud, el movimiento político sanitario odontológico respaldó las directrices del Movimiento de la Reforma Sanitaria y un proyecto contra la hegemonía en las ramas política, ideológica e institucional (SERRA, 1998).

Hay que decir que, siguiendo el carácter interactivo de las CNS, las Conferencias Nacionales de Salud Bucal ya realizadas han contado con la participación de miles de personas de todos los ámbitos del gobierno. Ellas han marcado la historia de la salud bucal en Brasil por contribuir con discusiones oportunas y por presentar proposiciones, tanto de corto, como de medio y largo plazo, con vistas a alcanzar una salud bucal digna y con calidad para todos los brasileños. A partir de sus decisiones fue posible aprovechar los entornos políticos para implementar los dispositivos correctos de cumplimiento efectivo de sus proposiciones, así como para rediseñar el escenario de la salud bucal, como se verá a continuación.

2.1. 1ª Conferencia Nacional de Salud Bucal (1ª CNSB)

La realización de la 1ª Conferencia Nacional de Salud Bucal consagró los principios amparados por todos aquellos que se han esforzado a lo largo de más de tres décadas en cambiar el modelo dominante de asistencia odontológica. Realizada del 10 al 12 octubre 1986, en Brasilia/Distrito Federal, como parte integrante de la 8ª Conferencia Nacional de la Salud, la Conferencia contó con más de mil participantes, corolario de todo un proceso de discusión que empezó en la totalidad de los estados brasileños, por medio de la realización de pre-conferencias que recibieron a una presencia significativa de segmentos de la población y de la clase odontológica. De manera democrática, la 1ª CNSB ha dibujado la posición de los participantes - CDs, THDs, ACDs, usuarios y académicos - representando ABO, CFO, FNO, CUT, CGT, CONAM, CONTAG, UNE y UNEO, lo que ha permitido la legitimidad de la posición y de la responsabilidad del sub-sector con la

Reforma Sanitaria Brasileña. Como resultado, se redactó un documento de referencia para las decisiones y definiciones de la asistencia a la salud bucal en todo el País. Zanetti (1996) comenta:

> En toda la historia de la odontología brasileña, no hay registro de momento semejante, desde el punto de vista democrático, en el que se haya debatido y abierto a la problemática de la salud bucal de la población de una manera tan pluralista. De esa vez, no se trataba simplemente de una tertulia restricta de Cirujanos Dentistas. LA POBLACIÓN, la principal interesada en el tema, también estaba presente, participando y manifestándose.

Cuatro grandes temas han centralizado las discusiones de la 1ª CNSB: La Salud como Derecho de Todos y Deber del Estado, Diagnóstico de Salud Bucal en Brasil, Reforma Sanitaria: Introducción de la Odontología en el Sistema Único de Salud e Inversión del Sector de Salud Bucal.

Las conclusiones de la 1ª Conferencia han establecido una elaboración democrática y progresista de la salud bucal, realizada por la odontología y por la sociedad civil organizada del país. Tales conclusiones han señalado el comienzo de una maduración social, técnica y política, con la responsabilidad en la lucha contra los índices epidemiológicos caóticos que se constataban en todo Brasil. Han aportado, asimismo, la cuestión de las prioridades y del enfrentamiento entre la "nueva" propuesta, incluida en el informe final de la 1ª CNSB, propensa a la universalización, y la "antigua" manera de planearse, definiendo, solamente bajo las bases epidemiológicas y a priori, pequeños segmentos de la población, como el público que se habría de cubrir por los programas que serian implantados.

El informe de la 1ª CNSB ha planteado una nueva manera de planificar la salud bucal. Una de las fallas apuntadas se ha relacionado con la representatividad de los beneficiarios, ya que tal representatividad se formaba en gran parte, por cirujanos dentistas, lo que ha mantenido una racionalidad técnica en el documento. Sin embargo, de la 1ª CNSB ha sobresalido una nueva actitud de la clase ante la sociedad al defender los principios y las directrices del Sistema Único de Salud.

2.2. 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal (2ª CNSB)

La 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal tuvo lugar del 25 al 27 de septiembre de 1993 y contó con 792 delegados, siendo 388 representantes de usuarios y 404 de los otros segmentos (gobierno, expertos de salud y proveedores de servicios), elegidos en sus entidades nacionales y en 24 conferencias estaduales que fueron precedidas por conferencias municipales. Por lo demás, más de 300 participantes registrados de todo el país se unieron a los delegados en las discusiones de grupo y en la reunión.

Después de la resolución de la 9ª Conferencia Nacional de Salud, la 2ª CNSB contó en su frente con entidades nacionales de odontología, del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Salud, del Consejo Nacional de los Secretarios de Salud (CONASS), del Consejo Nacional de las Secretarias Municipales de Salud (CONASEMS) y de las representaciones nacionales de los usuarios.

Durante el evento, delegados y participantes expresaron su indignación con el proyecto neo-liberal vigente en Brasil, responsable por el desmonte del Estado, de la seguridad social y por el empeoramiento de las condiciones de vida. También percibieron que la Revisión Constitucional, que estaba siendo debatida en el Congreso Nacional, representaría, si fuera establecida, un duro golpe a las conquistas logradas con la Constitución en vigor. Bajo esa coyuntura nacional, se reivindicó la responsabilidad del gobierno y su compromiso social, en sus distintas esferas de actuación por la reversión del deficiente cuadro sanitario, incluyendo las enfermedades bucales.

Las discusiones de la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal permitieron la aprobación de directrices y estrategias políticas para la salud bucal en Brasil, teniendo en cuenta la salud bucal como un derecho de ciudadanía, un nuevo modelo de atención en salud bucal, los recursos humanos, la inversión y el control social. La introducción de la salud bucal en el Sistema Único de Salud tendría el propósito de desmitificar a los modelos de los programas verticales y de las políticas todavía existentes que no tenían en cuenta la verdadera realidad. De esta manera, se aprobó que tal introducción fuese hecha a través de un proceso controlado por la sociedad (Consejos de Salud), descentralizado y donde se garantizaría la universalidad del acceso y la igualdad en la asistencia odontológica, asociadas a otras medidas de promoción de la salud de gran impacto social.

Los usuarios, representantes de la población organizada, dejaron claro que no renunciarían a su ciudadanía en salud bucal y que lucharían por ella. La implementación de las resoluciones de la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal dependería del trabajo conjunto con los consejos de salud para ser transformadas en directrices políticas y, a

partir de ellas, se definirían las prioridades y programas locales; el trabajo con el Ministerio Público concerniente al deber del Estado de ofrecer la salud para que la Constitución fuera acatada; y el trabajo con los gobiernos estaduales y municipales para que la salud bucal fuera incluida entre las acciones de salud, entre otras cuestiones.

Puede decirse que la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal fue una respuesta legítima de la sociedad civil organizada para rechazar una situación iatrogénica, excluyente e ineficaz.

Los participantes de la 2ª CNSB presentaron sus conclusiones a la sociedad brasileña en general, a las autoridades de salud, a los expertos y proveedores de salud, a los dirigentes municipales, estaduales y federales, a las distintas instituciones del poder público en Brasil y a los distintos órganos internacionales de salud.

2.3. 3ª Conferencia Nacional de Salud Bucal (3ª CNSB)

Con el objetivo de tener la oportunidad de ampliar la participación de la población en el análisis de la formulación y ejecución de la Política Nacional de Salud Bucal, se realizó del 29 de julio al 1º de agosto de 2004, la 3ª Conferencia Nacional de Salud Bucal, más de diez años después de la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal. La 3ª CNSB representó la detonación de un proceso ascendiente de discusión, con articulaciones intersectoriales en las esferas del gobierno y acciones integradas de la sociedad civil y movimientos populares, teniendo como referencia la salud bucal de las poblaciones como indicador de la calidad de vida de las personas y colectividades, en la que unas 90 mil personas participaron directamente en las etapas municipal e estadual, finalizando en la etapa nacional en la que participaron unas 1.200 personas (entre usuarios, trabajadores, proveedores y administradores de la salud).

El tema central de la 3ª CNSB, Salud bucal: acceso y calidad, superando la exclusión social, fue debatido a partir de cuatro ejes temáticos: 1) Educación y Construcción de la Ciudadanía; 2) Control Social, Gestión Participativa y Salud Bucal; 3) Formación y Trabajo en Salud Bucal; 4) Inversión y Organización de la Atención en Salud Bucal.

En el contexto de la Conferencia, se resaltaron las discrepancias sociales y la exclusión de una parcela significativa de la población del acceso a los más elementares derechos sociales. La baja escolaridad, la baja renta, la falta de trabajo y la mala calidad de vida engendra efectos devastadores sobre la salud bucal, originando dolores, infecciones, sufrimientos físicos y psicológicos. Por tal razón, el profundo enfrentamiento de los problemas en esa área demanda más que acciones asistenciales desarrolladas por expertos

competentes – requiere políticas intersectoriales, una mezcla de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, además del enfoque de promoción de la salud, la universalización del acceso, la responsabilidad pública de todos los segmentos sociales y sobre todo, del compromiso del Estado con instituciones representativas de las tres esferas de gobierno, como estipula manifiestamente la Constitución de la República.

Así, las condiciones de salud bucal y el estado de los dientes fueron considerados señales de exclusión social y de las precarias condiciones de vida de millones de personas en todo el país, debido a los problemas de salud localizados en la boca o por las dificultades de acceso a los servicios asistenciales. En este marco, los desafíos a los que se enfrentaban los participantes de la 3ª CNSB tenían como propósito identificar los principales problemas del país en el área de salud bucal, descubrir los medios y recursos destinados a definir las estrategias para superarlos.

El Informe Final de la 3ª CNSB fue aprobado en sucesivas sesiones plenarias por 803 delegados elegidos para la etapa nacional, durante las conferencias nacionales de salud bucal de los 26 Estados y del Distrito Federal. Esos delegados (447 representantes de los usuarios de los servicios de salud; 228 representando a los trabajadores de salud; y 208 representando a los administradores y proveedores de servicios de salud) analizaron las proposiciones provenientes de todo el país resultantes de las 2.542 conferencias municipales o regionales sobre salud bucal y de las 27 conferencias correspondientes a la etapa estadual, de las cuales resultó un volumen de 651 páginas. El documento-referencia sometido a discusión en la etapa nacional fue un resumen del volumen mencionado y, de este esfuerzo de construcción colectiva de nuevos rumbos para la política nacional de salud bucal, resultaron las proposiciones para orientar las decisiones de la sociedad y del Estado brasileño, de manera tal que logren producir los cambios necesarios para garantizar a todos el acceso a las acciones y a servicios de salud bucal de calidad.

CAPÍTULO 3
RETRATO DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN BRASILEÑA: LEVANTAMIENTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Brasil es descrito frecuentemente como un país de elevados índices de prevalencia de enfermedades bucales, particularmente caries dentaria y enfermedad periodontal. Se trata de un país que presenta un cuadro de morbo-mortalidad típico de países con grandes diferencias sociales y, por lo tanto, con una elevada concentración de renta, sumado con una actuación insuficiente del Estado en el combate a tales desigualdades (RONCALLI, acceso en 2005).

Entendiéndose que las necesidades de tratamiento serían de tamaña magnitud que imposibilitarían el éxito de cualquier proposición odontológica de solución en masa, se consideraba que no serían necesarios levantamientos más exactos, ya que bastaba saber que el problema era colosal. Con base en tal enfoque, la planificación del trabajo odontológico podría prescindir de datos globales, ya que claramente no tendrían validez práctica. Hay que añadir a este cuadro las incuestionables dificultades de naturaleza operacional y financiera que confrontaban todos aquellos que pretendían conocer los niveles reales de salud bucal de un país de las dimensiones brasileñas (BRASIL, 1988).

Así, la salud bucal se convirtió el reflejo de ese contexto, con la agraviante de, históricamente, presentar un defectuoso sistema de oferta de servicios odontológicos, además de la práctica odontológica iatrogénica y mutiladora, contribuyendo así para la creciente pérdida de dientes.

En el ámbito internacional, varios países, como Inglaterra y los países Nórdicos, contaban con bases de datos de caries dental desde las primeras décadas del siglo XX. En Brasil, el primer levantamiento de salud bucal en nivel nacional es de 1986, llevado a cabo por el Ministerio de Salud. Otros levantamientos en nivel nacional fueron conducidos por el Ministerio, en asociación con entidades de clase y las secretarías municipales y estaduales de salud, en 1996 y 2003, cuando se concluyó el Proyecto SB Brasil, lo más grande y más completo levantamiento en salud bucal que se realizó en el país. Se van a detallar a continuación eses levantamientos.

3.1. Levantamiento epidemiológico en salud bucal (1986)

Este estudio, que fue el primero del área de salud bucal en nivel nacional, proporcionó informaciones sobre problemas epidemiológicos básicos de la población urbana. Para su ejecución, pueden destacarse tres argumentos principales que han conducido, finalmente, a la superación de los escollos mencionados anteriormente y a la efectuación del *Levantamiento epidemiológico en salud bucal* por parte del Ministerio de Salud, con el apoyo del Instituto de Planificación Económica y Social (IPEA) en 1986: primeramente, el reconocimiento que sólo con datos fidedignos sería posible desarrollar acciones preventivas, pedagógicas y curativas de la necesaria amplitud para el país; en segundo lugar, la realidad que la demanda de servicios odontológicos es limitada (también en los países con elevados índices de enfermedades bucales y servicios bien estructurados tan sólo algunas personas con esos problemas buscan asistencia por año), atribuyendo al sector público el cubrimiento total de los grupos más necesitados desde el punto de vista epidemiológico y económico; y, en tercer lugar, la posibilidad, en aquel momento, cada vez más inmediata y concreta, del establecimiento de un programa nacional de salud pública en odontología, para el que esas contribuciones serían fundamentales (BRASIL, 1988).

La escasez de recursos disponibles tornó cuestiones como la definición de la población-objeto y el elenco de problemas a ser estudiados cruciales. La opción final fue realizar un levantamiento epidemiológico restricto a la zona urbana de 16 capitales seleccionadas como representativas de un total de 27, con datos para las cinco macro-regiones, según los segmentos de renta familiar, analizándose la prevalencia de la caries dental, de las enfermedades periodontales, de las necesidades y la presencia de prótesis total y de la búsqueda de servicios odontológicos. Se consideraron diez grupos de edad para efectos del levantamiento sobre caries dental y la búsqueda de servicios: de 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 años; de 15 hasta 19 años; de 35 hasta 44 años y de 50 hasta 59 años.

La elección de tales grupos siguió criterios de exacta prioridad epidemiológica, como en el caso del grupo de 6 a 12 años, y la posibilidad de comparación internacional, según las metas de salud bucal fijadas por la Federación Dentaria Internacional (FDI) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estableció los índices que se deberán alcanzar antes del año 2000 para las edades consideradas. Hubo una modificación en el segmento de mayor edad que suele abarcar a las personas de 60 años o más, o específicamente de 65 años, en los países industrializados. Para Brasil, conforme a la esperanza de vida al nacer que es promedio de 65,5 años para mujeres y de 61,3 años para hombres (datos

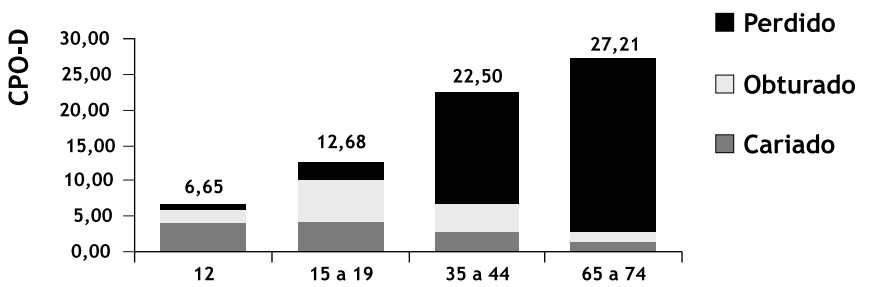
del período de 1975-80), se ha considerado el grupo de 50-59 años como el más representativo y válido en términos de programación de actividades.

Se ha comprobado claramente los altos índices de caries en niños brasileños, uno de los más grandes CPO-D (índice que mide el número medio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados) del mundo en este período entre todas las edades analizadas. El CPO-D promedio ha evolucionado de 1,25 a los 6 años a 3,61 a los 9 años, logrando 6,65 a los 12 años. Interviniendo como una fuerte desventaja de este escenario, la composición del índice presentaba que: 60% de los dientes estaban cariados; 6% con extracción indicada; 5% extraídos y solamente 29% obturados, según datos del grupo de 6 a 12 años de edad.

El continuo crecimiento del índice CPO-D – 12,7 de los 15 a los 19 años; 22,5 de los 35 a los 44 años y 27,2 de los 50 a los 59 años (Gráfico 3.1) – se ha dado esencialmente como resultado del incremento de la contribución en el índice del componente correspondiente a los dientes extraídos:

- solamente 40% de las personas de 18 años presentaban todos los dientes;
- más de 72% de la población urbana estudiada, de 50 a 59 años, ya había extraído todos los dientes en al menos un maxilar;
- en el grupo de 35 a 44 años, cuatro de diez personas necesitaban de soporte protectivo, reduciéndose a 1,7% en el grupo de 15 a 19 años.

Gráfico 3.1 – Médias del CPO-D y participación de los componentes de acuerdo con la edad. Brasil, 1986



Fuente: banco de datos del levantamiento epidemiológico – Brasil, zona urbana, 1986

En relación a la enfermedad periodontal, menos de 29% de los adolescentes y poco más de 5% de los adultos presentaban encías sanas. Entre las personas de 50 a 59 años solamente 1,33% presentaban encías sanas.

Algunos de los datos sobre la caries dental y la condición periodontal de los diferentes grupos de edad obtenidos en el levantamiento epidemiológico de 1986 se encuentran resumidos en el Cuadro 3.1.

Cuadro 3.1 – Datos del levantamiento epidemiológico en salud bucal. Brasil, 1986

Levantamiento epidemiológico en salud bucal: Brasil, zona urbana, 1986			
Muestra	25.407 personas en 16 municipios		
Problemas levantados e informaciones obtenidas	Caries dental, enfermedades periodontales, uso y necesidad de prótesis total, acceso a los servicios odontológicos, evaluación socio-económica		
Edad	Promedio del índice CPO-D	Porcentaje de contribución del componente *Perdido* en el CPO-D	Porcentaje de individuos con periodonto sano
12 años	6,65	6,64% +6,54	-
15 a 19 años	12,68	15,20%	28,76
35 a 44 años	22,5	66,48%	5,38
65 a 74 años	27,21	85,97%	1,33

Fuente: Brasil (1988)

3.2. Levantamiento epidemiológico en salud bucal (1996)

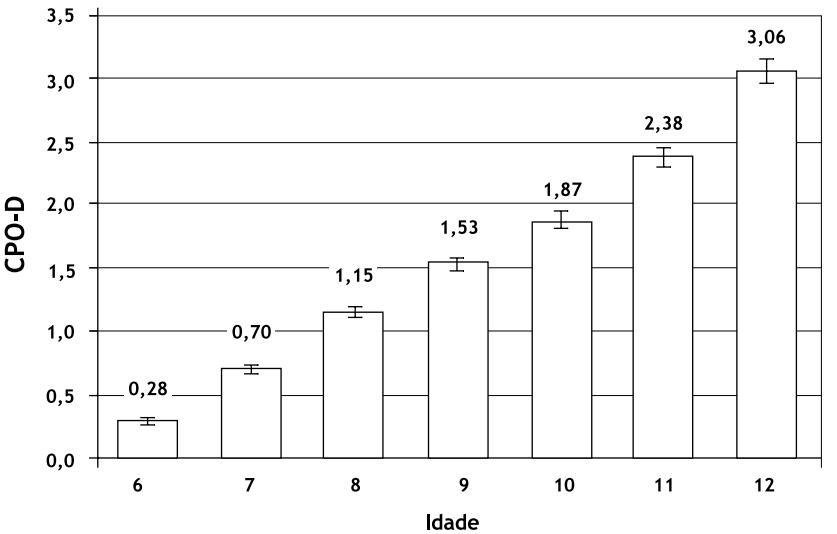
Diez años después del primero levantamiento epidemiológico en nivel nacional, el Ministerio de Salud realizó, en parcería con la Asociación Brasileña de Odontología (ABO), el Consejo Federal de Odontología (CFO) y las secretarías estaduales y municipales de salud, el Segundo Levantamiento en Salud Bucal, con el objetivo de confrontar los cambios ocurridos en el perfil de la población brasileña. El levantamiento se realizó únicamente en el ámbito de caries dental en los niños de 6 a 12 años de las escuelas públicas y particulares en todas las 27 capitales y Distrito Federal, objetivando una referencia para el desarrollo de las acciones preventivas del SUS. Se tenía la intención de llevar a cabo

una segunda etapa en la que estaría inclusa la población adulta y otras enfermedades investigadas, pero no resultó hacerlo.

Las escuelas fueran seleccionadas de forma aleatoria, en cada capital, con una escuela de la periferia (pública), una escuela de barrio (pública) y dos escuelas en el centro, una particular y otra pública. Se levantaron en total cuarenta estudiantes con edades de 6 a 12 años en, al menos, cuatro escuelas de cada capital, logrando así 1.120 por municipio, totalizando 30.240 en todo el país.

Como resultado se percibió que el CPO-D promedio creció de 0,28 a los 6 años a 1,53 a los 9 años, alcanzando 3,06 a los 12 años (Gráfico 3.2 y Cuadro 3.2). Los niños de 12 años en las capitales de la región Norte presentaban un CPO-D de 4,27 mientras que en las capitales de las regiones Sur y Sudeste presentaban un CPO-D de 2,41 y 2,06 respectivamente, patentizando diferencias regionales considerables (DATASUS, acceso en 2005).

Gráfico 3.2 – Médias e intervalos de confianza (95%) de acuerdo con la edad. Brasil, 1996



Fuente: RONCALLI, A.G., 1998

Cuadro 3.2 – Datos del levantamiento epidemiológico en salud bucal. Brasil, 1996

Levantamiento epidemiológico sobre Salud Bucal (1996) - Caries dental		
Muestra	30.240 personas en 27 municipios	
Problema levantado e información obtenida	Caries dental	
Edad	Promedio del índice CPO-D	Porcentaje de contribución del componente *Perdido* en el CPO-D
12 años	3,06	9,42%

Fuente: Brasil (1996)

3.3. Levantamiento epidemiológico en salud bucal (2003)

Ante la necesidad de obtener los datos epidemiológicos en salud bucal necesarios para evaluar los principales agravios en distintos grupos de edad, sea en la población urbana, o en la rural, el Ministerio de la Salud empezó en 2000 una discusión referente al tema que ha dado lugar a un sub-comité responsable por la elaboración y el apoyo en la ejecución del Proyecto identificado como SB Brasil: Condiciones de la Salud Bucal en la Población Brasileña. Además de fundamentar la preparación de las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal desde el punto de vista epidemiológico y subvencionar acciones para el fortalecimiento de la gestión de los servicios públicos en salud bucal en las distintas esferas del gobierno, este estudio ha permitido un análisis comparativo de los datos nacionales con los datos de otros países y con las metas de la OMS para 2000.

Ese proyecto contó con la participación de varias instituciones y entidades odontológicas – Consejos Federal y Regionales de Odontología, Asociación Brasileña de Odontología y sus departamentos regionales, facultades de odontología, además del valioso apoyo de las secretarías estaduales y municipales de salud. Alrededor de 2 mil trabajadores (cirujanos dentistas, asistentes y agentes de salud, entre otros) de 250 municipios estuvieron involucrados en la elaboración del estudio. Sin considerar los ajustes necesarios con vistas a la ampliación de las tasas para la población en general, la muestra obtenida permite la elaboración de estimaciones según las principales variables de estratificación previstas en el proyecto. La muestra de la investigación reconsidera los datos típicos por macro-región de Estado y por tamaño poblacional de las ciudades involucradas, además del propio municipio para algunos agravios y grupos de edad (BRASIL, 2003).

Para la validación de la metodología y de los instrumentos diseñados para este estudio, se ha realizado en 2001 un estudio piloto en dos ciudades de distintos tamaños poblacionales – Canela, en el Estado de Rio Grande del Sur y Diadema, en el Estado de São Paulo. En seguida se llevó a cabo el sorteo de los municipios que serían usados para la muestra, realizándose en 2002 y 2003, después del entrenamiento y calibración de los equipos, el trabajo de campo, con la realización de los exámenes y levantamientos. El Cuadro 3.3 señala las principales características metodológicas del Proyecto SB Brasil.

En total se han examinado 108.921 personas, entre niños (18 a 36 meses, 5 y 12 años), adolescentes (15 a 19 años), adultos (35 a 44 años) y ancianos (65 a 74 años) en zonas urbanas y rurales de 250 municipios brasileños (50 por Macro-región).

Además de producir informaciones sobre las principales enfermedades bucales, condiciones socio-económicas, acceso a servicios y auto-percepción en salud bucal, SB Brasil fue responsable por el entrenamiento y la instrucción de unos 2 mil expertos, entre monitores de calibración, coordinadores municipales, examinadores y anotadores, difundiendo y consolidando la práctica de la planificación-evaluación de las acciones y servicios de salud a partir de datos epidemiológicos.

Cuadro 3.3 – Principales características metodológicas del Proyecto SB Brasil

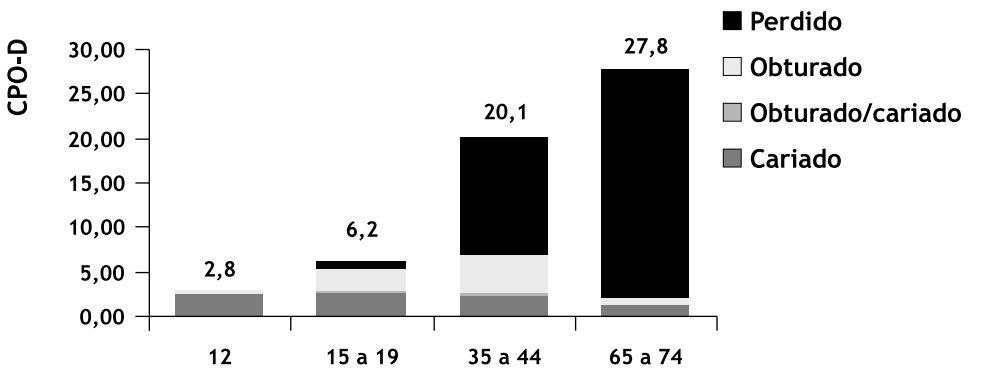
Asunto	Descripción
Edades-índice y grupos de edad levantados	Basados en la propuesta de la OMS, con la inclusión de otros grupos relevantes. En total se utilizaron 6 edades como índice y grupos de edad: 18 a 36 meses, 5 años, 12 años, 15 a 19 años, 35 a 44 años y 65 a 74 años.
Pre-estratificación	Macro-regiones brasileñas (Norte, Nordeste, Sureste, Sur y Centro-Oeste) y tamaño poblacional (hasta 5 mil habitantes, de 5 a 10 mil, de 10 a 50 mil, de 50 a 100 mil y más de 100 mil habitantes). En total se investigaron 250 municipios, 50 en cada región, siendo 10 de cada categoría de tamaño.
Puntos de colecta de datos	Escuelas y guarderías infantiles (20 por municipio) para 5 y 12 años. Para los adolescentes, adultos y ancianos, los exámenes se realizaron en las casas, teniendo las cuadras urbanas y/o pueblos rurales y los sectores censatarios como Unidades de Muestra Secundaria. Fueran sorteados 10 sectores por municipio de más de 50 mil habitantes.

Asunto	Descripción
Volumen de la muestra	Calculado de acuerdo con el promedio y con la desviación típica de la caries dental por región con corrección para el tamaño poblacional.
Entrenamiento y Calibración	Se adoptó la técnica del consenso, con cálculo de la concordancia porcentual y coeficiente Kappa para cada par de examinadores. Monitores entrenados por los coordinadores regionales llevaron a cabo el entrenamiento para cada equipo local. Se establecieron niveles de concordancia para cada agravio investigado.

Fuente: adaptado de RONCALLI et al. 2000

A pesar de la expresiva reducción de los niveles de caries dental en la población infantil brasileña en las dos últimas décadas, aún existen elevados índices de enfermedades bucales en algunos grupos poblacionales y gran parte de la población permanece sin asistencia. Los resultados revelaron que la caries ataca unos 14 dientes entre la adolescencia y la edad adulta (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3 – Medias de CPO-D y participación de los componentes conforme edad. Brasil, 2003



Fuente: Proyecto SB Brasil 2003: resultados principales (Brasil, 2003)

La enfermedad periodontal se ha mostrado elevada en todos los grupos de edad, con menos de 22% de la población adulta y menos de 8% de los ancianos presentando encías sanas. Comparándose los datos de edentulismo en nuestro país con las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2000 (Tabla 3.1), se percibe que Brasil se encuentra por debajo de tales metas, con a penas 10% de los ancianos con 20 o más dientes. La meta de la OMS se alcanzó solamente entre los niños de 12 años, sin embargo, la enfermedad de la caries en esa edad representa un grave problema de salud pública, con acentuadas diferencias macro-regionales y con cerca de 3/5 de los dientes afectados por la enfermedad sin tratamiento. Por lo que respecta a las demás metas, los resultados logrados se encuentran lejos de lo que estipulado por la OMS para el año 2000.

Tabla 3.1 – Comparación entre las metas de la OMS para el año 2000 y los resultados del SB Brasil 2003

EDAD	META DE LA OMS PARA 2000	SB Brasil
5 a 6 años	50% sin experiencia de cáries	40% sin experiencia de cárie
12 años	CPO-D ≤ 3,0	CPO-D = 2,78
18 años	80 % con todos los dientes	55% con todos los dientes
35 a 44 años	75% con 20 o más dientes	54% con 20 o más dientes
65 a 74 años	50% con 20 o más dientes	10% con 20 o más dientes

Fuente: Brasil, 2003.

El Cuadro 3.4 presenta los datos relativos a la caries dental y la situación de las encías en los distintos grupos de edad obtenidos en 2003.

Cuadro 3.4 – Datos del levantamiento epidemiológico en salud bucal. Brasil, 2003

Levantamiento sobre las condiciones de salud bucal en la población brasileña (2003)			
Muestra	108.921 personas en 250 municipios		
Problemas levantados e informaciones obtenidas	Caries dental, enfermedades periodontales, uso y necesidad de prótesis total, acceso a servicios odontológicos, evaluación socio-económica, fluorosis, mala oclusión, alteración del tejido blando, auto-percepción en salud bucal		
Edad	Promedio del índice CPO-D	Porcentaje de contribución del componente *Perdido* en el CPO-D	Porcentaje de individuos con periodonto sano
12 años	2,78	6,47	-
15 a 19 años	6,17	14,42	46,18
35 a 44 años	20,13	65,72	21,94
65 a 74 años	27,79	92,25	7,89

Fuente: Brasil, 2003.

Además de la incorporación de otros grupos de edad, el Proyecto SB Brasil 2003 también investigó informaciones sobre problemas que no fueron abordados anteriormente en ningun levantamiento. De entre ellos, se puede señalar la fluorosis y la mala oclusión.

Por lo que respecta a la prevalencia de fluorosis, fue detectada en cerca de 9% de los niños de 12 años y en 5% de los adolescentes de 15 a 19 años. Para los 12 años, los índices más elevados se detectaron en las regiones del Sudeste y del Sur (cerca de 12%), mientras que los más bajos se detectaron en las regiones Centro-Oeste y Nordeste (cerca de 4%). Por lo que respecta a la mala oclusión, los datos de prevalencia a los 5 años revelan problemas de oclusión moderados o severos en 14,5% de la población de esa edad, variando desde un mínimo de 5,6% en la región Norte hacia un máximo de 19,4% en la región Sur. La prevalencia de una condición oclusal muy severa o incapacitante fue de cerca de 21% en los niños de 12 años y de alrededor de 19% en adolescentes de 15 a 19 años.

La evaluación del acceso de la población a los servicios odontológicos registró que más de 13% de este grupo poblacional no fue en su vida al dentista. Entre la población adulta casi 3% no fue nunca al dentista y entre la población anciana, esta cifra llega casi a un 6%. En ambos grupos de edad, la región Nordeste ha presentado el mayor índice de personas que no fueron ninguna vez al dentista, mientras que la región Sur presentó los mejores valores en relación al acceso a servicios odontológicos.

CAPÍTULO 4
LA SALUD BUCAL EN LA ACTUALIDAD: LA POLÍTICA BRASIL SONRIENTE

La prestación de servicios de salud bucal en Brasil, históricamente, se caracterizaba por acciones de baja complejidad, en su mayoría curativas y mutiladoras, con un acceso restricto. La gran mayoría de los municipios brasileños desarrollaban acciones junto a escolares, de 6 a 12 años. Los adultos y ancianos tenían acceso solamente a los servicios de urgencia, generalmente mutiladores. Esto caracterizaba la odontología como un área de la salud con extrema exclusión social. En los últimos años, apenas algunas experiencias aisladas ampliaban el acceso y desarrollaban acciones de promoción y prevención, además de actividades curativas más complejas. No había una política nacional para este sector.

En el año 2003 empieza una nueva coyuntura política, expresada en la pose del presidente Luiz Inácio Lula da Silva, en la que fuerzas democráticas que originaron la salud bucal como un derecho intrínseco del ciudadano se juntan en un proyecto común, institucionalizándose en el gobierno federal brasileño, apuntando estratégicamente para la disminución de la exclusión social. En ese contexto, se inicia la elaboración de una Política Nacional de Salud Bucal que rescata el derecho del ciudadano brasileño a la atención odontológica a través de acciones gubernamentales, superando el histórico abandono y falta de compromiso con la salud bucal de la población.

> Para organizar este modelo es imprescindible que se piense en las "líneas de cuidado" (del niño, del adolescente, del adulto y del anciano) creando flujos que reflejen las acciones decididas por los equipos de salud, centradas en acoger, informar, atender y guiar (referencia y contra-referencia). El usuario (al que no se le negará el acceso) conocerá a fondo la estructura del servicio ofrecido gracias a su experiencia como persona que se siente parte de él y se siente capaz de influenciarlo. Las directrices para su cuidado implican un nuevo direccionamiento del proceso de trabajo en el que el trabajo en equipo repre-

> senta uno de sus fundamentos más importantes. Constituida de esta forma, en sintonía con el universo de los usuarios, esta directiva tiene como postulado el principio constitucional de la intersectorialidad y por su potencial de resolución, permite que surjan lazos de confianza y vínculo, indispensables para mejorar la calidad de los servicios de salud y profundizar en la humanización de estas prácticas. (...) En el ámbito de la asistencia, esas directrices apuntan fundamentalmente a la ampliación y calificación de la atención básica, viabilizando el acceso de todos los grupos de edad y la oferta de más servicios, garantizando la atención al nivel secundario y terciario con el objetivo de integrar la atención (BRASIL, 2004).

En esa perspectiva, era necesario que la política, desde su origen, pudiera expresar su construcción conjuntamente con la conformación del sistema de salud brasileño, o sea, el Sistema Único de Salud (SUS). Este sistema, según sus principios constitucionales, está basado en la universalización del acceso, en la integralidad, en la equidad y en el control social.

La política nacional de salud bucal, el "Brasil Sorridente" (Brasil Sonriente) comprende un conjunto de acciones en el ámbito individual y colectivo que involucran la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es desarrollada a través del ejercicio de prácticas democráticas y participativas, contando con trabajo en equipe y dirigida a poblaciones por las cuales se asume la responsabilidad con el cuidado a la salud bucal, considerando el aspecto dinámico del territorio en que viven.

Asumiendo la responsabilidad por la salud bucal de su población, Brasil se compromete con la reducción de las desigualdades, el combate al hambre y la garantía de la nutrición en condiciones adecuadas. Es un compromiso con la inclusión social.

4.1. La salud familiar como enfoque estratégico para la organización de la Atención Básica en salud

A partir de 1986, con el movimiento de la reforma sanitaria, la discusión sobre el concepto de salud/enfermedad propone la realización de nuevas acciones en salud, empezando el desarrollo de proyectos de salud comunitaria y familiar y el diseño de un nuevo modelo de organización de los servicios de salud.

En este contexto, en 1991, se implanta el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) que fue previo a la formación de los primeros Equipos de Salud Familiar (ESF), en 1994, los cuales incorporaron y ampliaron la actuación de los agentes comunitarios. Se trata de una estrategia que da prioridad a las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud de las personas, de forma integral y continua, cuya atención ocurre en la unidad básica de salud o en el hogar, por profesionales que hacen parte del equipo, creando vínculos de co-responsabilidad entre ellos y la población que será acompañada. Esto facilita la identificación y la atención de los problemas de salud de la comunidad.

Conforme resaltado en las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal, la Estrategia de Salud de la Familia presenta como característica una gran capilaridad, socialmente sensible:

> …sus acciones ponen frente a frente profesionales y realidad. Son espacios pedagógicos en el que la práctica es objeto de acciones y donde las situaciones hablan por si, permitiendo a los equipos aprender y comprender de forma absolutamente real y nueva cada vez que ocurren. Son situaciones donde el hacer está próximo a la realidad de vida de las personas, posibilitando un espacio privilegiado para el trabajo junto a los usuarios.

En el período de diciembre de 2002 a diciembre de 2005, fueron implantadas 7.866 nuevas ESF, totalizando 24.564 equipos actuando en el país, con un aumento de cobertura poblacional de 54,9 millones de habitantes en diciembre de 2002 para 78,6 millones en diciembre de 2005.

Respecto a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), fueron incluidos 32.641 nuevos agentes en el período de diciembre de 2002 a diciembre de 2005, totalizando 208.104 ACS actuando en el país. La población cubierta por los ACS pasó de 90,7 millones de personas en diciembre de 2002 para 103,5 millones en diciembre de 2005.

• La salud bucal en la Estrategia de Salud Familiar

La inclusión de la Salud Bucal en la estrategia de Salud Familiar ha representado la posibilidad de crear un espacio de prácticas y relaciones que puedan reorientar el proceso de trabajo y la propia actuación de la salud bucal en el ámbito de los servicios de salud. Así, el cuidado de la salud bucal va a exigir la conformación de un equipo de trabajo que

se relacione con los usuarios y que participe de la gestión de los servicios para suplir las demandas de la población y ampliar el acceso a las acciones y servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal, a través de medidas de carácter colectivo y por medio del establecimiento del vínculo territorial.

De esta forma, con el fin de reorganizar el modelo de atención a la salud y ampliar el acceso a la salud bucal garantizando la atención integrada a individuos y familias, los Equipos de Salud Bucal pasaron a formar parte de la estrategia de Salud Familiar por medio de la **Ordenanza GM/MS nº 1.444** del 28 diciembre de 2000. Esta establece un incentivo financiero para la reorganización de la atención a la salud bucal ofrecida en los municipios. Las reglas y directrices para este fin, a su vez, fueron registradas por la Ordenanza GM/MS Nº 267 con fecha de 6 de marzo de 2001, creándose así dos tipos de Equipos de Salud Bucal:

- ESB Modalidad I: Compuesta por Cirujano Dentista (CD) y Asistente de Consultorio Dentario (ACD). Recibía inicialmente el importe de 5 mil reales (aproximadamente 2.200 dólares) para implantación y 13 mil reales (aproximadamente 5.600 dólares) al año para pagos.
- ESB Modalidad II: Compuesta por CD, ACD y Técnico en Higiene Dental (THD). Recibía inicialmente el importe de 5 mil reales (aproximadamente 2.200 dólares) para implantación y 16 mil reales (aproximadamente 7.000 dólares) al año para pagos.

Originariamente, cada ESB servía como referencia para dos ESF de modo que cada ESB cubría un promedio de 6.900 personas. Esta razón representaba un factor limitante al proceso de implantación de los equipos de salud bucal e imponía a los expertos de salud bucal un volumen de demanda de procedimientos clínicos curativos que comprometía la incorporación de la filosofía de la estrategia de Salud de Familiar en el proceso de trabajo de estos profesionales.

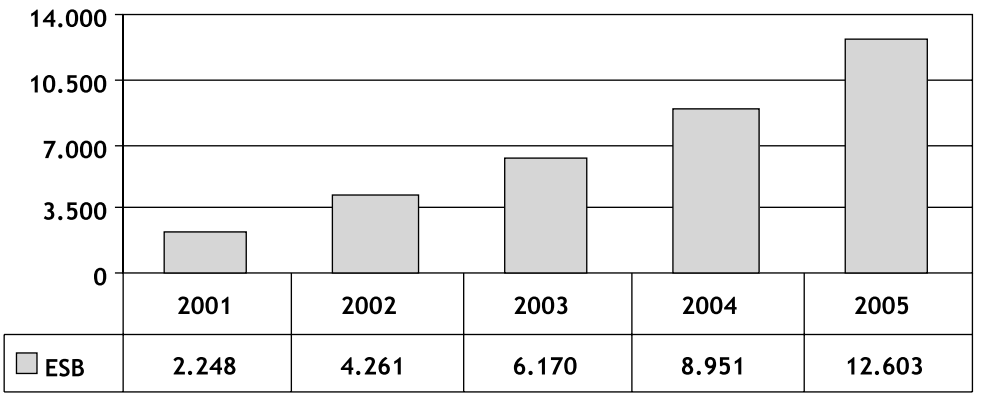
A partir de la **Ordenanza Nº 673/GM** de 2003, el Ministerio de Salud comenzó a financiar las ESB en una proporción de 1:1 en relación a las ESF, en la que cada ESB pasó a cubrir un promedio de 3.450 personas. Esta misma Ordenanza reajustó los incentivos de pago de las ESB Modalidad I a 15.600 (aproximadamente 6.800 dólares) y 19.200 reales (aproximadamente 8.300 dólares) el incentivo anual de pago a las ESB Modalidad II.

Con la **Ordenanza Nº 74/GM**, del 20 enero de 2004, se han efectuado nuevos reajustes de los incentivos, recibiendo cada ESB Modalidad I el importe de 20.400 reales (aproximadamente 8.900 dólares) mientras que las ESB Modalidad II reciben 26.400 reales (aproximadamente 11.500 dólares) al año para pagos. Estos importes son 56,9% más

elevados para las ESB Modalidad I, y 65%, para las ESB Modalidad II si se comparan con los valores de 2001 y 2002. Ambas modalidades han recibido 6 mil reales como incentivo adicional para la adquisición de equipos e instrumental. Después de esta ordenanza, las ESB Modalidad II pasaron a recibir un equipo odontológico completo (sillón de dentista, taburete, unidad auxiliar y piezas de mano) para la labor del Técnico en Higiene Dental (THD).

Desde diciembre de 2002 hasta diciembre de 2005 se han implantado 8.342 nuevos Equipos de Salud Bucal (ESB) en la Estrategia de Salud Familiar, alcanzando un total de 12.603 ESB, un incremento de más de 195% en la cantidad de equipos (Gráfico 4.1).

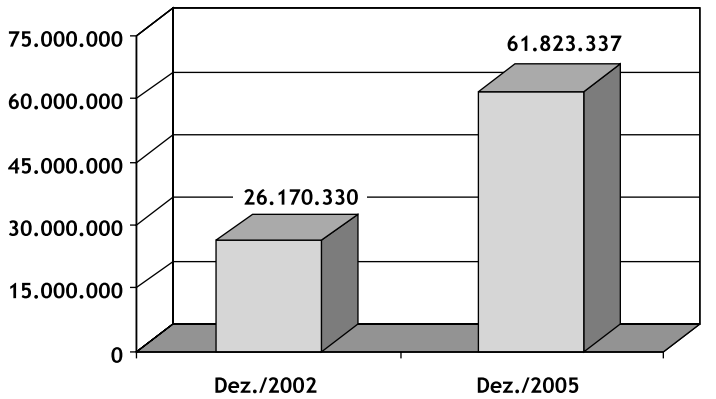
Gráfico 4.1 – ESB implantados. Brasil, marzo/2001 – diciembre/2005



Fuente: Siab

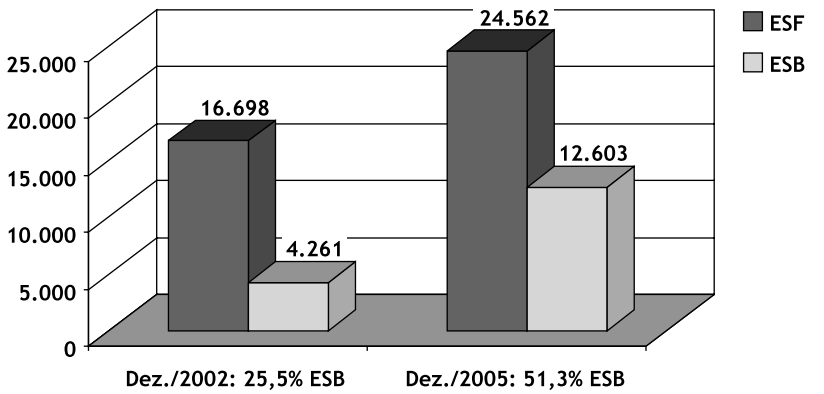
En este período se produjo un incremento en la cobertura poblacional de las ESB de más de 35,5 millones de personas, totalizando más de 61,8 millones de personas cubiertas por estos equipos (Gráfico 4.2). Además se observa que en diciembre de 2002, cerca de 25,5% de los Equipos de Salud Familiar tenían expertos de salud bucal y, en diciembre de 2005 alcanzó el 51,3%, lo que representa a un crecimiento en la proporción entre los equipos (Gráfico 4.3).

Gráfico 4.2 – Cobertura poblacional de los ESB. Brasil, diciembre/2002 – diciembre/2005



Fuente: SIAB

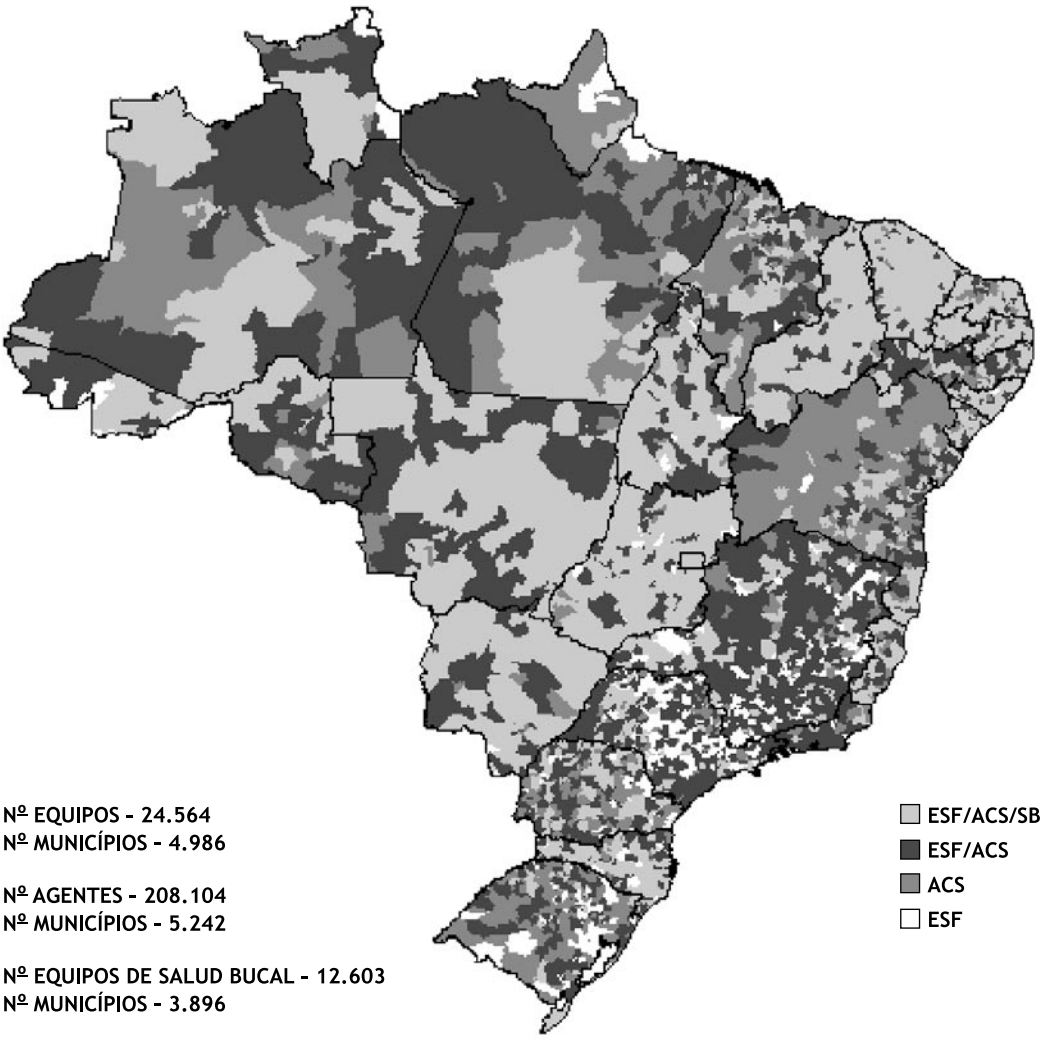
Gráfico 4.3 – Proporción entre los ESF y los ESB. Brasil, diciembre/2005



Fuente: SIAB

Hasta diciembre de 2005 94,2% de los municipios contaban con ACS, mientras que 89,6% contaban con ESF y 70,1% con ESB, conforme se refleja en el Mapa 4.1.

Mapa 4.1 – Situación de la implantación de Equipos de Salud Familiar, Salud Bucal y Agentes Comunitarios de Salud. Brasil, diciembre/2005



4.2. Ampliación y Calificación de la Atención Secundaria y Terciaria: Centros de Especialidades Odontológicas y Laboratorios Regionales de Prótesis Dentales

La asistencia odontológica en los servicios públicos brasileños ha sido restringida casi exclusivamente a los servicios básicos – aún así con una gran demanda reprimida por procedimientos básicos. Los datos del Sistema de Informaciones Ambulativas del SUS (SIA/SUS) de 2002 muestran que los servicios especializados no corresponden a más de 3,5% del total de los procedimientos clínicos odontológicos. Es evidente la poca capacidad de oferta de servicios de atención secundaria y terciaria, comprometiendo en consecuencia el establecimiento de sistemas de referencia y contra-referencia en salud bucal adecuados en la casi totalidad de los sistemas loco-regionales de salud. La ampliación de la red asistencial de atención secundaria y terciaria no ha alcanzado, en el sector odontológico, el incremento en la oferta de servicios de atención básica (BRASIL, 2004).

Como lo enfatiza el texto de las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal, con la ampliación del concepto de atención básica, y el consecuente incremento en la oferta de diversidad de procedimientos se han hecho necesarias también inversiones que tiendan a incrementar el acceso a los niveles secundario y terciario de atención.

Se establecieron así los criterios, reglas y requisitos para la implantación y registros de los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) por medio de la **Ordenanza Nº 1.570/GM** del 29 de julio de 2004, del mismo modo que se estableció su financiamiento por medio de la **Ordenanza Nº 1571/GM** del 29 de julio de 2004, con el objetivo de ampliar y calificar la oferta de servicios odontológicos especializados. La **Ordenanza Nº 283/GM** del 22 de febrero de 2005, pasó a permitir el anticipo de recursos de implantación de estos centros.

Los CEO son unidades de referencia para la Atención Básica integrados en el proceso de planificación loco-regional que proveen mínimamente, las especialidades de periodoncia, endodoncia, pacientes con necesidades especiales, diagnóstico bucal y cirugía oral menor, clasificados en dos tipos:

- CEO Tipología I: Con 3 sillones odontológicos. Cada CEP Tipología I recibe 40 mil reales (aproximadamente 17.400 dólares) para su implantación y 6 mil reales (aproximadamente 2.600 dólares) mensuales.

- CEO Tipología II: Con 4 hasta 6 sillones odontológicos. Cada CEO Tipología II recibe 50 mil reales (aproximadamente 21.700 dólares) para su implantación y 8 mil reales (aproximadamente 3.500 dólares) mensuales para otros costos.

Hasta diciembre de 2005 se implantaron 336 CEO en 268 municipios repartidos en 25 Estados y el Distrito Federal (Tabla 4.1). Se han realizado en estos Centros más de 2,9 millones de procedimientos entre enero y octubre de 2005

Tabla 4.1 – CEO implantados. Brasil, 2005

Región	CEO implantados
Centro-Oeste	33
Nordeste	104
Norte	17
Sudeste	125
Sur	57
Total	336

Fuente: Ministerio de Salud, 2005

Hasta diciembre de 2005 se pasaron los recursos para la implantación de otros 181 CEO. A través de la **Ordenanza Nº 74/GM** del 20 de enero de 2004, se incluyeron en la Atención Básica los procedimientos de moldeado y suministro de prótesis total. Para apoyar la confección de las prótesis totales se han creado recursos financieros por Prótesis Total confeccionada por medio de la emisión de una Autorización para Procedimientos de Costo/Complejidad Elevado (APAC) de 30 reales (aproximadamente 13 dólares) por Prótesis Total.

4.3. Fluoración del agua del abastecimiento público

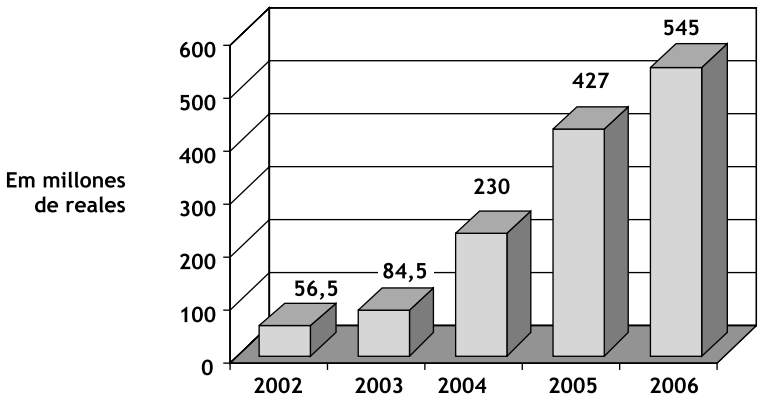
La ampliación de la fluoración del agua de abastecimiento público es una de las principales acciones de la Política Nacional de Salud Bucal. Por este motivo se están llevando a cabo acciones para garantizar el abastecimiento de agua depurada – clorada y fluorada – como un derecho de la ciudadanía. Hay que resaltar que hasta comienzos de 2003, poco más de 70 millones de brasileños estaban abastecidos con agua fluorada.

Gracias al Brasil Sonriente los datos de diciembre de 2005 muestran que se implantaron 205 nuevos sistemas de fluoración del agua de abastecimiento público, abarcando 106 municipios en 6 Estados. Este proceso está siendo viabilizado por medio de una acción conjunta con la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) y acuerdos con las Secretarías Estaduales de Salud.

4.4. Inversiones en el Brasil Sonriente

En relación a las inversiones en el área de salud bucal en 2002 se invirtieron 56 millones de reales (aproximadamente 24.300.000 dólares). En 2003 se invirtió un 46% más, pasando a un total de 84 millones de reales (aproximadamente 35.500.000 dólares). En 2004 la inversión fue de 184 millones (aproximadamente 80.000.000 dólares), conforme Gráfico 4.4. Para 2005, se asignaron 427 millones de reales (aproximadamente 185.600.000 dólares) para inversiones en salud bucal y se prevé una inversión de 545 millones de reales (aproximadamente 234.000.000 dólares) para 2006, lo que significa unas diez veces la cantidad invertida en 2002.

Gráfico 4.4 – Recursos Federales aplicados en Salud Bucal. Brasil, 2002 - 2006



Fuente: Ministerio de Salud

REFERENCIAS

1. BRASIL, Ministerio de Salud – Coordinación Nacional de Salud Bucal. **1ª. Conferencia Nacional de Salud Bucal** - Informe Final. Brasilia, 1986, 11p. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

2. BRASIL, Ministerio de Salud – Coordinación Nacional de Salud Bucal. **II Conferencia Nacional de Salud Bucal -** Informe Final**.** Brasilia, 1990, 60p. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

3. BRASIL, Ministerio de Salud – Coordinación Nacional de Salud Bucal. **3ª. Conferencia Nacional de Salud Bucal -** Informe Final. Brasilia, 2004, 148p. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

4. BRASIL, Ministerio de Salud – Departamento Nacional de Salud Bucal. **Levantamiento epidemiológico en Salud Bucal:** Brasil, zona urbana. 1986. 137p. (Serie C: Estudios y Proyectos, 4). Disponible en: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/vigilancia.php>.

5. BRASIL, Ministerio de Salud - **Levantamiento epidemiológico en salud bucal – Caries dental. 1996**. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

6. BRASIL, Ministerio de Salud – **Proyecto SB2003.** Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

7. BRASIL, Ministerio de Salud. **Portal de la Salud de la Familia.** Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149>. Acceso en octubre 2005.

8. BRASIL. Ministerio de Salud. **Directrices de la Política Nacional de la Salud Bucal 2004.** Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

9. CARVALHO, C. L, LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Cuaderno de Odontología**. Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 43 – 57, nov. 1997.

10. COSTA, N. R. . **Lutas Urbanas e Controle Sanitário** - Origens das Políticas de Saúde No Brasil. 2. ed. PETROPOLIS: VOZES, 1986. v. 2. 115 p.

11. FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global Goals for Oral Health in the year 2.000. Int. **Dent. J**., 32(1):74-7, 1982.

12. SCARPONI, Florentino García. **Un proceso de democratización de las propuestas para el sector salud: Las Conferencias Nacionales de Salud en Brasil.** Disponible en: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque52.doc>. Acceso en octubre 2005.

13. GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. **Rev. Saúde em Debate**, n°. 41, p.50-57, dezembro de 1994.

14. LUZ, M. T. 1991. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. **Physis** v. 1, n. 1, p. 77-96.

15. MENDES,E.V. (Org) **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994. 310p.

16. NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec - Humanismo Ciência e Tecnologia. 1994. 108p.

17. OPAS. **Perfil Brasil**, 2005. Disponible en: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5515.doc>. Acceso en octubre 2005.

18. PAIM, J.; ALMEIDA Filho, N. Saúde Coletiva: Uma ''nova saúde pública'' ou campo aberto para novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 32, 1998. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acceso en octubre 2005.

19. PINTO,V.G. **A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnósticos e Caminhos a Seguir**. Brasília: Livraria e Editora Santos.1993.

20. PNUD. Conferência internacional democracia, participação cidadã e federalismo, 2004. Disponible en: <http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/CPP2.esp.pdf>. Acceso en octubre 2005.

21. RIVERO,D.A.T. Alma-Ata:25 anos después. **Revista Perspectivas de Salud/OPS**. Washington, DC, v. 8, n.1, 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm>. Acceso en octubre 2005.

22. RONCALLI, Ângelo Giuseppe. **Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil**: 1986-1996, set. 1998. 20 p. Disponible en: <http://72.14.207.104/search?q=cache:OfHts927aLsJ:planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_epid/epi_bra.pdf+levantamento+epidemiol%C3%B3gico+saude+bucal&hl=pt-BR>. Acceso en octubre 2005.

23. SHEIHAM A .; JOFFE M. Public Dental Health Strategies for Identifying and Controlling Dental Caries in High and Low Risk Populations. In: **Risk marks for oral disease**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

24. SCHLOSMAN, Steven L., BROWN, JoAnne, SEDLAK Michael. **The Public School in American Dentistry**. Los Angeles: Robert Wood Johnson Foudation, 1986. 70p.

25. SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde.** Análise se três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998, 1323p. Dissertação – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

26. SILVA, Pedro Luiz Barros. **Acesso e gerenciamento dos serviços de saúde**: o dilema do SUS na nova década, 2002. Disponible en: <http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp12.htm#nota2>. Acceso en octubre 2005.

27. SILVEIRA FILHO, Antônio Dercy. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Boletim do Programa de Saúde da Família**, dez. 2002.

28. STARR, P. **The social transformation of American Medicine** – The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. Basic Books, 1982.

29. WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança.** Niteroi: Universidade Federal Fluminense, Curso de Pós-Graduação em Odontologia Social, 1994. 186 p. (Tesis de Doctorado en Odontología Social).

30. WERNECK, M. A . F. A reforma sanitária no Brasil. In: Brasil. Ministerio de la Salud. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV**. Brasília: Ministério de la Salud 1998, p.247-266.

31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health**. Disponible en: <http://www.who.int/oral_health/en/>. Acceso en octubre 2005.

32. ZANETTI, C. H. G., LIMA, M. A., Ramos L. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Revista Divulgação Saúde em Debate**, n.13, p.18-35. 1996.

ANEXO
DIRECTRICES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL – BRASÍLIA, ENERO DE 2004

PRESENTACIÓN

Este documento presenta las directrices del Ministerio de la Salud para organizar la atención a la salud bucal en el ámbito del SUS resultantes de un proceso de discusiones con los coordinadores estaduales de salud bucal. Tales directrices se fundamentan en las proposiciones concebidas durante las últimas décadas en congresos y cumbres de odontología y de salud colectiva y en conformidad con las deliberaciones de las Conferencias Nacionales de Salud y de la 1ª y la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal. Estas directrices constituyen el eje político básico para la reorientación de los planes y prácticas en el campo de la salud bucal, capaces de permitir un nuevo proceso de trabajo y que tienen como meta la realización del cuidado. Debe comprenderse así como referencia conceptual para el proceso de realizar el modelo de atención en el espacio de la micro-política donde se lleva a cabo, confrontando problemas y demandas diferentes, el encuentro entre el saber y el hacer entre los usuarios y expertos.

Debido a su naturaleza técnica y política, este documento se encuentra en construcción permanente, considerando las diferencias sanitarias, epidemiológicas regionales y culturales del Brasil y debe ser discutido tomando en consideración los resultados de lo levantamiento Condiciones de Salud Bucal en la Población Brasileña basado en un enfoque epidemiológico.

Se recomienda también que sea discutido en el ámbito de los consejos nacional, estaduales y municipales de salud, con el fin de ampliar el debate con los trabajadores y con los usuarios del sistema de salud, para profundizar el control público en esta área específica.

Hay que aclarar que se espera que este paquete de proposiciones continúe en discusión durante el amplio proceso de debates que representa la 3ª Conferencia Nacional de Salud Bucal en varios niveles, cuyas decisiones van a permitir reforzar ciertas proposiciones y reorientar otras.

1. INTRODUCCIÓN

Las directrices aquí presentadas señalan una reorganización de la atención en salud bucal en todos los niveles, tomando el concepto de cuidado como eje de reorientación del modelo, respondiendo a un plan de salud que no está centrado simplemente en la asistencia a los enfermos, sino principalmente en la promoción de la buena calidad de vida y la intervención en los factores que la ponen en riesgo – por medio de la incorporación de las acciones programáticas de una forma más abarcadora y del desarrollo de acciones intersectoriales.

La producción del cuidado implica una proposición de humanización del proceso de desarrollo de acciones y servicios de salud. Esta implica responsabilidad de los servicios y trabajadores de la salud para establecer junto con los usuarios la posible respuesta a sus dolores, angustias, problemas y aflicciones de tal manera que no solamente se lleven a cabo consultas y atenciones, sino que el proceso de consulta y de atención se traduzca en conocimiento, responsabilidad y autonomía para cada usuario.

De ese modo, las acciones y los servicios deben resultar de un conocimiento adecuado de la realidad de la salud en cada lugar para construir una práctica efectivamente resolutiva a partir de los mismos. Es imprescindible acercarse las personas e intentar conocerlas en su medio ambiente: sus condiciones de vida, las representaciones y concepciones que tienen sobre su salud, sus hábitos, las medidas que toman para remediar sus problemas cuando padecen y lo que hacen para evitar a las enfermedades.

Punto de partida para el ejercicio de la ciudadanía, la construcción de la conciencia sanitaria implica necesariamente tanto para los administradores y expertos, como para los usuarios ser conscientes de los aspectos que limitan y fijan un cierto estado de salud y los recursos existentes para su prevención, promoción y recuperación.

El estímulo para construir una conciencia sanitaria, en la que se perciba la totalidad como un derecho que va a ser conquistado asentirá, con las formas posibles de participación, desarrollar el proceso de control social de las acciones y servicios en salud bucal.

Para la organización de este modelo, es imprescindible que se conciban las líneas del cuidado (del niño, adolescente, adulto y anciano) por medio de la creación de flujos que impliquen acciones resolutivas de los equipos de salud, centrados en acoger, informar y atender (referencia y contra-referencia). En ese modelo el usuario conoce cada parte que compone la estructura del servicio de acuerdo con su experiencia personal y se siente parte de ello y capaz de influir en su evolución. La línea del cuidado implica un

redireccionamiento del proceso de trabajo en el que el trabajo en equipo es uno de sus principales fundamentos. Constituida así en sintonía con el universo de los usuarios, esta línea tiene como postulado el principio constitucional de la intersectorialidad y por su potencial de resolución, permite que surjan lazos de confianza y vínculos, indispensables para mejorar la calidad de los servicios de salud y profundizar la humanización de estas prácticas.

Como consecuencia, los expertos del equipo de salud bucal deben desarrollar la capacidad de proponer alianzas o en el sistema de salud, sea en las acciones desarrolladas junto con las áreas de saneamiento, enseñanza, asistencia social, cultura o transporte, entre otras.

En el ámbito de la asistencia, esas directrices apuntan fundamentalmente a la ampliación y calificación de la atención básica, viabilizando el acceso a todos los grupos de edad y la oferta de más servicios, garantizando el atendimiento en los niveles secundario y terciario con el fin de integrar los servicios de atención.

2. POSTULADOS

La reorientación del modelo de atención en salud bucal tiene los siguientes postulados:

2.1. Asumir el compromiso de una atención básica calificada, garantizando la calidad y resolución, independientemente de la estrategia de organización adoptada por el municipio.

2.2. Garantizar una red de atención básica articulada con toda la red de servicios y como parte indisoluble de la misma.

2.3. Asegurar que las acciones de salud bucal están integradas, articulando lo individual a lo colectivo, la promoción y la prevención al tratamiento y la recuperación de la salud de la población adscrita, sin dejar de atender cualquier ciudadano que se encuentre en una situación de emergencia.

2.4. Emplear la epidemiología y las informaciones sobre el territorio, subsidiando la planificación – procurando contar con un diagnóstico previo sobre las condiciones de la salud-enfermedad de las poblaciones, que cuente con un abordaje familiar y un conocimiento de las relaciones que se establecen en el territorio en el que se desarrolla la práctica de salud.

2.5. Realizar un acompañamiento del impacto de las acciones en salud bucal por medio de indicadores adecuados, lo que implica la existencia de registros simples, confiables y continuados.

2.6. Centrar la actuación en la Vigilancia de la Salud, incorporando prácticas regulares de evaluación y acompañamiento de los daños, riesgos y determinantes del proceso salud-enfermedad, actuación intersectorial y acciones sobre el territorio.

2.7. Incorporar la Salud Familiar como una estrategia importante en la reorganización de la Atención Básica.

2.8. Definir la política de enseñaza continua para los trabajadores de la salud bucal, con el fin de implementar proyectos de cambio en la formación técnica, de doctorado y de post-doctorado para que atiendan las necesidades de la población y los principios del SUS. Establecer responsabilidades entre las esferas del gobierno, con dispositivos de cooperación técnica y financiera, orientados a la formación inmediata de personal auxiliar, para posibilitar la implantación de los equipos de salud bucal en la ESF. En los estados en los que los Polos de Educación Permanente ya esten implantados, la enseñaza continuada de los trabajadores en salud bucal debe darse a través de ellos.

2.9. Establecer una política de financiación para el desarrollo de acciones orientadas a la reorientación del modelo de atención.

2.10. Definir una agenda de investigación científica con el objetivo de investigar los principales problemas relativos a la salud bucal, además de desarrollar nuevos productos y tecnologías necesarias para expandir las acciones de los servicios públicos de salud bucal en todos niveles de atención.

3. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ACCIONES

El desarrollo de acciones desde la perspectiva del *cuidado en salud bucal* cuenta con los siguientes principios, además de los enunciados en el texto constitucional (universalidad, integralidad y equidad):

3.1. Gestión participativa: definir democráticamente la política de salud bucal, garantizando la participación de las representaciones de usuarios, trabajadores y proveedores, en todas las esferas del gobierno.

3.2. Ética: garantizar que cualquier acción sea gobernada por los principios universales de la ética en la salud.

3.3. Acceso: buscar el acceso universal a la asistencia y atender toda demanda expresa o constreñida, desarrollando acciones colectivas que partan de situaciones individuales y vice-versa, asumiendo también la responsabilidad por todos los problemas de salud de la población de un determinado espacio geográfico. Debe darse prioridad absoluta a los casos de dolor, infección y sufrimiento.

3.4. Acogimiento: desarrollar acciones para el usuario, considerándole en su integridad biológico-psicológico-social. El acogimiento presupone que el servicio de salud sea organizado de una manera enfocada en el usuario, garantizado por un equipo multiprofesional, para recibirlo, escucharlo, orientarlo, atenderlo, y acompañarlo. Representa la base de la humanización de las relaciones y caracteriza el primer acto de cuidado a los usuarios, contribuyendo al incremento de la resolución.

3.5. Vínculo: responsabilizar la unidad o servicio de salud por la solución de los problemas en el área a su cargo, por medio de la oferta de acciones calificadas, eficaces y que permitan el control por parte del usuario durante su ejecución. El vínculo es la sinopsis de la humanización de la relación con el usuario y su construcción requiere la definición de las responsabilidades de cada miembro del equipo por las tareas necesarias al atendimiento en situaciones rutinarias o imprevistas. El vínculo es el resultado de las acciones de acogida y principalmente, de la calidad de la respuesta (clínica o no) recibida por el usuario.

3.6. Responsabilidad profesional: involucrarse con los problemas y demandas de los usuarios, garantizando respuestas resolutivas, volviéndose co-responsable por el enfrentamiento de los factores asociados al proceso salud-enfermedad en cada territorio. Corresponde al desarrollo de prácticas profesionales basadas en el respeto a la identidad del usuario, conocimiento de su contexto familiar y laboral, permitiendo el tiempo necesario para escuchar la queja, atenderlo y tomar las medidas oportunas, creando basis para una atención integral a la salud y a las necesidades de los distintos grupos poblacionales.

4. PROCESO DE TRABAJO EN SALUD BUCAL

La adecuación del proceso de trabajo al modelo de atención que se propone requiere:

4.1. Interdisciplinaridad y multiprofesionalismo: el desempeño del Equipo de Salud Bucal (ESB) no debe circunscribirse únicamente al campo biológico o al trabajo

técnico-odontológico. Además de sus funciones específicas, el equipo debe interactuar con expertos de otras áreas, de manera para extender su conocimiento, permitiendo un análisis holístico del individuo, consciente del contexto socio-económico-cultural bajo el cual se encuentra. El respeto mutuo a percepciones distintas debe darse de manera permanente entre todos los profesionales de la salud para permitir que aspectos de la salud bucal sean debidamente adquiridos y se vuelvan objeto de sus prácticas. La ESB debe ser – y sentirse – parte del equipo multiprofesional en unidades de salud de cualquier nivel de atención.

4.2. Integralidad de la atención: el equipo debe ser apto para proveer acciones de promoción, protección, prevención, tratamiento, cura y rehabilitación, sea en nivel individual o colectivo.

4.3. Intersectorialidad: las acciones de promoción de salud van a ser más efectivas al involucrar la escuela, el centro de trabajo, el comercio, los medios de comunicación, la industria, el gobierno, las organizaciones no-gubernamentales y otras instituciones. La intersectorialidad en este sentido implica incluir en la planificación los distintos sectores que influyen en la salud humana: entre otros, la enseñanza, la agricultura, la comunicación, la tecnología, los deportes, el saneamiento, el trabajo, el medio ambiente, la cultura y asistencia social.

4.4. Ampliación y capacitación de la asistencia: organizar el proceso de trabajo para garantizar los procedimientos más complejos y conclusivos para dar respuesta a la necesidad que produjo la busca de la asistencia, evitando el agravamiento del cuadro y futuras pérdidas dentales y otras secuelas. Los servicios deben dedicar un tiempo de consulta suficiente y apropiado a la complejidad del tratamiento. En esa organización, se recomienda:

a) ampliar la hora de clínica del CD para optimizar la asistencia – 75% hasta 85% de las horas contratadas deben dedicarse a la asistencia. De 15% hasta 25% para otras actividades (planificación, capacitación, actividades colectivas). Las actividades pedagógicas y preventivas, en nivel colectivo, deben ejecutarse preferentemente por parte del equipo asistente. La planificación, supervisión y evaluación implican participación y responsabilidad del CD;

b) garantizar la atención de urgencias en la atención básica y pasar los cuidados complementares a esos casos a otras unidades de salud (atención rápida, emergencias y hospital) conforme el Plan Director de Regionalización;

c) adecuar la disponibilidad de los recursos humanos, según el flujo de demanda de la realidad local.

4.5. Condiciones de trabajo: para aprovechar el uso total de la capacidad instalada de la red de servicios, se plantea desarrollar políticas de provisión de intrumental y material de consumo y conservación, mantenimiento y repuesto de los aparatos odontológicos, para garantizar las condiciones adecuadas de trabajo. Es indispensable, en este punto, que se sigan rigurosamente las reglas y estándares establecidos por el sistema nacional de vigilancia sanitaria.

4.6. Parámetros: los parámetros para orientar el proceso de trabajo deben discutirse y convenirse entre las coordinaciones de la salud bucal (nacional y estaduales; y estaduales y municipales) para garantizar la dignidad en el trabajo a los expertos y los usuarios, la calidad de los servicios ofrecidos y observar las reglas de bioseguridad.

5. ACCIONES

El concepto ampliado de salud, definido en el articulo 196 de la Constitución de la República, debe orientar el cambio progresivo de los servicios, evolucionando de un modelo asistencial enfocado en la enfermedad y asentado en la atención a quien la procura, hacia un modelo de atención integral a la salud, donde se incorporen progresivamente acciones de promoción y protección, junto con aquellas de recuperación propiamente dichas.

Para identificar mejor los principales grupos de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que han de desarrollarse prioritariamente hay que conocer las características del perfil epidemiológico de la población, no solamente en lo que respecta a las enfermedades más comunes, sino también las condiciones socio-económicas de la comunidad, sus hábitos y estilos de vida y sus necesidades de salud – percibidas o no – en las que se incluyen por extensión la infra-estructura de servicios disponibles.

Las acciones de salud bucal deben inserirse en la estrategia planificada por el equipo de salud en una inter-relación permanente con las demás acciones de la unidad de salud.

5.1. Acciones de promoción y protección de salud: este grupo de acciones puede desarrollarse por el sistema de salud, articulado con otras instituciones gubernamentales, empresas, asociaciones comunitarias y con la población y sus órganos de representación. Tales acciones están orientadas a reducir los factores de riesgo que constituyen una amenaza a la salud de las personas, pudiendo producirles discapacidades y disfunciones. En este grupo se incluyen también la identificación y propagación de informaciones sobre los factores de protección de la salud.

Este grupo incluye un repertorio bastante amplio y diferenciado de acciones de naturaleza predominantemente pedagógico-preventiva.

La promoción de la salud bucal inserta en un concepto amplio de salud que transciende la dimensión meramente técnica del sector odontológico, integrando la salud bucal a las demás prácticas de salud colectiva. Representa la construcción de políticas públicas saludables, el desarrollo de estrategias orientadas a todas las personas de la comunidad como políticas que creen oportunidades de acceso al agua tratada, que incentiven la fluoración de las aguas, el empleo de pastas dentales fluoradas y que aseguren la disponibilidad de los cuidados odontológicos básicos adecuados. Acciones de promoción de la salud incluyen igualmente trabajar con análisis sobre los factores de riesgo o de protección simultáneos, tanto para las enfermedades de la cavidad bucal, como para las otras enfermedades (diabetes, hipertensión, obesidad, trauma y cáncer), tales como: políticas de nutrición sana para reducir el consumo de azucares, análisis comunitario para incrementar el auto cuidado con la higiene corporal y bucal, política de eliminación del tabaquismo y disminución de accidentes.

La búsqueda de autonomía de los ciudadanos es otro requisito de las acciones de promoción de salud. El equipo de salud debe hacer un esfuerzo simultáneo para aumentar la autonomía y estimular prácticas de auto cuidado por parte de los pacientes, sus familias y comunidades. Es recomendable que se trabaje en una línea de combate a la automedicación, la medicalización y la dependencia excesiva a expertos o servicios de salud.

Las acciones de protección para la salud pueden desarrollarse al nivel individual y/o colectivo. Para las acciones que inciden en los dos niveles, hay que garantizar el acceso a los cepillos y pastas fluoradas. Además, los procedimientos colectivos son acciones pedagógico-preventivas realizadas en el ámbito de las unidades de salud (trabajo del equipo de salud en grupos de ancianos, hipertensos, diabéticos, embarazadas, adolescentes, salud mental, planificación familiar y sala de espera), en los domicilios, grupos de calle, escuelas, guarderías infantiles, asociaciones, clubes de madres u otros espacios sociales, ofertados de manera continua que incluyen:

5.1.1. Fluoración del agua: se entiende que el paso al agua depurada y fluorada es fundamental para la salud de la población. De este modo, viabilizar las políticas públicas que garantizan la implantación de la fluoración del agua, extensión del programa a los municipios con sistemas de tratamiento constituye

la manera más abarcadora y socialmente justa de acceso al flúor. Desarrollar acciones intersectoriales para ampliar la fluoración del agua en Brasil es una prioridad del gobierno, garantizándose la continuidad y contenidos apropiados, según lo dispuesto en la ley 6.050 y normas complementares, con la creación y/o desarrollo de sistemas de vigilancia compatibles. La organización de tales sistemas incumbe a los órganos de gestión del SUS.

5.1.2. Educación en salud: incluye las acciones enfocadas a la apropiación del conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad, incluyendo factores de riesgo y de protección a la salud bucal, así como posibilitar al usuario un cambio de hábitos, apoyándolo en la conquista de su autonomía.

La atención a la salud bucal debe considerar tanto las diferencias sociales cuanto las singularidades culturales al discutir la nutrición sana, el mantenimiento de la higiene y el auto cuidado del cuerpo, teniendo en cuenta que la boca es el órgano de absorción de nutrientes, expresión de sentimientos y de defensa.

Los contenidos de la educación en salud bucal deben trabajarse pedagógicamente, preferentemente de manera integrada con las demás áreas. Pueden desarrollarse en forma de debates, talleres de salud, videos, teatro, coloquios de grupo, carteles, catálogos y otros medios. Debe atenerse a la ley federal 9394/96 que permite la estructuración de contenidos pedagógicos en salud en el ámbito de las escuelas, desde un punto de vista local, con el apoyo y participación de los equipos de las unidades de salud.

Estas actividades puede desarrollarlas un cirujano dentista (CD), un técnico en higiene dental (THD), asistente de consultorio dentario (ACD) y un agente comunitario de salud (ACS), principalmente durante las visitas a los hogares. Las escuelas, guarderías infantiles, asilos y espacios institucionales son los locales preferenciales para este tipo de acción en el que no se descartan otros espacios donde los profesionales de la salud, en tanto que cuidadores puedan ejercer actividades que estimulen a la reflexión para una mayor conciencia sanitaria y apropiación de la información necesaria para el auto cuidado.

Teniendo en consideración la importancia de que el trabajo del CD no se limite a su desempeño en el ámbito de la asistencia odontológica, limitándose únicamente a la clínica, se recomienda cautela en los desplazamientos frecuentes del mismo para la ejecución de las acciones colectivas. Estas se

realizarán preferentemente por parte del THD, ACD y ACS. El CD debe planificarlas, organizarlas, supervisarlas y evaluarlas siendo él en última instancia el responsable técnico-científico de las mismas.

5.1.3. Higiene bucal supervisada: la higiene bucal es un elemento fundamental de la higiene corporal de las personas. Sin embargo, realizarla adecuadamente requiere aprendizaje. Una de las posibilidades para este aprendizaje es el desarrollo de actividades de higiene bucal supervisada (HBS) por parte de los servicios de salud en los más distintos espacios sociales. La HBS tiene como objetivo la prevención de caries – cuando se haya empleado la pasta dental fluorada – y de gingivitis, por medio del control continuado de placa por parte del paciente con supervisión profesional, adecuando la higiene a la motricidad del individuo. Se recomienda cautela en la definición de técnicas "correctas" y "erróneas", para evitar estigmatizaciones. La HBS debe desarrollarse preferentemente por los profesionales auxiliares del equipo de salud bucal. Su fin es la búsqueda de la autonomía con vistas al auto cuidado.

5.1.4. Aplicación tópica de flúor: la aplicación tópica de flúor (ATF) tiene como objetivo la prevención y control de la caries por medio del empleo de productos fluorados (soluciones para enjuague, gel-fluorado y barniz fluorado) en acciones colectivas.

Para establecer la ATF se recomienda tener en cuenta la situación epidemiológica (riesgo) de distintos grupos poblacionales del lugar donde se vaya a llevar a cabo la acción. Se recomienda el empleo de la ATF con abarque universal en las poblaciones en las que se constaten una o más de las siguientes situaciones:

a) Exposición al agua de abastecimiento sin flúor;

b) Exposición al agua de abastecimiento que contenga por naturaleza bajos contenidos de flúor(hasta 0,54 ppm F);

c) Exposición al flúor en el agua desde menos de 5 años;

d) CPOD superior a 3 a los 12 años de edad;

e) Menos de 30% de los individuos del grupo están libres de caries a los 12 años de edad.

5.2. Acciones de recuperación: este grupo de acciones incluye el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

El diagnóstico debe realizarse lo más tempranamente posible, del mismo modo que el tratamiento debe instituirse de inmediato para interrumpir el avance de la enfermedad e impedir el surgimiento de eventuales discapacidades y daños consecuentes. Por este motivo los servicios de salud, especialmente los del nivel primario de asistencia, deben procurar la práctica adecuada de esas dos acciones primordiales para la recuperación de la salud – diagnóstico y tratamiento.

Por lo que respecta al diagnóstico, se destaca la inclusión en las rutinas de asistencia de métodos que perfeccionen la identificación precoz de lesiones (biopsias y otros exámenes complementares).

Se debe priorizar la identificación precoz de las lesiones de la mucosa bucal, garantizando, en la red asistencial, la atención integral en todos los puntos de atención a la salud, para acompañamiento y orientación y para tratamiento en los niveles de mayor complejidad.

El tratamiento debe priorizar procedimientos conservadores – entendidos como todos aquellos que son ejecutados para el mantenimiento de los elementos dentales – invirtiendo la lógica de extracción, predominante actualmente en los servicios públicos.

En la lista de insumos de la farmacia de la Salud Familiar, se incluirán algunos insumos odontológicos estratégicos para superar las dificultades frecuentes de adquisición en muchos municipios – imposibilitando frecuentemente la ejecución de procedimientos elementales de la asistencia odontológica y comprometiendo la continuidad de acciones colectivas (como el mercurio, limalla de plata, resina fotopolimerizable, ionómero de vidrio también cepillos y pastas dentales, además de otros artículos adecuados a la realidad local de producción de servicios odontológicos básicos).

5.3. Acciones de rehabilitación: Consisten en la recuperación parcial o total de las capacidades perdidas como consecuencia de la enfermedad y en la reinserción del individuo a su entorno social y su actividad profesional.

6. AMPLIACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA

La Atención Básica debe acatar la responsabilidad por la identificación de las necesidades, proveer a los encaminamientos requeridos en cada caso y monitorear la evolución de la rehabilitación, conducir y mantener la rehabilitación en lo período post-tratamiento. Teniendo en cuenta la complejidad de los problemas que demandan a la red de atención básica y a la necesidad de buscarse continuamente formas de ampliarse la oferta y la calidad de los servicios, recomendase la organización y desarrollo de acciones de:

6.1. Prevención y control de cáncer bucal:

a) Ejecutar habitualmente exámenes preventivos para descubrimiento precoz del cáncer bucal, garantizándose la continuación de la atención a todos los niveles de complejidad, por medio de la negociación y convenio con representantes de las tres esferas del gobierno;

b) Proveer oportunidades de se identificaren lesiones bucales (búsqueda activa), tanto en visitas a los hogares como en movimientos de campañas específicas (ejemplo: vacunación de ancianos);

c) Acompañar casos sospechosos y confirmados a través de la definición y, si fuera necesario, la creación de un servicio de referencia, garantizándose el tratamiento y la rehabilitación;

d) Establecer parcerías para la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación del cáncer bucal con universidades y otras entidades.

6.2. Implantación e incremento de la resolución de la urgencia:

a) Organizar la urgencia, conforme la realidad local;

b) Evaluar la situación de riesgo a la salud bucal en la consulta de urgencia;

c) Orientar el usuario para volver al servicio y continuar su tratamiento.

6.3. Inclusión de procedimientos más complejos en la atención básica: hay que considerar la posibilidad de, en cada lugar, injerirse en la atención básica los procedimientos como pulpotomías, restauración de dientes con cavidades complejas o pequeñas fracturas dentarias y la etapa clínica de la instalación de prótesis dentales básicas, el tratamiento periodontal que no requiera procedimiento quirúrgico. Tales procedimientos contribuyen para incrementarse el vínculo, extender la credibilidad y el reconocimiento del valor por la existencia del servicio público odontológico en cada lugar, incrementándole su impacto y cubrimiento.

6.4. Inclusión de la rehabilitación protética en la atención básica: considerar en cada lugar la posibilidad de injerirse en la atención básica los procedimientos concernientes a la etapa clínica de la instalación de prótesis dentales básicas. De ese modo, va a ser posible avanzar la superación de la situación actual, en la que los procedimientos concernientes a las distintas prótesis dentales injiéranse en los servicios especializados y, por lo tanto, no están accesibles a la mayoría de la población.

La viabilización de tales posibilidades involucra el sostén financiero y técnico específico que será suministrado por el Ministerio de la Salud, que pueda:

a) contribuir para la instalación de aparatos en laboratorios de prótesis dental, de manera a contemplar las distintas regiones;

b) capacitar Técnicos en Prótesis Dental (TPD) y Asistentes de Prótesis Dental (APD) de la red SUS a la implantación de esos servicios.

6.5.Ampliación del acceso: con el fin de transponer el modelo biomédico de aten ción a las enfermedades, son propuestas dos maneras de inserción transversal de la salud bucal en los distintos programas integrales de salud: 1) bajo líneas de cuidado; e, 2) bajo condición de vida. La primera consiste en el reconocimiento de especificidades propias de la edad, pudiendo trabajársela como salud del niño, salud del adolescente, salud del adulto y salud del anciano. En cuanto a la proposición de atención bajo condición de vida, incluye la salud de la mujer, la salud del trabajador, personas con necesidades especiales, hipertensos, diabéticos y otros. Así, las acciones de salud bucal quedarán contenidas también en los documentos específicos que van a definir las políticas para la intervención gubernamental, según las líneas de cuidado o la condición de vida.

Para los grupos abajo, señalase las siguientes orientaciones:

6.5.1. Grupo de 0 hacia 5 años: organizar el ingreso de niños de esto grupo de edad en el sistema, máximo a partir de los 6 meses, aprovechando las campañas de vacunación, consultas clínicas y actividades en espacios sociales. Desarrollar actividades en grupo de padres y/o los responsables para informaciones, identificación y encaminamiento de los niños de alto riesgo o con necesidades de atención individual, con acrecentamiento de procedimientos, incluyéndose los de ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia preventiva. No se recomienda criar “programas” específicos de salud bucal a este grupo de edad, verticalizados y aislados de los demás

programas de salud. Acciones de salud bucal orientadas a este grupo deben hacer parte de programas integrales de salud del niño y ser compartidas por el equipo multiprofesional.

6.5.2. Grupo de niños y adolescentes (6-18 años): la atención debe adaptarse a la situación epidemiológica, identificando y encaminando los grupos de riesgo más elevado a la atención curativa individual. Hay que enfatizar la necesidad para que se organicen flujos que van a garantizar la atención a los adolescentes.

6.5.3. Grupo de embarazadas: teniendo en cuenta que la madre posee una función preponderante en los estándares de comportamiento asimilados en la primera infancia, las acciones pedagógicas-preventivas con las mujeres embarazadas califican su salud y vuelven cardinales para que se introduzcan prácticas sanas desde el comienzo de la vida del niño. Deben realizarse acciones colectivas y garantizar la atención individual. Bajo un trabajo conjunto con el equipo de salud, la embarazada, al empezar su pre-natal, debe encaminársela hacia una consulta odontológica que incluya mínimamente los siguientes actos:

a) orientación sobre la posibilidad de atendimiento mientras el embarazo;

b) examen de tejidos blando e identificación de riesgo a la salud bucal;

c) diagnóstico de lesiones de caries y necesidad de tratamiento curativo;

d) diagnóstico de gingivitis o enfermedad periodontal crónica y necesidad de tratamiento;

e) orientaciones sobre hábitos alimentares (ingestión de azucares) y higiene bucal;

f) En ningún caso, la asistencia debe ser obligatoria, respectándose siempre la voluntad de la embarazada, bajo pena de una gravísima infracción ética.

6.5.4. Grupo de adultos: los adultos, sobre todo los trabajadores, tienen dificultades en el acceso a las unidades de salud principalmente en horarios convencionales de trabajo de eses grupos. Tales situaciones acarrean una peoría de los problemas existentes, cambiándoles en urgencia y motivo de ausencia al trabajo, además de las consecuentes pérdidas dentarias. Recomendase facultar horarios de atención que sean compatibles con las necesidades de atención a este grupo e integrar la atención odontológica a los programas

de salud del trabajador y seguridad ocupacional, viabilizando la detección de los riesgos específicos.

6.5.5. Grupo de ancianos: la salud bucal es un factor concluyente para el mantenimiento de una buena calidad de vida. Para garantizarse su acceso, el servicio puede organizar grupos de ancianos(as) en la unidad de salud e instituciones para desarrollar actividades de enseñanza y prevención. Puede garantizar la atención clínica individual al anciano(a), evitándole las colas y los trámites burocráticos que obstaculizan el paso, con una reservación de horarios y días específicos para la atención. Al planificarse las acciones para esto grupo, debe tenerse en cuenta las disposiciones legales inclusas en el Estatuto del Anciano.

Como elemento indispensable para extenderse el paso a la asistencia, sugiérase la aplicación de tecnologías de vanguardia que, como ejemplo del tratamiento restaurador atraumático (TRA) y de los procedimientos periodontales de baja complejidad, van a posibilitar los análisis de más grande impacto y cubrimiento.

7. AMPLIACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

La asistencia odontológica pública en Brasil suele circunscribirse casi totalmente a los servicios básicos – todavía con grande demanda reprimida. Los datos más recientes apuntan que, en el ámbito del SUS, los servicios odontológicos especializados conciernen a no más que 3,5% del total de procedimientos clínicos odontológicos. Es incuestionable la baja capacidad de la oferta de servicios de atención secundaria y terciaria que, consecuentemente, van a comprometer el establecimiento de apropiados sistemas de referencia y contra-referencia en la salud bucal en la casi totalidad de los sistemas loco-regionales de salud. El crecimiento de la red asistencial de atención secundaria y terciaria no acompañó, en el sector odontológico, a la ampliación de la oferta de servicios de atención básica.

Con la ampliación del concepto de atención básica y el consecuente incremento de la oferta de diversidad de procedimientos, vuelven necesarias las inversiones que permitan incrementar el acceso a los niveles secundario y terciario de atención.

Para hacer frente al reto de ampliar y calificar la oferta de servicios odontológicos especializados, el Ministerio de Salud va a aportar para la implantación y/o mejoría de los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Los CEOs serán unidades de referencia para los Equipos de Salud Bucal de la atención básica y, siempre integrados al proceso de planificación loco-regional, van a ofertar, conforme la realidad epidemiológica de cada región y municipio, los procedimientos clínicos odontológicos complementares a los hechos en la atención básica. Se incluyen los tratamientos quirúrgicos periodontales, endodoncias, dentística de más elevada complejidad y los procedimientos quirúrgicos que sean compatibles con este nivel de atención.

8. LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMÍLIA

Imprescindible a la organización de la atención básica del SUS, la estrategia de Salud de la Familia fue creada en 1994 y normatizada bajo la Norma Operacional Básica del SUS de 1996 – NOB/SUS-96, que definió sus formas de inversión, incluyéndola en el Piso de la Atención Básica (PAB). Es una estrategia del SUS, debiendo estar en armonía con sus principios y directrices. El territorio y la población adscrita, el trabajo en equipo y la intersectorialidad constituyen ejes cardinales de su proyecto, en el que las visitas a los hogares son una de sus principales estrategias, buscando ampliarse el acceso a los servicios y establecer vínculos con la población. La comprensión de esos aspectos es crucial a la discusión del proceso de trabajo en salud, de los procesos de gestión, de enseñanza permanente/continuada y de evaluación de servicios.

Bajo la estrategia de Salud de la Familia, la visita al hogar es un procedimiento habitual, preferentemente realizado por el ACS. La ampliación y la calificación de las acciones de salud bucal son hechas también a través de la organización de visitas del Equipo de Salud Bucal a las personas enfermadas o con discapacidad de locomoción, buscando se identificaren los riesgos y permitiendo el acompañamiento y atención necesarios.

Al presentar, como característica, una amplia capilaridad, la Estrategia de Salud de la Familia es sensible del punto de vista social: sus acciones han confrontado los expertos con la realidad. Son espacios pedagógicos en el que la práctica es el objeto de las acciones y en el cual muchas situaciones hablan por sí solas, permitiendo a los equipos un aprendizaje y un conocimiento definitivamente real y nuevo, siempre que ocurre. Son situaciones en el que el hacer se acerca de la realidad de vida de las personas y viabiliza un espacio elegido para el trabajo con los usuarios.

En tales situaciones, es primordial que se tenga cuidado con las personas: sus condiciones de vida, sus valores y sus hábitos. Hay una historia, peculiar, cercando cada situación. Es imprescindible poseer la consciencia de las diferencias sociales y culturales entre expertos del servicio y los usuarios. Tales diferencias son reales y perfectamente sentidas por los interlocutores, sea en la atención que ocurre en la unidad de salud, sea mientras una visita al hogar.

Otro aspecto fundamental de esta estrategia concierne el proceso de trabajo. Al proponer a la salud bucal su encajamiento en un equipo multiprofesional, además de introducir el "nuevo", confronta valores, lugares y poderes consolidados por las prácticas de los modelos que le han antecedido. Esta situación trae el desafío de trabajarse en equipo.

Para la salud bucal, esta nueva manera de se hacer frente a las acciones cuotidianas representa, a la vez, un avance significativo y un grande desafío. Un nuevo espacio de prácticas y relaciones que se plantean construir con posibilidades de reorientar el proceso de trabajo y la propia inserción de la salud bucal en el ámbito de los servicios de salud. Se percibe una posibilidad de incremento del cubrimiento, de la certidumbre en la respuesta a las demandas de la población y del alcance de las medidas de carácter colectivo. Las más grandes posibilidades de ganancias se ubican en los campos del trabajo en equipo, de las relaciones con los usuarios y de la gestión, implicando una nueva manera de producirse el cuidado en salud bucal.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS)
MINISTERIO DE SALUD – BRASIL

serie técnica

Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

11

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS/OMS
UNIDAD TÉCNICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD - BRASIL
SECRETARÍA DE ATENCIÓN A LA SALUD - SAS
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN BÁSICA - DAB
COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD BUCAL

serie técnica

Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL DE BRASIL: REGISTRO DE UNA CONQUISTA HISTÓRICA

11

BRASÍLIA-DF, BRASIL
2006

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – OPS/OMS
UNIDAD TÉCNICA DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD - BRASIL
SECRETARÍA DE ATENCIÓN A LA SALUD - SAS
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN BÁSICA - DAB
COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD BUCAL

LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL DE BRASIL:

REGISTRO DE UNA CONQUISTA HISTÓRICA

ORGANIZACIÓN

José Felipe Riani Costa
Odontólogo, especialista en Salud Colectiva, asesor técnico de la Coordinación Nacional de Salud Bucal del Ministerio de Salud

Luciana de Deus Chagas
Odontóloga, especialista en Salud Pública, Maestría en Ciencia de la Información/UnB, consultora nacional de la Organización Panamericana de la Salud - Brasil

Rosa Maria Silvestre
Odontóloga, especialista en Salud Pública, consultora de la Organización Panamericana de la Salud - Brasil

Serie Técnica Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, 11

BRASÍLIA-DF, BRASIL
2006

Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS
Representación en Brasil
Dr. Horácio Toro Ocampo
http://www.opas.org.br

Unidad Técnica de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud / OPS
Gerente de la Unidad Técnica
Dr. Júlio Manuel Suárez
www.opas.org.br/servico

Equipo técnico de OPS
Dra. Luciana de Deus Chagas
Dra. Rosa Maria Silvestre

Ministerio de Salud - BRASIL
Ministro
Dr. Saraiva Felipe
http://www.saude.gov.br

Secretaría de Atención a la Salud
Secretario
Dr. José Gomes Temporão

Coordinación Nacional de Salud Bucal
Coordinador
Dr. Gilberto Pucca Júnior
www.saude.gov.br/bucal

Equipo técnico MS
Dr. Alexandre Raphael Deitos
Dra. Andréia Gimenez Nonato
Dr. Francisco Edilberto Gomes Bonfim
Dra. Izabeth Cristina Campos da Silva Farias
Dra. Janaina Rodrigues Cardoso
Dr. José Felipe Riani Costa
Dra. Lívia Maria Benevides de Almeida
Dr. Márcio Ribeiro Guimarães

Colaboración: Idiana Luvison
Normalización: Fernanda Nahuz
Traducción y revisión: Empório das Letras
DTP: Formatos design gráfico
Tirada: 1.000 ejemplares

Ficha catalográfica preparada por el Centro de Documentación
de la Organización Panamericana de la Salud – Representación en Brasil

La política nacional de salud bucal de Brasil: registro de uma conquista histórica. José Felipe Riani Costa / Luciana de Deus Chagas / Rosa Maria Silvestre (orgs.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

59 p.: il. color. (Serie técnica desarrollo de sistemas y servicios de salud; 11)

ISBN:

1. Políticas de Salud. 2. Salud Bucal. I. Costa, José Felipe Riani de. Chagas, Luciana de Deus. Silvestre, Rosa Maria. II. Título. III. Organização Pan-Americana da Saúde. IV. Brasil. Ministerio de Salud. V. Serie técnica desarrollo de sistemas y servicios de salud.

NLM: WU113

2006 © Organización Panamericana de la Salud
Todos los derechos reservados. Permitida la reproducción total o parcial de este contenido, a condición de citar la fuente y que no sea para venta o cualquier otra finalidad comercial. Las opiniones expresadas en el documento son de la entera responsabilidad de sus autores.

LISTA DE GRÁFICOS Y TABLAS

GRÁFICO 3.1 – MÉDIAS DEL CPO-D Y PARTICIPACIÓN DE LOS COMPONENTES DE ACUERDO CON LA EDAD. BRASIL, 1986 33

GRÁFICO 3.2 – MÉDIAS E INTERVALOS DE CONFIANZA (95%) DE ACUERDO CON LA EDAD. BRASIL, 1996 35

GRÁFICO 3.3 – MEDIAS DE CPO-D Y PARTICIPACIÓN DE LOS COMPONENTES CONFORME EDAD. BRASIL, 2003..... 38

GRÁFICO 4.1 – ESB IMPLANTADOS. BRASIL, MARZO/2001 – DICIEMBRE/2005..... 45

GRÁFICO 4.2 – COBERTURA POBLACIONAL DE LOS ESB. BRASIL, DICIEMBRE/2002 – DICIEMBRE/2005..... 46

GRÁFICO 4.3 – PROPORCIÓN ENTRE LOS ESF Y LOS ESB. BRASIL, DICIEMBRE/2005..... 46

GRÁFICO 4.4 – RECURSOS FEDERALES APLICADOS EN SALUD BUCAL. BRASIL, 2002 - 2006..... 50

CUADRO 3.1 – DATOS DEL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL. BRASIL, 1986..... 34

CUADRO 3.2 – DATOS DEL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL. BRASIL, 1996..... 36

CUADRO 3.3 – PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DEL PROYECTO SB BRASIL 37

CUADRO 3.4 – DATOS DEL LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL. BRASIL, 2003..... 40

TABLA 3.1 – COMPARACIÓN ENTRE LAS METAS DE LA OMS PARA EL AÑO 2000 Y LOS RESULTADOS DEL SB BRASIL 2003..... 39

TABLA 4.1 – CEO IMPLANTADOS. BRASIL, 2005 49

MAPA 4.1 – SITUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE EQUIPOS DE SALUD FAMILIAR, SALUD BUCAL Y AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD. BRASIL, DICIEMBRE/2005..... 47

RESUMEN

PREFACIO DE LA OPS 9
PREFACIO DEL MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL 11
PRESENTACIÓN 13

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN 15
1.1. LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA SALUD BUCAL EN BRASIL 18

CAPÍTULO 2
LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD BUCAL 25
2.1. 1ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD BUCAL (1ª CNSB) 26
2.2. 2ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD BUCAL (2ª CNSB) 28
2.3. 3ª CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD BUCAL (3ª CNSB) 29

CAPÍTULO 3
RETRATO DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN BRASILEÑA:
LEVANTAMIENTOS EPIDEMIOLÓGICOS 31
3.1. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL (1986) 32
3.2. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL (1996) 34
3.3. LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO EN SALUD BUCAL (2003) 36

CAPÍTULO 4
LA SALUD BUCAL EN LA ACTUALIDAD: LA POLÍTICA BRASIL SONRIENTE 41
4.1. LA SALUD FAMILIAR COMO ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA LA
ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA EN SALUD 42
4.2. AMPLIACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA:
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS Y LABORATORIOS REGIONALES
DE PRÓTESIS DENTALES 48
4.3. FLUORACIÓN DEL AGUA DEL ABASTECIMIENTO PÚBLICO 49
4.4. INVERSIONES EN EL BRASIL SONRIENTE 50

REFERENCIAS 51

ANEXO
DIRECTRICES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL – BRASÍLIA, ENERO DE 2004 55

PREFACIO DE LA OPS

La propuesta de Política de Salud Bucal de Brasil, coherente con el refuerzo de los principios y directrices del Sistema Único de Salud – SUS, ha demandado su sistematización y difusión entre los interesados en salud pública de las Américas.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la potencialización de los esfuerzos dirigidos a la mejoría del acceso, a la resolución de las demandas de salud, a la incitación a la participación social, además del subsidio para la disminución de las discrepancias significa trabajar en el apoyo pleno a las políticas y esfuerzos internacionales para mejorar la calidad de vida de la población.

Así, la OPS sigue acompañando las iniciativas brasileñas para el desarrollo de la salud, la prevención y el manejo de enfermedades que sean resolutivas y de calidad, que permitan cambios en el nivel de salud bucal de su población, con consecuencias positivas sobre su salud general.

Aunque todavía existan retos diversos, propios de un resultado en construcción, es muy notable el avance de este sector en relación a los procesos de gestión, inversión, organización y acceso a los servicios en el país. Por estos motivos, la OPS apoya la Política de Salud Bucal con mucho entusiasmo, pues cree que esta experiencia contribuye significativamente en el fortalecimiento de las iniciativas para la mejoría de los sistemas y servicios de salud bucal, no solamente en Brasil, sino también en los demás países de las Américas.

Horácio Toro Ocampo
Representante de OPS/Brasil

PREFACIO DEL MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL

A la luz de diversas experiencias, cambios e innovaciones en los aspectos de gestión, organización y financiación de los servicios de salud, el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño tiene como objetivo responder a los princípios de universalidad, equidad, integralidad y participación social, conforme establecido en la Constitución Federal de 1988. En este contexto, se destacan las acciones dirigidas a la construcción de un eje articulador que fortalezca la capacidad de trabajar con problemas comunes y que aproxime la población a las definiciones que contribuyen a la mejoria de la calidad de vida.

En este contexto, la implementación de la Política Nacional de Salud Bucal, titulada "Brasil Sorridente" (Brasil Sonriente), tiene como objetivo cambiar el foco de la atención en lo que se refiere a la salud bucal, con el fin de avanzar en la mejoría de la organización del sistema de salud como un todo y proponiendo un modelo que se centre en las necesidades efectivas de salud de la población. Según sus postulados de acción, esta Política propone superar la desigualdad en salud por medio de la reorganización de la práctica asistencial y de la mejoría de la calidad de los servicios ofrecidos.

Entendiendo la dimensión de tal desafío, el Ministerio de Salud de Brasil sigue trabajando en la ampliación de la atención y de la mejoría de las condiciones de salud bucal de la población brasileña por medio de una facilitación del acceso a servicios odontológicos a personas de todas las edades y más oferta de servicios, asegurando la atención en los niveles secundario y terciario del área de salud bucal. El principio constitucional de la intersectorialidad orienta acciones de mejoría de la calidad de los servicios de salud y de la humanización de las prácticas.

Esta publicación se elaboró con el objetivo de destacar la evolución histórica de la Política "Brasil Sorridente" y de localizarla dentro del contexto de la reforma del sistema de salud y de la atención primaria. Se trata, pues, de rescatar su proceso de construcción con el fin de que sea documentada y difundida en el escenario de la salud pública nacional e internacional.

Además, la publicación "La Política Nacional de Salud Bucal de Brasil: registro de una conquista histórica" tiene el objetivo de explicitar todos los hechos principales que hicieron parte de esa conquista en salud bucal dentro del escenario sanitario brasileño. Al colectivizar esta realidad dentro del país, se espera un acercamiento a la percepción brasileña y de los otros países de las Américas, permitiendo extender la discusión sobre este tema.

José Saraiva Felipe
Ministro de Estado de la Salud

PRESENTACIÓN

La salud bucal ha reflejado, a lo largo de sus años de actuación, la reproducción de prácticas preponderantes de asistencia a la salud con escasa capacidad para evaluar los principales problemas de la población. Con el propósito de revertir la situación precaria en la que esa población vivió, restringida en el ejercicio de su ciudadanía durante décadas, se propuso la Política de Salud Bucal de Brasil, la cual aportó resultados favorables y visibles en pro de la mejoría de las condiciones de vida.

Durante el período anterior a la ejecución de esta Política, se consumaron variados movimientos de expertos en el área, comprometidos con el cambio del panorama existente hasta entonces, además de la propia sociedad, la cual se volvió más activa y exigente de sus derechos. Los resultados de este proceso se ubican en todo el territorio nacional, enfatizando que la decisión de ampliar el acceso, la calidad y propiciar la totalidad de los servicios de salud bucal representa el camiño correcto para la reducción de las desigualdades en el país.

De este modo, la Política del Brasil Sonriente surge como una opción para mejorar la atención sanitaria de todos los brasileños, posibilitando la ejecución de acciones conjuntas, pues las demandas de salud bucal y de enfermedades sistémicas no tienen fronteras y apoyar la salud bucal significa apoyar la salud general.

Consciente de la dimensión del desafío, el Ministerio de Salud en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud, promueve la socialización del registro de todo el proceso de elaboración de la Política de Salud Bucal, como un medio de estimular a toda la población para que conozca y haga parte de tal conquista, ganando conciencia de su papel fundamental en el encadenamiento de este proceso.

La preparación de esta publicación buscó, asimismo, la inclusión de los registros anteriormente existentes de los momentos históricos, así como estudios ya realizados sobre la situación de la salud bucal en los diferentes momentos políticos brasileños. Su objetivo fue el de sistematizar un repaso que pudiera ofrecer el panorama de la elaboración de la Política Brasil Sonriente, y donde se han consultado, para eso, algunos de los principales autores en el área, con referencias al final del texto.

Esperamos poder compartir esta conquista histórica, invitando a todos a comprometerse con el alcance de la eficiencia y la conquista de la salud bucal y de la calidad de vida como un derecho ciudadano.

Gilberto Pucca
Coordinador Nacional de Salud Bucal

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN

La salud bucal se encuentra estrechamente asociada con la evolución de las políticas de salud de antes y después de la Reforma Sanitaria brasileña, además de las directrices norteamericanas para la organización del servicio en el área. Es decir, para percibirla, hay que rescatar el desarrollo de las políticas de salud pública en Brasil, o la manera en la cual los EEUU han influido en el plan de las acciones odontológicas en el país.

Desde el punto de vista histórico, las corrientes de transformación de las prácticas sanitarias ocurrieron como resultado de la manera de responder del Estado, por medio de acciones en el área de la salud, a los cambios sociales, a las necesidades y a los problemas de salud de la población. De esta manera, el ámbito de la salud se adapta a los contextos sociales, políticos y culturales de cada época. Esa afirmación de Paim y Almeida Filho (1998) se ilustra en el marco de la Proclamación de la República en Brasil en 1889, cuando se inauguró un estándar de coyuntura de la formación social brasileña con sociedades capitalistas avanzadas, en lo cual se vigorizó la economía exportadora capitalista del café y, correspondientemente, la necesidad de políticas públicas orientadas hacia la preservación de la fuerza de trabajo. Eso significa una organización sanitaria basada en el arraigo de la inserción de la economía brasileña en el ámbito del capitalismo mundial.

Las prácticas sanitarias de esa época estaban enfocadas sobretodo al control del conjunto de enfermedades que amenazaban el mantenimiento de la fuerza de trabajo y el avance de las actividades capitalistas en la ciudad y otras áreas del campo. Su objetivo, al contrario de proteger la totalidad de los habitantes del país o de recobrar la salud de los hombres fue, básicamente utilitario, definiéndose por el interés de grupos dominantes internos o por la expansión del capitalismo a escala internacional (COSTA, 1986). La salud pública de entonces, se instrumentalizó para luchar contra los estorbos que determinadas enfermedades presentaban para el desarrollo de la producción. A partir de ese momento comenzó la creación de modelos institucionales de práctica sanitaria conducidos por los más avanzados conocimientos desplegados en el campo médico y sanitario en los países capitalistas centrales (como Alemania y Francia en Europa o EEUU en América del Norte), basándose en los descubrimientos en microbiología y bacteriología.

A mediados de la década de 1910, la población urbana quedó amenazada por la penuria, por el crecimiento de la miseria, así como por el agravamiento de las condiciones de vida y de transporte. La crisis social se profundizó bastante y la ocurrencia de la epidemia de la gripe española, en 1918, provocó una profunda crisis sanitaria, debido a las difíciles condiciones bajo las cuales se realizó la industrialización y la urbanización del país (COSTA, 1986). Esa situación definió el comienzo de un proceso social de cambio en el que la economía de Brasil, anteriormente orientada hacia el saneamiento del espacio de circulación de las mercancías por medio de medidas vacúnales en masa, pasó a caracterizarse después de 1920 por una economía industrial, voltada hacia el individuo, manteniendo y devolviendole su capacidad productiva (MENDES, 1994).

El período que va de 1930 hasta 1945, como fue comentado por Mendes (1994) constituye el comienzo de la Seguridad Social brasileña, en la que sobresale la doctrina del seguro, la orientación economizadora de los gastos y la organización de los Institutos de Jubilación y Pensiones (IAPs), estructurados bajo categorías profesionales. La asistencia médica, en esa época, se volvió secundaria y provisoria. Con el avance del proceso de industrialización, ocurrido después de 1950, hubo un desplazamiento del polo dinámico de la economía hacia los centros urbanos, generando una masa operaria que debería ser asistida por el sistema de salud. De esa manera, los IAPs se concentraron y terminaron por ser remplazados por el Instituto Nacional de Seguridad Social (Instituto Nacional da Previdência Social - INPS) en el año 1966 con la intención de uniformizar los beneficios.

Tal situación ha configurado un cuadro de exclusión, de desigualdad y de escasos recursos, ya que tan sólo los trabajadores del comercio, de la industria y del sector agrícola-ganadero contribuían y tenían derecho a los servicios de salud. Del mismo modo en el año de 1977 se impuso la hegemonía del modelo médico-asistencial, resultando por una parte en la inversión por parte del Estado en el sector privado nacional, el cual ofrecía la componente médica, y por otra parte, del sector privado internacional, que ofrecía los equipos, fortaleciendo así la reproducción de una universalización excluyente, con la consecuente expansión del sistema de salud seguida por la exclusión de los individuos de las clases medias y de los trabajadores que no se encuadraban en los sectores arriba descritos. El enfoque predominante en este marco es el curativo, individual, médico-hospitalario y centralizado. Con el problema de la exclusión de la mayoría de la población, en el año de 1978, se demostró la necesidad de desarrollar y expandir una modalidad asistencial de bajo coste para los contingentes de la población excluida por el modelo médico-asistencial privatista, sobretodo para los que vivían en las periferias de las ciudades y en las áreas rurales. Surgió en aquel tiempo la idea de la

medicina simplificada para las poblaciones marginalizadas, defendida por los movimientos contrarios a la hegemonía establecidos tras la propuesta internacional de los cuidados primarios, acordada en Alma-Ata. El proceso de redemocratización del país ocurrió tras este período de acentuada crisis económica y de la Seguridad Social (MENDES, 1994).

Fue con un concepto más amplio de salud que se ejecutó el informe final de la 8ª Conferencia Nacional de Salud en 1986, siguiendo la Reforma Sanitaria brasileña que tuvo como uno de sus principios la universalización de la salud como forma de superar el déficit de oferta de salud a la población (WERNECK, 1998). La cuestión de la reforma sanitaria y el de su papel en el establecimiento de un orden social democrático contribuyeron en la transformación de la política de salud. Estas cuestiones exigieron un cambio estructural y una política social capaz de acabar con la "deuda social histórica". Con la Constitución de 1988, se ratificó la unión de los servicios institucionales de salud a través de la propuesta del Sistema Único de Salud (SUS) que aportó una nueva formulación política y organizacional para el reordenamiento de los servicios y acciones de salud, para los cuales establece la ejecución de actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, basado en los principios doctrinarios de la universalidad, equidad e integridad (LUZ, 1991).

Estos instrumentos han definido un nuevo concepto ampliado de salud y han apuntado a las estrategias de organización y control de las acciones y servicios de salud, interconectando los sectores y buscando soluciones para las situaciones y problemas considerados determinantes del estado de salud de la población. Estos instrumentos han constituido asimismo la estructura legal de soporte del SUS, representando la responsabilidad del Estado en la atención a la salud de la población desde el punto de vista legal, con un propósito de descentralización, regionalización y jerarquización (WERNECK, 1994).

Inserto en el contexto general de las políticas públicas, el sub-sector de la salud bucal sufrió un proceso de institucionalización y una fase de participación en el marco político semejantes a aquellos por los que pasó la medicina. Por eso refleja en sus acciones una práctica asistencial excluidora, contra la cual se opone una fase de participación más activa junto a las raíces reformistas en el marco político. Esta participación pudo percibirse durante las elecciones directas para los gobiernos estaduales de 1982 y 1986 y para las alcaldías y asambleas legislativas en 1988, ocasiones en las que los dentistas comprometidos con la nueva realidad en el área de salud lograron inserirse en las coordinaciones municipales y estaduales del nuevo contexto político (SERRA, 1998).

1.1. La institucionalización de la salud bucal en Brasil

Como ilustrado en la sección previa, la consolidación de los Estados Unidos (EEUU) como potencia en los comienzos del siglo XX tuvo como consecuencia el alejamiento de la atención de las prácticas odontológicas conducidas por los países europeos hacia aquellas ejecutadas por este país. Se destaca la práctica odontológica del sector privado que adoptaba los estándares asistenciales de la medicina, y que copiaba en su totalidad el modelo de enseñanza de la práctica odontológica de la escuela estadounidense, adoptado por las universidades brasileñas. Esta práctica, caracterizada como cientificista o flexneriana, privilegiaba el individuo como objeto de la práctica y responsable por la salud. Serra (1998) atestigua que:

> Otros elementos estructurales o ideológicos de esa práctica odontológica, según Mendes, apud Narvai (1994) fueron la biología (descartaba la causa social), el mecanicismo (analogía del cuerpo con la máquina), la centralización de los recursos (hospitales centrales, atención urbano-centrada), la especialización (segmentación del conocimiento), la tecnificación del acto (asociación de la calidad con la tecnología de elevada sofisticación), el énfasis en la práctica curativa (la cura incorporó más tecnología, por lo tanto, costos más elevados) y la exclusión de prácticas alternativas (objeción a priori de otros métodos).

Otra influencia de los EEUU tiene relación con las acciones de asistencia pública, reflejada en la diseminación de la política de higiene, que derivó en la higiene escolar (SCHLOSMAN, 1989), teniendo como reflejo la introducción de la odontología en las escuelas, siguiendo algunos años después los pasos de lo que había hecho la medicina (STARR, 1994). Proposiciones entorno a la salud escolar han florecido en Brasil después de mediados del siglo XIX y en 1889 surgió el primero decreto sobre higiene escolar, reglamentando la inspección de los establecimientos de enseñanza públicos y privados para identificar y proponer la exclusión del estudiante que sufriera de enfermedad transmisible, revacunar a los estudiantes y cuidar de todos aquellos que no pudieran tener en su hogar un tratamiento conveniente (BARBOSA apud LIMA, 1985). Los primeros pasos para la institucionalización de la higiene escolar en el país estuvieron directamente ligados a las ideas y los nombres de los intelectuales brasileños que planteaban modernizar la sociedad bajo los padrones europeos y americanos. Además había que

enseñar y moralizar para que nuevas prácticas de higiene pudiesen reducir las diarreas, la mortalidad infantil, el alcoholismo, la tuberculosis y la sífilis. Tales ideas se enlazaban con la lucha por la reforma de la República y la modernización del país (CARVALHO & LOUREIRO, 1997).

Al mismo tiempo, la odontología va a inserirse en la asistencia pública, cuando en 1912, tiene lugar la primera experiencia con la Fundación de las Clínicas Dentales Escolares por parte de Baltazar Vieira de Melo, en Sao Paulo (CARVALHO & LOUREIRO, 1997). A continuación se observa que el atendimiento escolar en Brasil, hasta 1952, se reveló rudimental, esencialmente respecto a su planificación y al tipo de servicio ofrecido, caracterizado por la falta de evaluación, la ausencia de un sistema de trabajo y de técnicas uniformes, una preparación impropia de técnicos para ejecutar las tareas sanitarias, además del concepto individualista de la función, reproduciendo en el servicio público el mismo tipo de atención ofrecida en las clínicas privadas (WERNECK, 1994).

De este modo, el modelo de asistencia odontológica dominante que se mantuvo hasta la Constitución de 1988 era primordialmente de práctica privada, cubriendo la mayor parte de la población, y el seguro social, por medio de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones (CAPs – a continuación, Institutos de Jubilaciones y Pensiones – IAPs), suplía solamente la asistencia dental a los trabajadores privados urbanos que estaban asegurados, contratando sin embargo, servicios profesionales privados. Es decir, la Seguridad Social todavía en sus comienzos, prestaba, bajo un régimen complementario, asistencia odontológica y médica a sus poblaciones restrictas, mientras que el Ministerio de la Salud se ocupaba de tales servicios solamente en algunas áreas con el propósito de sanear al ambiente. Algunas poblaciones, como las de la zona del caucho, eran asistidas por los Servicios Especiales de Salud Pública (Sesp). Este hecho definió el reparto histórico de las instituciones públicas de atención a la salud: seguridad y salud pública. Años más tarde, algunos Institutos de Seguridad pasaron a tener sus propios servicios, con un modelo basado en la libre demanda. La asistencia planeada, orientada a los estudiantes, introducida por el Sesp en el comienzo de la década de 50, rompió de alguna manera con la rigidez de la demanda espontánea del modelo hegemónico de atención odontológica, que mantuvo sin embargo las características flexnerianas (SERRA, 1998).

Con un gran número de enfermedades acumuladas y con el surgimiento de nuevas enfermedades de más grande complejidad, surgió la proposición del sistema productivista, con el designio de solucionar a esa demanda. Sin embargo, además de tener un coste elevado, tal sistema no surtió el efecto deseado aunque produjese un incremento de la productividad. En un intento de disminuir los gastos hubo una fragmentación de las

tareas (influenciada por el taylorismo) que se tradujo en la odontología simplificada. El reconocimiento del amplio surtido de afecciones y la incapacidad de los servicios para controlarlas dieron origen al sistema preventivista, cuya atención se voltaba a los más jóvenes. A partir de la aplicación de simplificación en la población más joven, libre aún de la caries, floreció la odontología integral que emplea la lógica del modelo preventivista, con la atención excluidora, voltada tan sólo a los más jóvenes, y la lógica del modelo incremental importado de los EEUU, en el que se prevenían las caries en los dientes molares permanentes de los niños, con un acompañamiento hasta una cierta edad para prevenir, exceptuándose los dientes deciduos (NARVAI, 1994).

La lógica del sistema incremental va a prever el cubrimiento gradual y ascendente desde las edades más bajas, fundamentado en el hecho epidemiológico según el cual la predominancia de caries en dientes permanentes va a ser menor en las edades más jóvenes, constituyéndose, por lo tanto, en el momento ideal para la intervención de acciones preventivas, curativas y pedagógicas. Como consecuencia la atención odontológica se volvió predominantemente hacia el grupo escolar, en un intento de bloquear la cadena epidemiológica, por medio de la prevención o proporcionando el tratamiento en los períodos iniciales de la enfermedad, para frenar su agravación y evitar así los gastos bastante mayores necesarios para contener lesiones más complejas (PINTO, 1993). La justificación para aplicar este modelo y continuar esta práctica odontológica en los estudiantes nació de la siguiente afirmación: al prevenirse la caries durante la infancia las personas se protegen para su vida adulta (SHEIHAM, 1992). El intento para solucionar los problemas brasileños importando el modelo estadounidense de sistema incremental de atención a las minorías sin tener en cuenta las profundas diferencias entre los dos países, en particular debido a que los problemas eran generales y no focales como en los EEUU, repercutió en que el sistema incremental no lograse formular ninguna estrategia universal para alcanzar a toda la población porque estaba enfocado únicamente a una población muy específica y no al conjunto de la población con riesgo de enfermedad. De ahí su carácter excluyente (NARVAI, 1994). Además, la odontología parece haber seguido un rumbo, mientras que el cuadro epidemiológico y las condiciones de vida han seguido otro, distinto y no paralelo, teniendo como consecuencia la oferta de servicios tan sólo a una pequeña parte de la población, manteniendo la particularidad de un sistema de exclusión (PINTO, 1993).

Este breve recorrido histórico de la institucionalización de la odontología demuestra el motivo por el cual la atención sanitaria en esta área está predominante dirigida a los estudiantes de la enseñanza primaria. Esta corriente permitió que el sistema incremen-

tal fuese aplicado durante cuatro décadas, repitiendo las actividades de atender tan sólo de urgencias a los adultos, debido al coste elevado de sus insumos, por el empleo de recursos humanos escasamente capacitados para actuar en el servicio público y a la planificación limitada al carácter normativo (por la ausencia de integración con todos los otros sectores). Este sistema, asentado en la base poblacional de mayor facilidad administrativa y de control para el servicio, que es la población infantil debidamente matriculada en la enseñanza primaria de la red pública de enseñanza, no permite la inclusión en el programa de toda la población situada bajo el grupo de edad escolar de 6 hasta los 14 años. Además, otros grupos de edad fueron omitidos o timidamente asistidos por los demás programas del sector. Suele percibirse que estos programas, en los servicios públicos, se definieron por la reproducción de la práctica liberal de la odontología. Así, se ha caracterizado por la predominancia de la individualidad, del tratamiento mutilador/restaurador y con un grado de resolución tremendamente bajo (WERNECK, 1994).

Durante los años 1990, se ha debatido el espacio escolar como un lugar exclusivo de atendimiento de la salud bucal y se ha abierto el debate sobre otras perspectivas e estrategias de organización del trabajo odontológico. Nuevos conocimientos técnicos y científicos sobre enfermedades bucales y formas de intervención, cambios ocurridos en la distribución y manifestación de las enfermedades, además de los métodos alternativos de planificación de salud aplicados a la realidad odontológica, han permitido otras propuestas y modelos de organización de la práctica pública odontológica, lejos del espacio escolar (CARVALHO & LOUREIRO, 1997).

Según Zanetti (1996), pueden señalarse algunas líneas de acciones programáticas en el período de antes y después de la Reforma Sanitaria, conforme a los criterios de riesgo. Esas acciones representan algunas aplicaciones prácticas de trabajos de líneas más universales.

La primera de esas líneas se refiere a la programación centrada en unidades básicas de salud, con registros de haber ocurrido antes de la proposición de Reforma Sanitaria. Como ejemplo suele mencionarse la Fundación Hospitalaria del Distrito Federal, con una experiencia en programación normativa y centralizada, teniendo como referencia las clínicas odontológicas de las unidades de salud. Con el avanze de la elaboración del SUS, se destacan las experiencias de las ciudades de São Paulo, Santos y Diadema, en el estado de São Paulo, o Ipatinga y Belo Horizonte, en el estado de Minas Gerais, entre otras. Este movimiento de “salida de las escuelas” ha servido para dejar patente que, si el espacio tradicional de las prácticas en salud bucal no logra salir al encuentro de

las corrientes de los nuevos tiempos, tampoco los demás elementos de programación, a saber: los dispositivos de garantía de acceso, los instrumentos de programación, la naturaleza de las prácticas, la dinámica de formulación, implementación, ejecución, control y evaluación; además del propio proceso de programación en Salud Bucal considerado globalmente.

La segunda línea aconteció en la ciudad de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, por medio de la formulación del Programa de Inversión con el aparecimiento de la programación con énfasis preventivo total. Esa propuesta ha hecho que la atención curativa clásica y predominantemente restauradora perdiera la centralización programática en detrimento de la recién creada atención curativa "adecuadora". En esta, la mayor finalidad del acto curativo va a ser la búsqueda por la estabilidad del "medio bucal" de los beneficiarios de los servicios, promovida a través de la extracción de los procesos infecciosos existentes para crear, al menos, las precondiciones biológicas para una mayor eficacia de la aplicación de los métodos preventivos unificados. Se crean así las precondiciones para una fuerte disminución en la ocurrencia de caries, lo que permite además del apreciable impacto epidemiológico, viabilizar la atención restauradora definitiva y el desarrollo de la cubertura.

La Inversión ha permitido que la limitada atención curativa asumiese el carácter preventivo avanzado, integrando cada vez más la práctica clínica. Sin embargo no logró potencializar la participación social ampliada ni el control social. Además de esto, la proposición de la Inversión no exhibió soluciones más orgánicas ni potencializadoras de los procesos de politización sanitaria históricamente pretendidos y más osados en términos de construcción de los Sistemas Locales de Salud en el SUS.

El desarrollo de una programación con énfasis en la promoción ha caracterizado la tercera línea, como consecuencia de los intentos de introducir la salud bucal colectiva en los Programas de Salud de la Familia (PSF). La formación del Distrito Sanitario en el extremo sur de la zona metropolitana de la ciudad de Curitiba, en el Estado de Paraná, se hizo un ejemplo popular de nivel nacional, en 1995. Allí la salud bucal colectiva pasó a participar de las actividades promocionales intradomiciliarias y emplear estas actividades para definir quien va a recibir atención (utilizando criterios de riesgo), y para organizar el flujo de acceso a la unidad básica de salud donde se desarrollan las acciones preventivas/promocionales y curativas de inversión.

La crítica más grande contra este modelo promisorio es que todavía existe una concentración de la atención preventiva en el espacio limitado de la unidad de salud, así como la falta de dispositivos que articulen la atención curativa a las acciones preventi-

vas/promocionales realizadas con la familia, potenciándolas. Otro ejemplo a señalar es la experiencia docente y asistencial desarrollada en las actividades del curso de Especialización en Odontología en Salud Colectiva de la UnB efectuadas en la ciudad satélite de Paranoá, Distrito Federal. Durante las mismas se organizó una práctica para visitar la vecindad no solamente con acciones promocionales, sino con acciones preventivas intradomiciliares rutinarias. Sin embargo, tales acciones están lejas de la asistencia rutinaria de la red de servicios, lo que no permite pensar en una atención curativa con nuevas bases asistenciales más eficientes, más resueltas, más baratas, de elevado valor agregado y más humanizadas.

La cuarta línea programática se centra en los programas de vigilancia de la calidad de la fluoración del agua del abastecimiento de poblaciones. Los primeros programas de vigilancia bajo el principio de "heterocontrol" y no por formalidad, van a surgir en las ciudades de São Paulo y Santos, estado de São Paulo, con los gobiernos democráticos y populares elegidos en 1988, con el objetivo de monitorear a la calidad de la fluoración suministrada por la compañía estadual que servía a las dos ciudades. Esa idea original se ha esparcido por el país. Mientras tanto, tal como el SUS de Santos en el Estado de São Paulo, los intentos de comunicación de la calidad de la fluoración de las aguas van a depender casi únicamente de las decisiones interiores de los órganos del estado. Como resultado, van a estar sometidos a las desarticulaciones por razones políticas y partidarias. Una propuesta para mitigar esa debilidad sería la de desarrollar las bases políticas de estos programas. Es el caso de efectuar comunitariamente la colecta de muestras de agua, aunque desde el punto de vista técnico no se justifique, con el fin de incluir paulatinamente, no solamente a los consejeros locales de salud, sino a otros actores sociales. De esto modo, se va a lograr esparcir la curiosidad y las informaciones sobre la calidad de fluoración, incrementándose el control social y, como consecuencia, la base política de soporte a este tipo de programa.

Garrafa (1994) afirma que, aunque la odontología haya llegado al final del siglo XX avasallando la intimidad de las enfermedades más frecuentes del área estomatológica (principalmente la caries y la afección periodontal), además de las medidas técnicas colectivas adecuadas para prevenirlas y curarlas, continuó recorriendo de manera obstinada una vía individual y de sentido único que ha beneficiado meramente a unas pocas personas que pueden pagarla. No obstante, la creación del Sistema Único de Salud aportó un grande avance social y político: su armadura legal e institucional definió nuevas atribuciones para los niveles de gobierno federal, estadual y municipal; creó nuevos espacios para la participación de la comunidad y de las entidades de la sociedad

civil y estableció nuevas relaciones entre las esferas administrativas de gobierno y las instituciones del sector. Como resultado, la búsqueda de respuestas para el desafio político-sanitario del SUS originó una cadena de opciones programáticas que, en algunos aspectos, han destrozado el modelo de programación planteado por el Sesp (ZANETTI et all, 1996).

CAPÍTULO 2
LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA ELABORACIÓN DE LA POLÍTICA DE SALUD BUCAL

La participación es uno de los elementos articuladores de las políticas públicas en el Brasil democrático. La Constitución de 1988 estableció principios participativos en la organización del Estado brasileño, destacándose, entre ellos, la participación de la sociedad civil en el debate sobre las políticas públicas relativas a la salud (PNUD, 2004). Junto con el control social, la participación constituye una parte esencial de un gobierno asentado en la democracia, ya que para la población constituye el modo de fijar las líneas maestras que han de seguirse y así fiscaliza el trabajo del Estado, en la búsqueda por el bien común.

De esa manera, para que el sistema de salud brasileño fuera implantado, debería incluirse el ejercicio regular de los consejos de salud y la realización cada cuatro años de conferencias de salud en los tres niveles de gobierno, como instancias para el ejercicio de la participación y del control social. Actualmente se crearon consejos de salud en 99% de los municipios y en todos los estados en los cuales participan usuarios (50% de los miembros de los consejos y coloquios), trabajadores de salud, proveedores y administradores públicos (OPS, 2005).

En este contexto, el objetivo básico de las conferencias es el de efectuar un balance general de la situación de salud, mostrando errores y aciertos y sobre todo, el de alcanzar un consenso sobre las medidas y líneas de acción para la solución de los problemas que afectan a la población. Las Conferencias Nacionales de Salud (CNS) de Brasil acumulan seis décadas de discusiones y proposiciones en salud pública, con una vasta participación de distintos ministerios, representantes del Congreso Nacional, responsables sanitarios de los niveles federal, estadual y municipal, representantes de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y de la comunidad. Estos se constituyen en foros de debate, contando siempre con una vasta participación y aprobación de informes finales sometidos a discusión nacional. Durante este proceso la conducción del "movimiento sanitario" creció y ganó consistencia, avanzando en la obtención de conocimiento, la crítica a la salud vigente y la denuncia de las condiciones sanitarias de la población. Su importancia

política fue reconocida y sus proposiciones han conquistado un espacio de expresión en la mejoría de la calidad de vida de la población (SCARPONI, 2005).

Durante la década de 1980, pueden destacarse dos CNS por haber sobresalido en sus textos el sector de la salud bucal en Brasil.

La primera fue la 7ª Conferencia Nacional de Salud que abrió las puertas a la introducción de la odontología en un programa nacional de salud, señalando el modelo de odontología propuesto hasta entonces como inefectivo, ineficaz, mal distribuido, de baja cobertura, con enfoque curativo, de carácter mercantilista y monopolista, de recursos humanos inadecuadamente capacitados. Durante la 8ª Conferencia Nacional de Salud, el movimiento político sanitario odontológico respaldó las directrices del Movimiento de la Reforma Sanitaria y un proyecto contra la hegemonía en las ramas política, ideológica e institucional (SERRA, 1998).

Hay que decir que, siguiendo el carácter interactivo de las CNS, las Conferencias Nacionales de Salud Bucal ya realizadas han contado con la participación de miles de personas de todos los ámbitos del gobierno. Ellas han marcado la historia de la salud bucal en Brasil por contribuir con discusiones oportunas y por presentar proposiciones, tanto de corto, como de medio y largo plazo, con vistas a alcanzar una salud bucal digna y con calidad para todos los brasileños. A partir de sus decisiones fue posible aprovechar los entornos políticos para implementar los dispositivos correctos de cumplimiento efectivo de sus proposiciones, así como para rediseñar el escenario de la salud bucal, como se verá a continuación.

2.1. 1ª Conferencia Nacional de Salud Bucal (1ª CNSB)

La realización de la 1ª Conferencia Nacional de Salud Bucal consagró los principios amparados por todos aquellos que se han esforzado a lo largo de más de tres décadas en cambiar el modelo dominante de asistencia odontológica. Realizada del 10 al 12 octubre 1986, en Brasilia/Distrito Federal, como parte integrante de la 8ª Conferencia Nacional de la Salud, la Conferencia contó con más de mil participantes, corolario de todo un proceso de discusión que empezó en la totalidad de los estados brasileños, por medio de la realización de pre-conferencias que recibieron a una presencia significativa de segmentos de la población y de la clase odontológica. De manera democrática, la 1ª CNSB ha dibujado la posición de los participantes - CDs, THDs, ACDs, usuarios y académicos - representando ABO, CFO, FNO, CUT, CGT, CONAM, CONTAG, UNE y UNEO, lo que ha permitido la legitimidad de la posición y de la responsabilidad del sub-sector con la

Reforma Sanitaria Brasileña. Como resultado, se redactó un documento de referencia para las decisiones y definiciones de la asistencia a la salud bucal en todo el País. Zanetti (1996) comenta:

> En toda la historia de la odontología brasileña, no hay registro de momento semejante, desde el punto de vista democrático, en el que se haya debatido y abierto a la problemática de la salud bucal de la población de una manera tan pluralista. De esa vez, no se trataba simplemente de una tertulia restricta de Cirujanos Dentistas. LA POBLACIÓN, la principal interesada en el tema, también estaba presente, participando y manifestándose.

Cuatro grandes temas han centralizado las discusiones de la 1ª CNSB: La Salud como Derecho de Todos y Deber del Estado, Diagnóstico de Salud Bucal en Brasil, Reforma Sanitaria: Introducción de la Odontología en el Sistema Único de Salud e Inversión del Sector de Salud Bucal.

Las conclusiones de la 1ª Conferencia han establecido una elaboración democrática y progresista de la salud bucal, realizada por la odontología y por la sociedad civil organizada del país. Tales conclusiones han señalado el comienzo de una maduración social, técnica y política, con la responsabilidad en la lucha contra los índices epidemiológicos caóticos que se constataban en todo Brasil. Han aportado, asimismo, la cuestión de las prioridades y del enfrentamiento entre la "nueva" propuesta, incluida en el informe final de la 1ª CNSB, propensa a la universalización, y la "antigua" manera de planearse, definiendo, solamente bajo las bases epidemiológicas y a priori, pequeños segmentos de la población, como el público que se habría de cubrir por los programas que serian implantados.

El informe de la 1ª CNSB ha planteado una nueva manera de planificar la salud bucal. Una de las fallas apuntadas se ha relacionado con la representatividad de los beneficiarios, ya que tal representatividad se formaba en gran parte, por cirujanos dentistas, lo que ha mantenido una racionalidad técnica en el documento. Sin embargo, de la 1ª CNSB ha sobresalido una nueva actitud de la clase ante la sociedad al defender los principios y las directrices del Sistema Único de Salud.

2.2. 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal (2ª CNSB)

La 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal tuvo lugar del 25 al 27 de septiembre de 1993 y contó con 792 delegados, siendo 388 representantes de usuarios y 404 de los otros segmentos (gobierno, expertos de salud y proveedores de servicios), elegidos en sus entidades nacionales y en 24 conferencias estaduales que fueron precedidas por conferencias municipales. Por lo demás, más de 300 participantes registrados de todo el país se unieron a los delegados en las discusiones de grupo y en la reunión.

Después de la resolución de la 9ª Conferencia Nacional de Salud, la 2ª CNSB contó en su frente con entidades nacionales de odontología, del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Salud, del Consejo Nacional de los Secretarios de Salud (CONASS), del Consejo Nacional de las Secretarias Municipales de Salud (CONASEMS) y de las representaciones nacionales de los usuarios.

Durante el evento, delegados y participantes expresaron su indignación con el proyecto neo-liberal vigente en Brasil, responsable por el desmonte del Estado, de la seguridad social y por el empeoramiento de las condiciones de vida. También percibieron que la Revisión Constitucional, que estaba siendo debatida en el Congreso Nacional, representaría, si fuera establecida, un duro golpe a las conquistas logradas con la Constitución en vigor. Bajo esa coyuntura nacional, se reivindicó la responsabilidad del gobierno y su compromiso social, en sus distintas esferas de actuación por la reversión del deficiente cuadro sanitario, incluyendo las enfermedades bucales.

Las discusiones de la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal permitieron la aprobación de directrices y estrategias políticas para la salud bucal en Brasil, teniendo en cuenta la salud bucal como un derecho de ciudadanía, un nuevo modelo de atención en salud bucal, los recursos humanos, la inversión y el control social. La introducción de la salud bucal en el Sistema Único de Salud tendría el propósito de desmitificar a los modelos de los programas verticales y de las políticas todavía existentes que no tenían en cuenta la verdadera realidad. De esta manera, se aprobó que tal introducción fuese hecha a través de un proceso controlado por la sociedad (Consejos de Salud), descentralizado y donde se garantizaría la universalidad del acceso y la igualdad en la asistencia odontológica, asociadas a otras medidas de promoción de la salud de gran impacto social.

Los usuarios, representantes de la población organizada, dejaron claro que no renunciarían a su ciudadanía en salud bucal y que lucharían por ella. La implementación de las resoluciones de la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal dependería del trabajo conjunto con los consejos de salud para ser transformadas en directrices políticas y, a

partir de ellas, se definirían las prioridades y programas locales; el trabajo con el Ministerio Público concerniente al deber del Estado de ofrecer la salud para que la Constitución fuera acatada; y el trabajo con los gobiernos estaduales y municipales para que la salud bucal fuera incluida entre las acciones de salud, entre otras cuestiones.

Puede decirse que la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal fue una respuesta legítima de la sociedad civil organizada para rechazar una situación iatrogénica, excluyente e ineficaz.

Los participantes de la 2ª CNSB presentaron sus conclusiones a la sociedad brasileña en general, a las autoridades de salud, a los expertos y proveedores de salud, a los dirigentes municipales, estaduales y federales, a las distintas instituciones del poder público en Brasil y a los distintos órganos internacionales de salud.

2.3. 3ª Conferencia Nacional de Salud Bucal (3ª CNSB)

Con el objetivo de tener la oportunidad de ampliar la participación de la población en el análisis de la formulación y ejecución de la Política Nacional de Salud Bucal, se realizó del 29 de julio al 1º de agosto de 2004, la 3ª Conferencia Nacional de Salud Bucal, más de diez años después de la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal. La 3ª CNSB representó la detonación de un proceso ascendiente de discusión, con articulaciones intersectoriales en las esferas del gobierno y acciones integradas de la sociedad civil y movimientos populares, teniendo como referencia la salud bucal de las poblaciones como indicador de la calidad de vida de las personas y colectividades, en la que unas 90 mil personas participaron directamente en las etapas municipal e estadual, finalizando en la etapa nacional en la que participaron unas 1.200 personas (entre usuarios, trabajadores, proveedores y administradores de la salud).

El tema central de la 3ª CNSB, Salud bucal: acceso y calidad, superando la exclusión social, fue debatido a partir de cuatro ejes temáticos: 1) Educación y Construcción de la Ciudadanía; 2) Control Social, Gestión Participativa y Salud Bucal; 3) Formación y Trabajo en Salud Bucal; 4) Inversión y Organización de la Atención en Salud Bucal.

En el contexto de la Conferencia, se resaltaron las discrepancias sociales y la exclusión de una parcela significativa de la población del acceso a los más elementares derechos sociales. La baja escolaridad, la baja renta, la falta de trabajo y la mala calidad de vida engendra efectos devastadores sobre la salud bucal, originando dolores, infecciones, sufrimientos físicos y psicológicos. Por tal razón, el profundo enfrentamiento de los problemas en esa área demanda más que acciones asistenciales desarrolladas por expertos

competentes – requiere políticas intersectoriales, una mezcla de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación, además del enfoque de promoción de la salud, la universalización del acceso, la responsabilidad pública de todos los segmentos sociales y sobre todo, del compromiso del Estado con instituciones representativas de las tres esferas de gobierno, como estipula manifiestamente la Constitución de la República.

Así, las condiciones de salud bucal y el estado de los dientes fueron considerados señales de exclusión social y de las precarias condiciones de vida de millones de personas en todo el país, debido a los problemas de salud localizados en la boca o por las dificultades de acceso a los servicios asistenciales. En este marco, los desafíos a los que se enfrentaban los participantes de la 3ª CNSB tenían como propósito identificar los principales problemas del país en el área de salud bucal, descubrir los medios y recursos destinados a definir las estrategias para superarlos.

El Informe Final de la 3ª CNSB fue aprobado en sucesivas sesiones plenarias por 803 delegados elegidos para la etapa nacional, durante las conferencias nacionales de salud bucal de los 26 Estados y del Distrito Federal. Esos delegados (447 representantes de los usuarios de los servicios de salud; 228 representando a los trabajadores de salud; y 208 representando a los administradores y proveedores de servicios de salud) analizaron las proposiciones provenientes de todo el país resultantes de las 2.542 conferencias municipales o regionales sobre salud bucal y de las 27 conferencias correspondientes a la etapa estadual, de las cuales resultó un volumen de 651 páginas. El documento-referencia sometido a discusión en la etapa nacional fue un resumen del volumen mencionado y, de este esfuerzo de construcción colectiva de nuevos rumbos para la política nacional de salud bucal, resultaron las proposiciones para orientar las decisiones de la sociedad y del Estado brasileño, de manera tal que logren producir los cambios necesarios para garantizar a todos el acceso a las acciones y a servicios de salud bucal de calidad.

CAPÍTULO 3
RETRATO DE LA SITUACIÓN DE SALUD BUCAL DE LA POBLACIÓN BRASILEÑA: LEVANTAMIENTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Brasil es descrito frecuentemente como un país de elevados índices de prevalencia de enfermedades bucales, particularmente caries dentaria y enfermedad periodontal. Se trata de un país que presenta un cuadro de morbo-mortalidad típico de países con grandes diferencias sociales y, por lo tanto, con una elevada concentración de renta, sumado con una actuación insuficiente del Estado en el combate a tales desigualdades (RONCALLI, acceso en 2005).

Entendiéndose que las necesidades de tratamiento serían de tamaña magnitud que imposibilitarían el éxito de cualquier proposición odontológica de solución en masa, se consideraba que no serían necesarios levantamientos más exactos, ya que bastaba saber que el problema era colosal. Con base en tal enfoque, la planificación del trabajo odontológico podría prescindir de datos globales, ya que claramente no tendrían validez práctica. Hay que añadir a este cuadro las incuestionables dificultades de naturaleza operacional y financiera que confrontaban todos aquellos que pretendían conocer los niveles reales de salud bucal de un país de las dimensiones brasileñas (BRASIL, 1988).

Así, la salud bucal se convirtió el reflejo de ese contexto, con la agraviante de, históricamente, presentar un defectuoso sistema de oferta de servicios odontológicos, además de la práctica odontológica iatrogénica y mutiladora, contribuyendo así para la creciente pérdida de dientes.

En el ámbito internacional, varios países, como Inglaterra y los países Nórdicos, contaban con bases de datos de caries dental desde las primeras décadas del siglo XX. En Brasil, el primer levantamiento de salud bucal en nivel nacional es de 1986, llevado a cabo por el Ministerio de Salud. Otros levantamientos en nivel nacional fueron conducidos por el Ministerio, en asociación con entidades de clase y las secretarías municipales y estaduales de salud, en 1996 y 2003, cuando se concluyó el Proyecto SB Brasil, lo más grande y más completo levantamiento en salud bucal que se realizó en el país. Se van a detallar a continuación eses levantamientos.

3.1. Levantamiento epidemiológico en salud bucal (1986)

Este estudio, que fue el primero del área de salud bucal en nivel nacional, proporcionó informaciones sobre problemas epidemiológicos básicos de la población urbana. Para su ejecución, pueden destacarse tres argumentos principales que han conducido, finalmente, a la superación de los escollos mencionados anteriormente y a la efectuación del *Levantamiento epidemiológico en salud bucal* por parte del Ministerio de Salud, con el apoyo del Instituto de Planificación Económica y Social (IPEA) en 1986: primeramente, el reconocimiento que sólo con datos fidedignos sería posible desarrollar acciones preventivas, pedagógicas y curativas de la necesaria amplitud para el país; en segundo lugar, la realidad que la demanda de servicios odontológicos es limitada (también en los países con elevados índices de enfermedades bucales y servicios bien estructurados tan sólo algunas personas con esos problemas buscan asistencia por año), atribuyendo al sector público el cubrimiento total de los grupos más necesitados desde el punto de vista epidemiológico y económico; y, en tercer lugar, la posibilidad, en aquel momento, cada vez más inmediata y concreta, del establecimiento de un programa nacional de salud pública en odontología, para el que esas contribuciones serían fundamentales (BRASIL, 1988).

La escasez de recursos disponibles tornó cuestiones como la definición de la población-objeto y el elenco de problemas a ser estudiados cruciales. La opción final fue realizar un levantamiento epidemiológico restricto a la zona urbana de 16 capitales seleccionadas como representativas de un total de 27, con datos para las cinco macro-regiones, según los segmentos de renta familiar, analizándose la prevalencia de la caries dental, de las enfermedades periodontales, de las necesidades y la presencia de prótesis total y de la búsqueda de servicios odontológicos. Se consideraron diez grupos de edad para efectos del levantamiento sobre caries dental y la búsqueda de servicios: de 6, 7, 8, 9, 10, 11 y 12 años; de 15 hasta 19 años; de 35 hasta 44 años y de 50 hasta 59 años.

La elección de tales grupos siguió criterios de exacta prioridad epidemiológica, como en el caso del grupo de 6 a 12 años, y la posibilidad de comparación internacional, según las metas de salud bucal fijadas por la Federación Dentaria Internacional (FDI) y por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que estableció los índices que se deberán alcanzar antes del año 2000 para las edades consideradas. Hubo una modificación en el segmento de mayor edad que suele abarcar a las personas de 60 años o más, o específicamente de 65 años, en los países industrializados. Para Brasil, conforme a la esperanza de vida al nacer que es promedio de 65,5 años para mujeres y de 61,3 años para hombres (datos

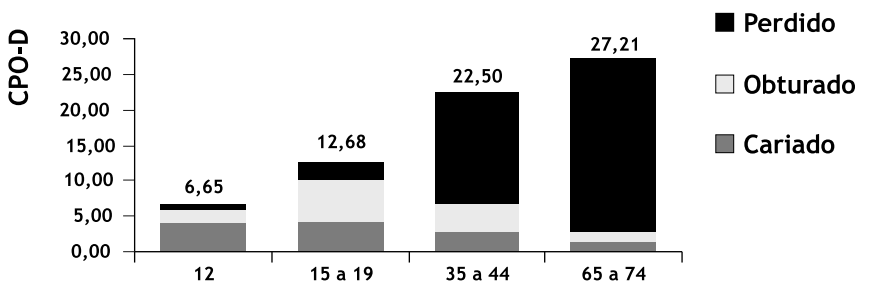
del período de 1975-80), se ha considerado el grupo de 50-59 años como el más representativo y válido en términos de programación de actividades.

Se ha comprobado claramente los altos índices de caries en niños brasileños, uno de los más grandes CPO-D (índice que mide el número medio de dientes permanentes cariados, perdidos y obturados) del mundo en este período entre todas las edades analizadas. El CPO-D promedio ha evolucionado de 1,25 a los 6 años a 3,61 a los 9 años, logrando 6,65 a los 12 años. Interviniendo como una fuerte desventaja de este escenario, la composición del índice presentaba que: 60% de los dientes estaban cariados; 6% con extracción indicada; 5% extraídos y solamente 29% obturados, según datos del grupo de 6 a 12 años de edad.

El continuo crecimiento del índice CPO-D – 12,7 de los 15 a los 19 años; 22,5 de los 35 a los 44 años y 27,2 de los 50 a los 59 años (Gráfico 3.1) – se ha dado esencialmente como resultado del incremento de la contribución en el índice del componente correspondiente a los dientes extraídos:

- solamente 40% de las personas de 18 años presentaban todos los dientes;
- más de 72% de la población urbana estudiada, de 50 a 59 años, ya había extraído todos los dientes en al menos un maxilar;
- en el grupo de 35 a 44 años, cuatro de diez personas necesitaban de soporte protectivo, reduciéndose a 1,7% en el grupo de 15 a 19 años.

Gráfico 3.1 – Médias del CPO-D y participación de los componentes de acuerdo con la edad. Brasil, 1986



Fuente: banco de datos del levantamiento epidemiológico – Brasil, zona urbana, 1986

En relación a la enfermedad periodontal, menos de 29% de los adolescentes y poco más de 5% de los adultos presentaban encías sanas. Entre las personas de 50 a 59 años solamente 1,33% presentaban encías sanas.

Algunos de los datos sobre la caries dental y la condición periodontal de los diferentes grupos de edad obtenidos en el levantamiento epidemiológico de 1986 se encuentran resumidos en el Cuadro 3.1.

Cuadro 3.1 – Datos del levantamiento epidemiológico en salud bucal. Brasil, 1986

Levantamiento epidemiológico en salud bucal: Brasil, zona urbana, 1986			
Muestra	25.407 personas en 16 municipios		
Problemas levantados e informaciones obtenidas	Caries dental, enfermedades periodontales, uso y necesidad de prótesis total, acceso a los servicios odontológicos, evaluación socio-económica		
Edad	Promedio del índice CPO-D	Porcentaje de contribución del componente *Perdido* en el CPO-D	Porcentaje de individuos con periodonto sano
12 años	6,65	6,64% +6,54	-
15 a 19 años	12,68	15,20%	28,76
35 a 44 años	22,5	66,48%	5,38
65 a 74 años	27,21	85,97%	1,33

Fuente: Brasil (1988)

3.2. Levantamiento epidemiológico en salud bucal (1996)

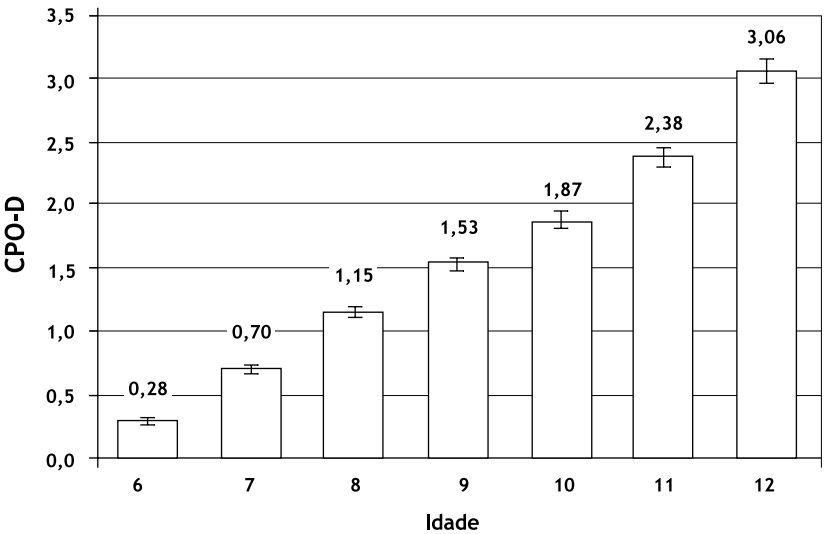
Diez años después del primero levantamiento epidemiológico en nivel nacional, el Ministerio de Salud realizó, en parcería con la Asociación Brasileña de Odontología (ABO), el Consejo Federal de Odontología (CFO) y las secretarías estaduales y municipales de salud, el Segundo Levantamiento en Salud Bucal, con el objetivo de confrontar los cambios ocurridos en el perfil de la población brasileña. El levantamiento se realizó únicamente en el ámbito de caries dental en los niños de 6 a 12 años de las escuelas públicas y particulares en todas las 27 capitales y Distrito Federal, objetivando una referencia para el desarrollo de las acciones preventivas del SUS. Se tenía la intención de llevar a cabo

una segunda etapa en la que estaría inclusa la población adulta y otras enfermedades investigadas, pero no resultó hacerlo.

Las escuelas fueran seleccionadas de forma aleatoria, en cada capital, con una escuela de la periferia (pública), una escuela de barrio (pública) y dos escuelas en el centro, una particular y otra pública. Se levantaron en total cuarenta estudiantes con edades de 6 a 12 años en, al menos, cuatro escuelas de cada capital, logrando así 1.120 por municipio, totalizando 30.240 en todo el país.

Como resultado se percibió que el CPO-D promedio creció de 0,28 a los 6 años a 1,53 a los 9 años, alcanzando 3,06 a los 12 años (Gráfico 3.2 y Cuadro 3.2). Los niños de 12 años en las capitales de la región Norte presentaban un CPO-D de 4,27 mientras que en las capitales de las regiones Sur y Sudeste presentaban un CPO-D de 2,41 y 2,06 respectivamente, patentizando diferencias regionales considerables (DATASUS, acceso en 2005).

Gráfico 3.2 – Médias e intervalos de confianza (95%) de acuerdo con la edad. Brasil, 1996



Fuente: RONCALLI, A.G., 1998

Cuadro 3.2 – Datos del levantamiento epidemiológico en salud bucal. Brasil, 1996

Levantamiento epidemiológico sobre Salud Bucal (1996) - Caries dental		
Muestra	30.240 personas en 27 municipios	
Problema levantado e información obtenida	Caries dental	
Edad	Promedio del índice CPO-D	Porcentaje de contribución del componente *Perdido* en el CPO-D
12 años	3,06	9,42%

Fuente: Brasil (1996)

3.3. Levantamiento epidemiológico en salud bucal (2003)

Ante la necesidad de obtener los datos epidemiológicos en salud bucal necesarios para evaluar los principales agravios en distintos grupos de edad, sea en la población urbana, o en la rural, el Ministerio de la Salud empezó en 2000 una discusión referente al tema que ha dado lugar a un sub-comité responsable por la elaboración y el apoyo en la ejecución del Proyecto identificado como SB Brasil: Condiciones de la Salud Bucal en la Población Brasileña. Además de fundamentar la preparación de las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal desde el punto de vista epidemiológico y subvencionar acciones para el fortalecimiento de la gestión de los servicios públicos en salud bucal en las distintas esferas del gobierno, este estudio ha permitido un análisis comparativo de los datos nacionales con los datos de otros países y con las metas de la OMS para 2000.

Ese proyecto contó con la participación de varias instituciones y entidades odontológicas – Consejos Federal y Regionales de Odontología, Asociación Brasileña de Odontología y sus departamentos regionales, facultades de odontología, además del valioso apoyo de las secretarías estaduales y municipales de salud. Alrededor de 2 mil trabajadores (cirujanos dentistas, asistentes y agentes de salud, entre otros) de 250 municipios estuvieron involucrados en la elaboración del estudio. Sin considerar los ajustes necesarios con vistas a la ampliación de las tasas para la población en general, la muestra obtenida permite la elaboración de estimaciones según las principales variables de estratificación previstas en el proyecto. La muestra de la investigación reconsidera los datos típicos por macro-región de Estado y por tamaño poblacional de las ciudades involucradas, además del propio municipio para algunos agravios y grupos de edad (BRASIL, 2003).

Para la validación de la metodología y de los instrumentos diseñados para este estudio, se ha realizado en 2001 un estudio piloto en dos ciudades de distintos tamaños poblacionales – Canela, en el Estado de Rio Grande del Sur y Diadema, en el Estado de São Paulo. En seguida se llevó a cabo el sorteo de los municipios que serían usados para la muestra, realizándose en 2002 y 2003, después del entrenamiento y calibración de los equipos, el trabajo de campo, con la realización de los exámenes y levantamientos. El Cuadro 3.3 señala las principales características metodológicas del Proyecto SB Brasil.

En total se han examinado 108.921 personas, entre niños (18 a 36 meses, 5 y 12 años), adolescentes (15 a 19 años), adultos (35 a 44 años) y ancianos (65 a 74 años) en zonas urbanas y rurales de 250 municipios brasileños (50 por Macro-región).

Además de producir informaciones sobre las principales enfermedades bucales, condiciones socio-económicas, acceso a servicios y auto-percepción en salud bucal, SB Brasil fue responsable por el entrenamiento y la instrucción de unos 2 mil expertos, entre monitores de calibración, coordinadores municipales, examinadores y anotadores, difundiendo y consolidando la práctica de la planificación-evaluación de las acciones y servicios de salud a partir de datos epidemiológicos.

Cuadro 3.3 – Principales características metodológicas del Proyecto SB Brasil

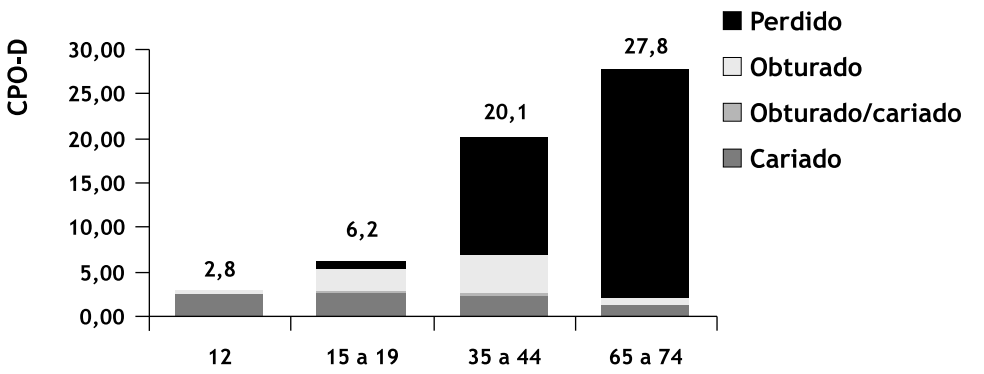
Asunto	Descripción
Edades-índice y grupos de edad levantados	Basados en la propuesta de la OMS, con la inclusión de otros grupos relevantes. En total se utilizaron 6 edades como índice y grupos de edad: 18 a 36 meses, 5 años, 12 años, 15 a 19 años, 35 a 44 años y 65 a 74 años.
Pre-estratificación	Macro-regiones brasileñas (Norte, Nordeste, Sureste, Sur y Centro-Oeste) y tamaño poblacional (hasta 5 mil habitantes, de 5 a 10 mil, de 10 a 50 mil, de 50 a 100 mil y más de 100 mil habitantes). En total se investigaron 250 municipios, 50 en cada región, siendo 10 de cada categoría de tamaño.
Puntos de colecta de datos	Escuelas y guarderías infantiles (20 por municipio) para 5 y 12 años. Para los adolescentes, adultos y ancianos, los exámenes se realizaron en las casas, teniendo las cuadras urbanas y/o pueblos rurales y los sectores censatarios como Unidades de Muestra Secundaria. Fueran sorteados 10 sectores por municipio de más de 50 mil habitantes.

Asunto	Descripción
Volumen de la muestra	Calculado de acuerdo con el promedio y con la desviación típica de la caries dental por región con corrección para el tamaño poblacional.
Entrenamiento y Calibración	Se adoptó la técnica del consenso, con cálculo de la concordancia porcentual y coeficiente Kappa para cada par de examinadores. Monitores entrenados por los coordinadores regionales llevaron a cabo el entrenamiento para cada equipo local. Se establecieron niveles de concordancia para cada agravio investigado.

Fuente: adaptado de RONCALLI et al. 2000

A pesar de la expresiva reducción de los niveles de caries dental en la población infantil brasileña en las dos últimas décadas, aún existen elevados índices de enfermedades bucales en algunos grupos poblacionales y gran parte de la población permanece sin asistencia. Los resultados revelaron que la caries ataca unos 14 dientes entre la adolescencia y la edad adulta (Gráfico 3.3).

Gráfico 3.3 – Medias de CPO-D y participación de los componentes conforme edad. Brasil, 2003



Fuente: Proyecto SB Brasil 2003: resultados principales (Brasil, 2003)

La enfermedad periodontal se ha mostrado elevada en todos los grupos de edad, con menos de 22% de la población adulta y menos de 8% de los ancianos presentando encías sanas. Comparándose los datos de edentulismo en nuestro país con las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2000 (Tabla 3.1), se percibe que Brasil se encuentra por debajo de tales metas, con a penas 10% de los ancianos con 20 o más dientes. La meta de la OMS se alcanzó solamente entre los niños de 12 años, sin embargo, la enfermedad de la caries en esa edad representa un grave problema de salud pública, con acentuadas diferencias macro-regionales y con cerca de 3/5 de los dientes afectados por la enfermedad sin tratamiento. Por lo que respecta a las demás metas, los resultados logrados se encuentran lejos de lo que estipulado por la OMS para el año 2000.

Tabla 3.1 – Comparación entre las metas de la OMS para el año 2000 y los resultados del SB Brasil 2003

EDAD	META DE LA OMS PARA 2000	SB Brasil
5 a 6 años	50% sin experiencia de cáries	40% sin experiencia de cárie
12 años	CPO-D ≤ 3,0	CPO-D = 2,78
18 años	80 % con todos los dientes	55% con todos los dientes
35 a 44 años	75% con 20 o más dientes	54% con 20 o más dientes
65 a 74 años	50% con 20 o más dientes	10% con 20 o más dientes

Fuente: Brasil, 2003.

El Cuadro 3.4 presenta los datos relativos a la caries dental y la situación de las encías en los distintos grupos de edad obtenidos en 2003.

Cuadro 3.4 – Datos del levantamiento epidemiológico en salud bucal. Brasil, 2003

Levantamiento sobre las condiciones de salud bucal en la población brasileña (2003)			
Muestra	108.921 personas en 250 municipios		
Problemas levantados e informaciones obtenidas	Caries dental, enfermedades periodontales, uso y necesidad de prótesis total, acceso a servicios odontológicos, evaluación socio-económica, fluorosis, mala oclusión, alteración del tejido blando, auto-percepción en salud bucal		
Edad	Promedio del índice CPO-D	Porcentaje de contribución del componente *Perdido* en el CPO-D	Porcentaje de individuos con periodonto sano
12 años	2,78	6,47	-
15 a 19 años	6,17	14,42	46,18
35 a 44 años	20,13	65,72	21,94
65 a 74 años	27,79	92,25	7,89

Fuente: Brasil, 2003.

Además de la incorporación de otros grupos de edad, el Proyecto SB Brasil 2003 también investigó informaciones sobre problemas que no fueron abordados anteriormente en ningun levantamiento. De entre ellos, se puede señalar la fluorosis y la mala oclusión.

Por lo que respecta a la prevalencia de fluorosis, fue detectada en cerca de 9% de los niños de 12 años y en 5% de los adolescentes de 15 a 19 años. Para los 12 años, los índices más elevados se detectaron en las regiones del Sudeste y del Sur (cerca de 12%), mientras que los más bajos se detectaron en las regiones Centro-Oeste y Nordeste (cerca de 4%). Por lo que respecta a la mala oclusión, los datos de prevalencia a los 5 años revelan problemas de oclusión moderados o severos en 14,5% de la población de esa edad, variando desde un mínimo de 5,6% en la región Norte hacia un máximo de 19,4% en la región Sur. La prevalencia de una condición oclusal muy severa o incapacitante fue de cerca de 21% en los niños de 12 años y de alrededor de 19% en adolescentes de 15 a 19 años.

La evaluación del acceso de la población a los servicios odontológicos registró que más de 13% de este grupo poblacional no fue en su vida al dentista. Entre la población adulta casi 3% no fue nunca al dentista y entre la población anciana, esta cifra llega casi a un 6%. En ambos grupos de edad, la región Nordeste ha presentado el mayor índice de personas que no fueron ninguna vez al dentista, mientras que la región Sur presentó los mejores valores en relación al acceso a servicios odontológicos.

CAPÍTULO 4
LA SALUD BUCAL EN LA ACTUALIDAD: LA POLÍTICA BRASIL SONRIENTE

La prestación de servicios de salud bucal en Brasil, históricamente, se caracterizaba por acciones de baja complejidad, en su mayoría curativas y mutiladoras, con un acceso restricto. La gran mayoría de los municipios brasileños desarrollaban acciones junto a escolares, de 6 a 12 años. Los adultos y ancianos tenían acceso solamente a los servicios de urgencia, generalmente mutiladores. Esto caracterizaba la odontología como un área de la salud con extrema exclusión social. En los últimos años, apenas algunas experiencias aisladas ampliaban el acceso y desarrollaban acciones de promoción y prevención, además de actividades curativas más complejas. No había una política nacional para este sector.

En el año 2003 empieza una nueva coyuntura política, expresada en la pose del presidente Luiz Inácio Lula da Silva, en la que fuerzas democráticas que originaron la salud bucal como un derecho intrínseco del ciudadano se juntan en un proyecto común, institucionalizándose en el gobierno federal brasileño, apuntando estratégicamente para la disminución de la exclusión social. En ese contexto, se inicia la elaboración de una Política Nacional de Salud Bucal que rescata el derecho del ciudadano brasileño a la atención odontológica a través de acciones gubernamentales, superando el histórico abandono y falta de compromiso con la salud bucal de la población.

> Para organizar este modelo es imprescindible que se piense en las "líneas de cuidado" (del niño, del adolescente, del adulto y del anciano) creando flujos que reflejen las acciones decididas por los equipos de salud, centradas en acoger, informar, atender y guiar (referencia y contra-referencia). El usuario (al que no se le negará el acceso) conocerá a fondo la estructura del servicio ofrecido gracias a su experiencia como persona que se siente parte de él y se siente capaz de influenciarlo. Las directrices para su cuidado implican un nuevo direccionamiento del proceso de trabajo en el que el trabajo en equipo repre-

> senta uno de sus fundamentos más importantes. Constituida de esta forma, en sintonía con el universo de los usuarios, esta directiva tiene como postulado el principio constitucional de la intersectorialidad y por su potencial de resolución, permite que surjan lazos de confianza y vínculo, indispensables para mejorar la calidad de los servicios de salud y profundizar en la humanización de estas prácticas. (...) En el ámbito de la asistencia, esas directrices apuntan fundamentalmente a la ampliación y calificación de la atención básica, viabilizando el acceso de todos los grupos de edad y la oferta de más servicios, garantizando la atención al nivel secundario y terciario con el objetivo de integrar la atención (BRASIL, 2004).

En esa perspectiva, era necesario que la política, desde su origen, pudiera expresar su construcción conjuntamente con la conformación del sistema de salud brasileño, o sea, el Sistema Único de Salud (SUS). Este sistema, según sus principios constitucionales, está basado en la universalización del acceso, en la integralidad, en la equidad y en el control social.

La política nacional de salud bucal, el "Brasil Sorridente" (Brasil Sonriente) comprende un conjunto de acciones en el ámbito individual y colectivo que involucran la promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Es desarrollada a través del ejercicio de prácticas democráticas y participativas, contando con trabajo en equipe y dirigida a poblaciones por las cuales se asume la responsabilidad con el cuidado a la salud bucal, considerando el aspecto dinámico del territorio en que viven.

Asumiendo la responsabilidad por la salud bucal de su población, Brasil se compromete con la reducción de las desigualdades, el combate al hambre y la garantía de la nutrición en condiciones adecuadas. Es un compromiso con la inclusión social.

4.1. La salud familiar como enfoque estratégico para la organización de la Atención Básica en salud

A partir de 1986, con el movimiento de la reforma sanitaria, la discusión sobre el concepto de salud/enfermedad propone la realización de nuevas acciones en salud, empezando el desarrollo de proyectos de salud comunitaria y familiar y el diseño de un nuevo modelo de organización de los servicios de salud.

En este contexto, en 1991, se implanta el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) que fue previo a la formación de los primeros Equipos de Salud Familiar (ESF), en 1994, los cuales incorporaron y ampliaron la actuación de los agentes comunitarios. Se trata de una estrategia que da prioridad a las acciones de prevención, promoción y recuperación de la salud de las personas, de forma integral y continua, cuya atención ocurre en la unidad básica de salud o en el hogar, por profesionales que hacen parte del equipo, creando vínculos de co-responsabilidad entre ellos y la población que será acompañada. Esto facilita la identificación y la atención de los problemas de salud de la comunidad.

Conforme resaltado en las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal, la Estrategia de Salud de la Familia presenta como característica una gran capilaridad, socialmente sensible:

> …sus acciones ponen frente a frente profesionales y realidad. Son espacios pedagógicos en el que la práctica es objeto de acciones y donde las situaciones hablan por si, permitiendo a los equipos aprender y comprender de forma absolutamente real y nueva cada vez que ocurren. Son situaciones donde el hacer está próximo a la realidad de vida de las personas, posibilitando un espacio privilegiado para el trabajo junto a los usuarios.

En el período de diciembre de 2002 a diciembre de 2005, fueron implantadas 7.866 nuevas ESF, totalizando 24.564 equipos actuando en el país, con un aumento de cobertura poblacional de 54,9 millones de habitantes en diciembre de 2002 para 78,6 millones en diciembre de 2005.

Respecto a los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), fueron incluidos 32.641 nuevos agentes en el período de diciembre de 2002 a diciembre de 2005, totalizando 208.104 ACS actuando en el país. La población cubierta por los ACS pasó de 90,7 millones de personas en diciembre de 2002 para 103,5 millones en diciembre de 2005.

• La salud bucal en la Estrategia de Salud Familiar

La inclusión de la Salud Bucal en la estrategia de Salud Familiar ha representado la posibilidad de crear un espacio de prácticas y relaciones que puedan reorientar el proceso de trabajo y la propia actuación de la salud bucal en el ámbito de los servicios de salud. Así, el cuidado de la salud bucal va a exigir la conformación de un equipo de trabajo que

se relacione con los usuarios y que participe de la gestión de los servicios para suplir las demandas de la población y ampliar el acceso a las acciones y servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal, a través de medidas de carácter colectivo y por medio del establecimiento del vínculo territorial.

De esta forma, con el fin de reorganizar el modelo de atención a la salud y ampliar el acceso a la salud bucal garantizando la atención integrada a individuos y familias, los Equipos de Salud Bucal pasaron a formar parte de la estrategia de Salud Familiar por medio de la **Ordenanza GM/MS nº 1.444** del 28 diciembre de 2000. Esta establece un incentivo financiero para la reorganización de la atención a la salud bucal ofrecida en los municipios. Las reglas y directrices para este fin, a su vez, fueron registradas por la Ordenanza GM/MS Nº 267 con fecha de 6 de marzo de 2001, creándose así dos tipos de Equipos de Salud Bucal:

- ESB Modalidad I: Compuesta por Cirujano Dentista (CD) y Asistente de Consultorio Dentario (ACD). Recibía inicialmente el importe de 5 mil reales (aproximadamente 2.200 dólares) para implantación y 13 mil reales (aproximadamente 5.600 dólares) al año para pagos.
- ESB Modalidad II: Compuesta por CD, ACD y Técnico en Higiene Dental (THD). Recibía inicialmente el importe de 5 mil reales (aproximadamente 2.200 dólares) para implantación y 16 mil reales (aproximadamente 7.000 dólares) al año para pagos.

Originariamente, cada ESB servía como referencia para dos ESF de modo que cada ESB cubría un promedio de 6.900 personas. Esta razón representaba un factor limitante al proceso de implantación de los equipos de salud bucal e imponía a los expertos de salud bucal un volumen de demanda de procedimientos clínicos curativos que comprometía la incorporación de la filosofía de la estrategia de Salud de Familiar en el proceso de trabajo de estos profesionales.

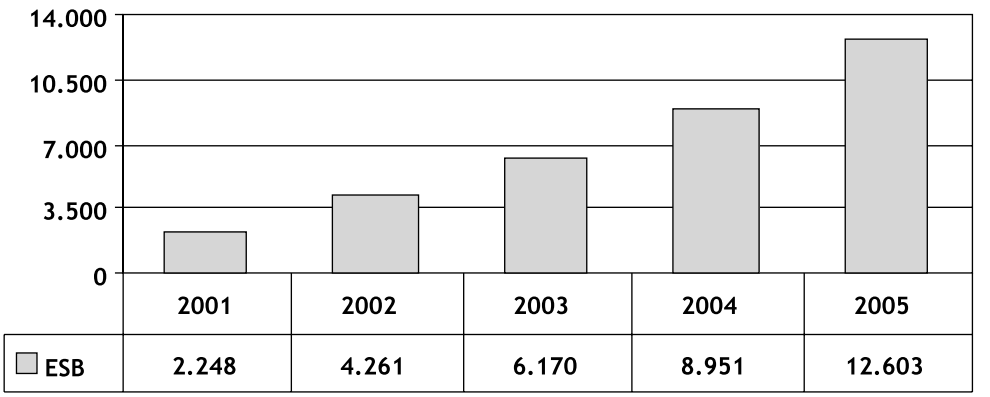
A partir de la **Ordenanza Nº 673/GM** de 2003, el Ministerio de Salud comenzó a financiar las ESB en una proporción de 1:1 en relación a las ESF, en la que cada ESB pasó a cubrir un promedio de 3.450 personas. Esta misma Ordenanza reajustó los incentivos de pago de las ESB Modalidad I a 15.600 (aproximadamente 6.800 dólares) y 19.200 reales (aproximadamente 8.300 dólares) el incentivo anual de pago a las ESB Modalidad II.

Con la **Ordenanza Nº 74/GM**, del 20 enero de 2004, se han efectuado nuevos reajustes de los incentivos, recibiendo cada ESB Modalidad I el importe de 20.400 reales (aproximadamente 8.900 dólares) mientras que las ESB Modalidad II reciben 26.400 reales (aproximadamente 11.500 dólares) al año para pagos. Estos importes son 56,9% más

elevados para las ESB Modalidad I, y 65%, para las ESB Modalidad II si se comparan con los valores de 2001 y 2002. Ambas modalidades han recibido 6 mil reales como incentivo adicional para la adquisición de equipos e instrumental. Después de esta ordenanza, las ESB Modalidad II pasaron a recibir un equipo odontológico completo (sillón de dentista, taburete, unidad auxiliar y piezas de mano) para la labor del Técnico en Higiene Dental (THD).

Desde diciembre de 2002 hasta diciembre de 2005 se han implantado 8.342 nuevos Equipos de Salud Bucal (ESB) en la Estrategia de Salud Familiar, alcanzando un total de 12.603 ESB, un incremento de más de 195% en la cantidad de equipos (Gráfico 4.1).

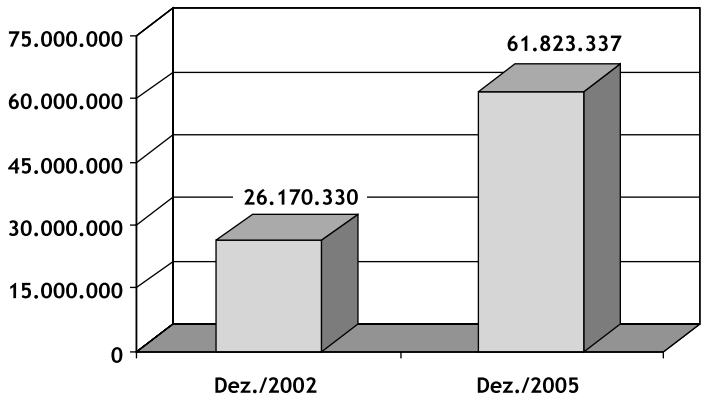
Gráfico 4.1 – ESB implantados. Brasil, marzo/2001 – diciembre/2005



Fuente: Siab

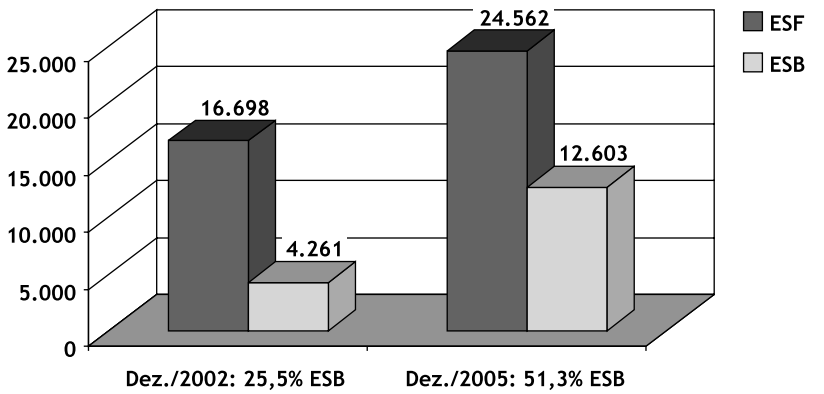
En este período se produjo un incremento en la cobertura poblacional de las ESB de más de 35,5 millones de personas, totalizando más de 61,8 millones de personas cubiertas por estos equipos (Gráfico 4.2). Además se observa que en diciembre de 2002, cerca de 25,5% de los Equipos de Salud Familiar tenían expertos de salud bucal y, en diciembre de 2005 alcanzó el 51,3%, lo que representa a un crecimiento en la proporción entre los equipos (Gráfico 4.3).

Gráfico 4.2 – Cobertura poblacional de los ESB. Brasil, diciembre/2002 – diciembre/2005



Fuente: SIAB

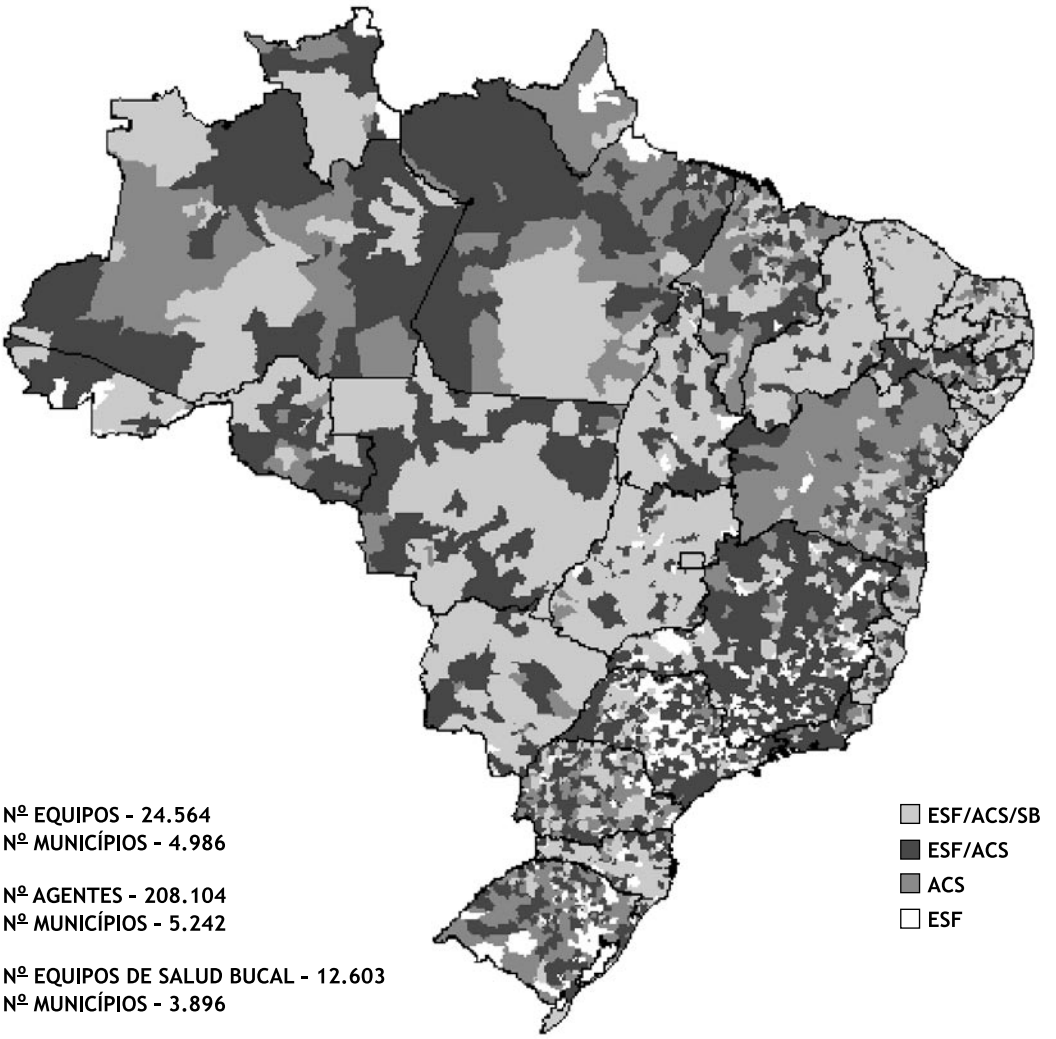
Gráfico 4.3 – Proporción entre los ESF y los ESB. Brasil, diciembre/2005



Fuente: SIAB

Hasta diciembre de 2005 94,2% de los municipios contaban con ACS, mientras que 89,6% contaban con ESF y 70,1% con ESB, conforme se refleja en el Mapa 4.1.

Mapa 4.1 – Situación de la implantación de Equipos de Salud Familiar, Salud Bucal y Agentes Comunitarios de Salud. Brasil, diciembre/2005



4.2. Ampliación y Calificación de la Atención Secundaria y Terciaria: Centros de Especialidades Odontológicas y Laboratorios Regionales de Prótesis Dentales

La asistencia odontológica en los servicios públicos brasileños ha sido restringida casi exclusivamente a los servicios básicos – aún así con una gran demanda reprimida por procedimientos básicos. Los datos del Sistema de Informaciones Ambulativas del SUS (SIA/SUS) de 2002 muestran que los servicios especializados no corresponden a más de 3,5% del total de los procedimientos clínicos odontológicos. Es evidente la poca capacidad de oferta de servicios de atención secundaria y terciaria, comprometiendo en consecuencia el establecimiento de sistemas de referencia y contra-referencia en salud bucal adecuados en la casi totalidad de los sistemas loco-regionales de salud. La ampliación de la red asistencial de atención secundaria y terciaria no ha alcanzado, en el sector odontológico, el incremento en la oferta de servicios de atención básica (BRASIL, 2004).

Como lo enfatiza el texto de las Directrices de la Política Nacional de Salud Bucal, con la ampliación del concepto de atención básica, y el consecuente incremento en la oferta de diversidad de procedimientos se han hecho necesarias también inversiones que tiendan a incrementar el acceso a los niveles secundario y terciario de atención.

Se establecieron así los criterios, reglas y requisitos para la implantación y registros de los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) por medio de la **Ordenanza Nº 1.570/GM** del 29 de julio de 2004, del mismo modo que se estableció su financiamiento por medio de la **Ordenanza Nº 1571/GM** del 29 de julio de 2004, con el objetivo de ampliar y calificar la oferta de servicios odontológicos especializados. La **Ordenanza Nº 283/GM** del 22 de febrero de 2005, pasó a permitir el anticipo de recursos de implantación de estos centros.

Los CEO son unidades de referencia para la Atención Básica integrados en el proceso de planificación loco-regional que proveen mínimamente, las especialidades de periodoncia, endodoncia, pacientes con necesidades especiales, diagnóstico bucal y cirugía oral menor, clasificados en dos tipos:

- CEO Tipología I: Con 3 sillones odontológicos. Cada CEP Tipología I recibe 40 mil reales (aproximadamente 17.400 dólares) para su implantación y 6 mil reales (aproximadamente 2.600 dólares) mensuales.

- CEO Tipología II: Con 4 hasta 6 sillones odontológicos. Cada CEO Tipología II recibe 50 mil reales (aproximadamente 21.700 dólares) para su implantación y 8 mil reales (aproximadamente 3.500 dólares) mensuales para otros costos.

Hasta diciembre de 2005 se implantaron 336 CEO en 268 municipios repartidos en 25 Estados y el Distrito Federal (Tabla 4.1). Se han realizado en estos Centros más de 2,9 millones de procedimientos entre enero y octubre de 2005

Tabla 4.1 – CEO implantados. Brasil, 2005

Región	CEO implantados
Centro-Oeste	33
Nordeste	104
Norte	17
Sudeste	125
Sur	57
Total	336

Fuente: Ministerio de Salud, 2005

Hasta diciembre de 2005 se pasaron los recursos para la implantación de otros 181 CEO. A través de la **Ordenanza Nº 74/GM** del 20 de enero de 2004, se incluyeron en la Atención Básica los procedimientos de moldeado y suministro de prótesis total. Para apoyar la confección de las prótesis totales se han creado recursos financieros por Prótesis Total confeccionada por medio de la emisión de una Autorización para Procedimientos de Costo/Complejidad Elevado (APAC) de 30 reales (aproximadamente 13 dólares) por Prótesis Total.

4.3. Fluoración del agua del abastecimiento público

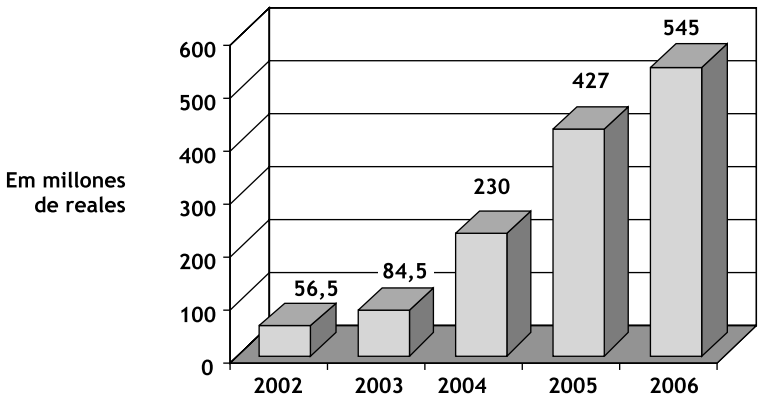
La ampliación de la fluoración del agua de abastecimiento público es una de las principales acciones de la Política Nacional de Salud Bucal. Por este motivo se están llevando a cabo acciones para garantizar el abastecimiento de agua depurada – clorada y fluorada – como un derecho de la ciudadanía. Hay que resaltar que hasta comienzos de 2003, poco más de 70 millones de brasileños estaban abastecidos con agua fluorada.

Gracias al Brasil Sonriente los datos de diciembre de 2005 muestran que se implantaron 205 nuevos sistemas de fluoración del agua de abastecimiento público, abarcando 106 municipios en 6 Estados. Este proceso está siendo viabilizado por medio de una acción conjunta con la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) y acuerdos con las Secretarías Estaduales de Salud.

4.4. Inversiones en el Brasil Sonriente

En relación a las inversiones en el área de salud bucal en 2002 se invirtieron 56 millones de reales (aproximadamente 24.300.000 dólares). En 2003 se invirtió un 46% más, pasando a un total de 84 millones de reales (aproximadamente 35.500.000 dólares). En 2004 la inversión fue de 184 millones (aproximadamente 80.000.000 dólares), conforme Gráfico 4.4. Para 2005, se asignaron 427 millones de reales (aproximadamente 185.600.000 dólares) para inversiones en salud bucal y se prevé una inversión de 545 millones de reales (aproximadamente 234.000.000 dólares) para 2006, lo que significa unas diez veces la cantidad invertida en 2002.

Gráfico 4.4 – Recursos Federales aplicados en Salud Bucal. Brasil, 2002 - 2006



Fuente: Ministerio de Salud

REFERENCIAS

1. BRASIL, Ministerio de Salud – Coordinación Nacional de Salud Bucal. **1ª. Conferencia Nacional de Salud Bucal** - Informe Final. Brasilia, 1986, 11p. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

2. BRASIL, Ministerio de Salud – Coordinación Nacional de Salud Bucal. **II Conferencia Nacional de Salud Bucal -** Informe Final**.** Brasilia, 1990, 60p. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

3. BRASIL, Ministerio de Salud – Coordinación Nacional de Salud Bucal. **3ª. Conferencia Nacional de Salud Bucal -** Informe Final. Brasilia, 2004, 148p. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

4. BRASIL, Ministerio de Salud – Departamento Nacional de Salud Bucal. **Levantamiento epidemiológico en Salud Bucal:** Brasil, zona urbana. 1986. 137p. (Serie C: Estudios y Proyectos, 4). Disponible en: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saudebucal/vigilancia.php>.

5. BRASIL, Ministerio de Salud - **Levantamiento epidemiológico en salud bucal – Caries dental. 1996**. Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

6. BRASIL, Ministerio de Salud – **Proyecto SB2003.** Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

7. BRASIL, Ministerio de Salud. **Portal de la Salud de la Familia.** Disponible en: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=149>. Acceso en octubre 2005.

8. BRASIL. Ministerio de Salud. **Directrices de la Política Nacional de la Salud Bucal 2004.** Disponible en: <www.saude.gov.br/bucal>. Acceso en octubre 2005.

9. CARVALHO, C. L, LOUREIRO, C. A. S. A inserção da odontologia na saúde escolar. **Cuaderno de Odontología**. Belo Horizonte, v.1, n. 1, p. 43 – 57, nov. 1997.

10. COSTA, N. R. . **Lutas Urbanas e Controle Sanitário** - Origens das Políticas de Saúde No Brasil. 2. ed. PETROPOLIS: VOZES, 1986. v. 2. 115 p.

11. FEDERATION DENTAIRE INTERNACIONALE. Global Goals for Oral Health in the year 2.000. Int. **Dent. J**., 32(1):74-7, 1982.

12. SCARPONI, Florentino García. **Un proceso de democratización de las propuestas para el sector salud: Las Conferencias Nacionales de Salud en Brasil.** Disponible en: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque52.doc>. Acceso en octubre 2005.

13. GARRAFA, V. Saúde Bucal e Cidadania. **Rev. Saúde em Debate**, n°. 41, p.50-57, dezembro de 1994.

14. LUZ, M. T. 1991. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática – anos 80. **Physis** v. 1, n. 1, p. 77-96.

15. MENDES,E.V. (Org) **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994. 310p.

16. NARVAI, P. C. **Odontologia e Saúde Bucal Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec - Humanismo Ciência e Tecnologia. 1994. 108p.

17. OPAS. **Perfil Brasil**, 2005. Disponible en: <http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5515.doc>. Acceso en octubre 2005.

18. PAIM, J.; ALMEIDA Filho, N. Saúde Coletiva: Uma ''nova saúde pública'' ou campo aberto para novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 4, n. 32, 1998. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acceso en octubre 2005.

19. PINTO,V.G. **A Odontologia Brasileira às Vésperas do Ano 2000: Diagnósticos e Caminhos a Seguir**. Brasília: Livraria e Editora Santos.1993.

20. PNUD. Conferência internacional democracia, participação cidadã e federalismo, 2004. Disponible en: <http://www.pnud.org.br/democracia/documentos/CPP2.esp.pdf>. Acceso en octubre 2005.

21. RIVERO,D.A.T. Alma-Ata:25 anos después. **Revista Perspectivas de Salud/OPS**. Washington, DC, v. 8, n.1, 2003. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/Numero17_articulo1_4.htm>. Acceso en octubre 2005.

22. RONCALLI, Ângelo Giuseppe. **Perfil epidemiológico de saúde bucal no Brasil**: 1986-1996, set. 1998. 20 p. Disponible en: <http://72.14.207.104/search?q=cache:OfHts927aLsJ:planeta.terra.com.br/saude/angelonline/artigos/art_epid/epi_bra.pdf+levantamento+epidemiol%C3%B3gico+saude+bucal&hl=pt-BR>. Acceso en octubre 2005.

23. SHEIHAM A .; JOFFE M. Public Dental Health Strategies for Identifying and Controlling Dental Caries in High and Low Risk Populations. In: **Risk marks for oral disease**. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

24. SCHLOSMAN, Steven L., BROWN, JoAnne, SEDLAK Michael. **The Public School in American Dentistry**. Los Angeles: Robert Wood Johnson Foudation, 1986. 70p.

25. SERRA, C. G. **A saúde bucal como políticas de saúde.** Análise se três experiências recentes: Niterói, Campinas e Curitiba. 1998, 1323p. Dissertação – Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

26. SILVA, Pedro Luiz Barros. **Acesso e gerenciamento dos serviços de saúde**: o dilema do SUS na nova década, 2002. Disponible en: <http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp12.htm#nota2>. Acceso en octubre 2005.

27. SILVEIRA FILHO, Antônio Dercy. A saúde bucal no PSF: o desafio de mudar a prática. **Boletim do Programa de Saúde da Família**, dez. 2002.

28. STARR, P. **The social transformation of American Medicine** – The rise of a sovereign profession and the making of a vast industry. Basic Books, 1982.

29. WERNECK, M. A. F. **A saúde bucal no SUS: uma perspectiva de mudança.** Niteroi: Universidade Federal Fluminense, Curso de Pós-Graduação em Odontologia Social, 1994. 186 p. (Tesis de Doctorado en Odontología Social).

30. WERNECK, M. A . F. A reforma sanitária no Brasil. In: Brasil. Ministerio de la Salud. **Guia curricular para formação do atendente de consultório dentário para atuar na rede básica do SUS: áreas III e IV**. Brasília: Ministério de la Salud 1998, p.247-266.

31. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Oral Health**. Disponible en: <http://www.who.int/oral_health/en/>. Acceso en octubre 2005.

32. ZANETTI, C. H. G., LIMA, M. A., Ramos L. et al. Em busca de um paradigma de programação local em saúde bucal mais resolutivo no SUS. **Revista Divulgação Saúde em Debate**, n.13, p.18-35. 1996.

ANEXO
DIRECTRICES DE LA POLÍTICA NACIONAL DE SALUD BUCAL – BRASÍLIA, ENERO DE 2004

PRESENTACIÓN

Este documento presenta las directrices del Ministerio de la Salud para organizar la atención a la salud bucal en el ámbito del SUS resultantes de un proceso de discusiones con los coordinadores estaduales de salud bucal. Tales directrices se fundamentan en las proposiciones concebidas durante las últimas décadas en congresos y cumbres de odontología y de salud colectiva y en conformidad con las deliberaciones de las Conferencias Nacionales de Salud y de la 1ª y la 2ª Conferencia Nacional de Salud Bucal. Estas directrices constituyen el eje político básico para la reorientación de los planes y prácticas en el campo de la salud bucal, capaces de permitir un nuevo proceso de trabajo y que tienen como meta la realización del cuidado. Debe comprenderse así como referencia conceptual para el proceso de realizar el modelo de atención en el espacio de la micro-política donde se lleva a cabo, confrontando problemas y demandas diferentes, el encuentro entre el saber y el hacer entre los usuarios y expertos.

Debido a su naturaleza técnica y política, este documento se encuentra en construcción permanente, considerando las diferencias sanitarias, epidemiológicas regionales y culturales del Brasil y debe ser discutido tomando en consideración los resultados de lo levantamiento Condiciones de Salud Bucal en la Población Brasileña basado en un enfoque epidemiológico.

Se recomienda también que sea discutido en el ámbito de los consejos nacional, estaduales y municipales de salud, con el fin de ampliar el debate con los trabajadores y con los usuarios del sistema de salud, para profundizar el control público en esta área específica.

Hay que aclarar que se espera que este paquete de proposiciones continúe en discusión durante el amplio proceso de debates que representa la 3ª Conferencia Nacional de Salud Bucal en varios niveles, cuyas decisiones van a permitir reforzar ciertas proposiciones y reorientar otras.

1. INTRODUCCIÓN

Las directrices aquí presentadas señalan una reorganización de la atención en salud bucal en todos los niveles, tomando el concepto de cuidado como eje de reorientación del modelo, respondiendo a un plan de salud que no está centrado simplemente en la asistencia a los enfermos, sino principalmente en la promoción de la buena calidad de vida y la intervención en los factores que la ponen en riesgo – por medio de la incorporación de las acciones programáticas de una forma más abarcadora y del desarrollo de acciones intersectoriales.

La producción del cuidado implica una proposición de humanización del proceso de desarrollo de acciones y servicios de salud. Esta implica responsabilidad de los servicios y trabajadores de la salud para establecer junto con los usuarios la posible respuesta a sus dolores, angustias, problemas y aflicciones de tal manera que no solamente se lleven a cabo consultas y atenciones, sino que el proceso de consulta y de atención se traduzca en conocimiento, responsabilidad y autonomía para cada usuario.

De ese modo, las acciones y los servicios deben resultar de un conocimiento adecuado de la realidad de la salud en cada lugar para construir una práctica efectivamente resolutiva a partir de los mismos. Es imprescindible acercarse las personas e intentar conocerlas en su medio ambiente: sus condiciones de vida, las representaciones y concepciones que tienen sobre su salud, sus hábitos, las medidas que toman para remediar sus problemas cuando padecen y lo que hacen para evitar a las enfermedades.

Punto de partida para el ejercicio de la ciudadanía, la construcción de la conciencia sanitaria implica necesariamente tanto para los administradores y expertos, como para los usuarios ser conscientes de los aspectos que limitan y fijan un cierto estado de salud y los recursos existentes para su prevención, promoción y recuperación.

El estímulo para construir una conciencia sanitaria, en la que se perciba la totalidad como un derecho que va a ser conquistado asentirá, con las formas posibles de participación, desarrollar el proceso de control social de las acciones y servicios en salud bucal.

Para la organización de este modelo, es imprescindible que se conciban las líneas del cuidado (del niño, adolescente, adulto y anciano) por medio de la creación de flujos que impliquen acciones resolutivas de los equipos de salud, centrados en acoger, informar y atender (referencia y contra-referencia). En ese modelo el usuario conoce cada parte que compone la estructura del servicio de acuerdo con su experiencia personal y se siente parte de ello y capaz de influir en su evolución. La línea del cuidado implica un

redireccionamiento del proceso de trabajo en el que el trabajo en equipo es uno de sus principales fundamentos. Constituida así en sintonía con el universo de los usuarios, esta línea tiene como postulado el principio constitucional de la intersectorialidad y por su potencial de resolución, permite que surjan lazos de confianza y vínculos, indispensables para mejorar la calidad de los servicios de salud y profundizar la humanización de estas prácticas.

Como consecuencia, los expertos del equipo de salud bucal deben desarrollar la capacidad de proponer alianzas o en el sistema de salud, sea en las acciones desarrolladas junto con las áreas de saneamiento, enseñanza, asistencia social, cultura o transporte, entre otras.

En el ámbito de la asistencia, esas directrices apuntan fundamentalmente a la ampliación y calificación de la atención básica, viabilizando el acceso a todos los grupos de edad y la oferta de más servicios, garantizando el atendimiento en los niveles secundario y terciario con el fin de integrar los servicios de atención.

2. POSTULADOS

La reorientación del modelo de atención en salud bucal tiene los siguientes postulados:

2.1. Asumir el compromiso de una atención básica calificada, garantizando la calidad y resolución, independientemente de la estrategia de organización adoptada por el municipio.

2.2. Garantizar una red de atención básica articulada con toda la red de servicios y como parte indisoluble de la misma.

2.3. Asegurar que las acciones de salud bucal están integradas, articulando lo individual a lo colectivo, la promoción y la prevención al tratamiento y la recuperación de la salud de la población adscrita, sin dejar de atender cualquier ciudadano que se encuentre en una situación de emergencia.

2.4. Emplear la epidemiología y las informaciones sobre el territorio, subsidiando la planificación – procurando contar con un diagnóstico previo sobre las condiciones de la salud-enfermedad de las poblaciones, que cuente con un abordaje familiar y un conocimiento de las relaciones que se establecen en el territorio en el que se desarrolla la práctica de salud.

2.5. Realizar un acompañamiento del impacto de las acciones en salud bucal por medio de indicadores adecuados, lo que implica la existencia de registros simples, confiables y continuados.

2.6. Centrar la actuación en la Vigilancia de la Salud, incorporando prácticas regulares de evaluación y acompañamiento de los daños, riesgos y determinantes del proceso salud-enfermedad, actuación intersectorial y acciones sobre el territorio.

2.7. Incorporar la Salud Familiar como una estrategia importante en la reorganización de la Atención Básica.

2.8. Definir la política de enseñaza continua para los trabajadores de la salud bucal, con el fin de implementar proyectos de cambio en la formación técnica, de doctorado y de post-doctorado para que atiendan las necesidades de la población y los principios del SUS. Establecer responsabilidades entre las esferas del gobierno, con dispositivos de cooperación técnica y financiera, orientados a la formación inmediata de personal auxiliar, para posibilitar la implantación de los equipos de salud bucal en la ESF. En los estados en los que los Polos de Educación Permanente ya esten implantados, la enseñaza continuada de los trabajadores en salud bucal debe darse a través de ellos.

2.9. Establecer una política de financiación para el desarrollo de acciones orientadas a la reorientación del modelo de atención.

2.10. Definir una agenda de investigación científica con el objetivo de investigar los principales problemas relativos a la salud bucal, además de desarrollar nuevos productos y tecnologías necesarias para expandir las acciones de los servicios públicos de salud bucal en todos niveles de atención.

3. PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS ACCIONES

El desarrollo de acciones desde la perspectiva del *cuidado en salud bucal* cuenta con los siguientes principios, además de los enunciados en el texto constitucional (universalidad, integralidad y equidad):

3.1. Gestión participativa: definir democráticamente la política de salud bucal, garantizando la participación de las representaciones de usuarios, trabajadores y proveedores, en todas las esferas del gobierno.

3.2. Ética: garantizar que cualquier acción sea gobernada por los principios universales de la ética en la salud.

3.3. Acceso: buscar el acceso universal a la asistencia y atender toda demanda expresa o constreñida, desarrollando acciones colectivas que partan de situaciones individuales y vice-versa, asumiendo también la responsabilidad por todos los problemas de salud de la población de un determinado espacio geográfico. Debe darse prioridad absoluta a los casos de dolor, infección y sufrimiento.

3.4. Acogimiento: desarrollar acciones para el usuario, considerándole en su integridad biológico-psicológico-social. El acogimiento presupone que el servicio de salud sea organizado de una manera enfocada en el usuario, garantizado por un equipo multiprofesional, para recibirlo, escucharlo, orientarlo, atenderlo, y acompañarlo. Representa la base de la humanización de las relaciones y caracteriza el primer acto de cuidado a los usuarios, contribuyendo al incremento de la resolución.

3.5. Vínculo: responsabilizar la unidad o servicio de salud por la solución de los problemas en el área a su cargo, por medio de la oferta de acciones calificadas, eficaces y que permitan el control por parte del usuario durante su ejecución. El vínculo es la sinopsis de la humanización de la relación con el usuario y su construcción requiere la definición de las responsabilidades de cada miembro del equipo por las tareas necesarias al atendimiento en situaciones rutinarias o imprevistas. El vínculo es el resultado de las acciones de acogida y principalmente, de la calidad de la respuesta (clínica o no) recibida por el usuario.

3.6. Responsabilidad profesional: involucrarse con los problemas y demandas de los usuarios, garantizando respuestas resolutivas, volviéndose co-responsable por el enfrentamiento de los factores asociados al proceso salud-enfermedad en cada territorio. Corresponde al desarrollo de prácticas profesionales basadas en el respeto a la identidad del usuario, conocimiento de su contexto familiar y laboral, permitiendo el tiempo necesario para escuchar la queja, atenderlo y tomar las medidas oportunas, creando basis para una atención integral a la salud y a las necesidades de los distintos grupos poblacionales.

4. PROCESO DE TRABAJO EN SALUD BUCAL

La adecuación del proceso de trabajo al modelo de atención que se propone requiere:

4.1. Interdisciplinaridad y multiprofesionalismo: el desempeño del Equipo de Salud Bucal (ESB) no debe circunscribirse únicamente al campo biológico o al trabajo

técnico-odontológico. Además de sus funciones específicas, el equipo debe interactuar con expertos de otras áreas, de manera para extender su conocimiento, permitiendo un análisis holístico del individuo, consciente del contexto socio-económico-cultural bajo el cual se encuentra. El respeto mutuo a percepciones distintas debe darse de manera permanente entre todos los profesionales de la salud para permitir que aspectos de la salud bucal sean debidamente adquiridos y se vuelvan objeto de sus prácticas. La ESB debe ser – y sentirse – parte del equipo multiprofesional en unidades de salud de cualquier nivel de atención.

4.2. Integralidad de la atención: el equipo debe ser apto para proveer acciones de promoción, protección, prevención, tratamiento, cura y rehabilitación, sea en nivel individual o colectivo.

4.3. Intersectorialidad: las acciones de promoción de salud van a ser más efectivas al involucrar la escuela, el centro de trabajo, el comercio, los medios de comunicación, la industria, el gobierno, las organizaciones no-gubernamentales y otras instituciones. La intersectorialidad en este sentido implica incluir en la planificación los distintos sectores que influyen en la salud humana: entre otros, la enseñanza, la agricultura, la comunicación, la tecnología, los deportes, el saneamiento, el trabajo, el medio ambiente, la cultura y asistencia social.

4.4. Ampliación y capacitación de la asistencia: organizar el proceso de trabajo para garantizar los procedimientos más complejos y conclusivos para dar respuesta a la necesidad que produjo la busca de la asistencia, evitando el agravamiento del cuadro y futuras pérdidas dentales y otras secuelas. Los servicios deben dedicar un tiempo de consulta suficiente y apropiado a la complejidad del tratamiento. En esa organización, se recomienda:

a) ampliar la hora de clínica del CD para optimizar la asistencia – 75% hasta 85% de las horas contratadas deben dedicarse a la asistencia. De 15% hasta 25% para otras actividades (planificación, capacitación, actividades colectivas). Las actividades pedagógicas y preventivas, en nivel colectivo, deben ejecutarse preferentemente por parte del equipo asistente. La planificación, supervisión y evaluación implican participación y responsabilidad del CD;

b) garantizar la atención de urgencias en la atención básica y pasar los cuidados complementares a esos casos a otras unidades de salud (atención rápida, emergencias y hospital) conforme el Plan Director de Regionalización;

c) adecuar la disponibilidad de los recursos humanos, según el flujo de demanda de la realidad local.

4.5. Condiciones de trabajo: para aprovechar el uso total de la capacidad instalada de la red de servicios, se plantea desarrollar políticas de provisión de intrumental y material de consumo y conservación, mantenimiento y repuesto de los aparatos odontológicos, para garantizar las condiciones adecuadas de trabajo. Es indispensable, en este punto, que se sigan rigurosamente las reglas y estándares establecidos por el sistema nacional de vigilancia sanitaria.

4.6. Parámetros: los parámetros para orientar el proceso de trabajo deben discutirse y convenirse entre las coordinaciones de la salud bucal (nacional y estaduales; y estaduales y municipales) para garantizar la dignidad en el trabajo a los expertos y los usuarios, la calidad de los servicios ofrecidos y observar las reglas de bioseguridad.

5. ACCIONES

El concepto ampliado de salud, definido en el articulo 196 de la Constitución de la República, debe orientar el cambio progresivo de los servicios, evolucionando de un modelo asistencial enfocado en la enfermedad y asentado en la atención a quien la procura, hacia un modelo de atención integral a la salud, donde se incorporen progresivamente acciones de promoción y protección, junto con aquellas de recuperación propiamente dichas.

Para identificar mejor los principales grupos de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que han de desarrollarse prioritariamente hay que conocer las características del perfil epidemiológico de la población, no solamente en lo que respecta a las enfermedades más comunes, sino también las condiciones socio-económicas de la comunidad, sus hábitos y estilos de vida y sus necesidades de salud – percibidas o no – en las que se incluyen por extensión la infra-estructura de servicios disponibles.

Las acciones de salud bucal deben inserirse en la estrategia planificada por el equipo de salud en una inter-relación permanente con las demás acciones de la unidad de salud.

5.1. Acciones de promoción y protección de salud: este grupo de acciones puede desarrollarse por el sistema de salud, articulado con otras instituciones gubernamentales, empresas, asociaciones comunitarias y con la población y sus órganos de representación. Tales acciones están orientadas a reducir los factores de riesgo que constituyen una amenaza a la salud de las personas, pudiendo producirles discapacidades y disfunciones. En este grupo se incluyen también la identificación y propagación de informaciones sobre los factores de protección de la salud.

Este grupo incluye un repertorio bastante amplio y diferenciado de acciones de naturaleza predominantemente pedagógico-preventiva.

La promoción de la salud bucal inserta en un concepto amplio de salud que transciende la dimensión meramente técnica del sector odontológico, integrando la salud bucal a las demás prácticas de salud colectiva. Representa la construcción de políticas públicas saludables, el desarrollo de estrategias orientadas a todas las personas de la comunidad como políticas que creen oportunidades de acceso al agua tratada, que incentiven la fluoración de las aguas, el empleo de pastas dentales fluoradas y que aseguren la disponibilidad de los cuidados odontológicos básicos adecuados. Acciones de promoción de la salud incluyen igualmente trabajar con análisis sobre los factores de riesgo o de protección simultáneos, tanto para las enfermedades de la cavidad bucal, como para las otras enfermedades (diabetes, hipertensión, obesidad, trauma y cáncer), tales como: políticas de nutrición sana para reducir el consumo de azucares, análisis comunitario para incrementar el auto cuidado con la higiene corporal y bucal, política de eliminación del tabaquismo y disminución de accidentes.

La búsqueda de autonomía de los ciudadanos es otro requisito de las acciones de promoción de salud. El equipo de salud debe hacer un esfuerzo simultáneo para aumentar la autonomía y estimular prácticas de auto cuidado por parte de los pacientes, sus familias y comunidades. Es recomendable que se trabaje en una línea de combate a la automedicación, la medicalización y la dependencia excesiva a expertos o servicios de salud.

Las acciones de protección para la salud pueden desarrollarse al nivel individual y/o colectivo. Para las acciones que inciden en los dos niveles, hay que garantizar el acceso a los cepillos y pastas fluoradas. Además, los procedimientos colectivos son acciones pedagógico-preventivas realizadas en el ámbito de las unidades de salud (trabajo del equipo de salud en grupos de ancianos, hipertensos, diabéticos, embarazadas, adolescentes, salud mental, planificación familiar y sala de espera), en los domicilios, grupos de calle, escuelas, guarderías infantiles, asociaciones, clubes de madres u otros espacios sociales, ofertados de manera continua que incluyen:

5.1.1. Fluoración del agua: se entiende que el paso al agua depurada y fluorada es fundamental para la salud de la población. De este modo, viabilizar las políticas públicas que garantizan la implantación de la fluoración del agua, extensión del programa a los municipios con sistemas de tratamiento constituye

la manera más abarcadora y socialmente justa de acceso al flúor. Desarrollar acciones intersectoriales para ampliar la fluoración del agua en Brasil es una prioridad del gobierno, garantizándose la continuidad y contenidos apropiados, según lo dispuesto en la ley 6.050 y normas complementares, con la creación y/o desarrollo de sistemas de vigilancia compatibles. La organización de tales sistemas incumbe a los órganos de gestión del SUS.

5.1.2. Educación en salud: incluye las acciones enfocadas a la apropiación del conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad, incluyendo factores de riesgo y de protección a la salud bucal, así como posibilitar al usuario un cambio de hábitos, apoyándolo en la conquista de su autonomía.

La atención a la salud bucal debe considerar tanto las diferencias sociales cuanto las singularidades culturales al discutir la nutrición sana, el mantenimiento de la higiene y el auto cuidado del cuerpo, teniendo en cuenta que la boca es el órgano de absorción de nutrientes, expresión de sentimientos y de defensa.

Los contenidos de la educación en salud bucal deben trabajarse pedagógicamente, preferentemente de manera integrada con las demás áreas. Pueden desarrollarse en forma de debates, talleres de salud, videos, teatro, coloquios de grupo, carteles, catálogos y otros medios. Debe atenerse a la ley federal 9394/96 que permite la estructuración de contenidos pedagógicos en salud en el ámbito de las escuelas, desde un punto de vista local, con el apoyo y participación de los equipos de las unidades de salud.

Estas actividades puede desarrollarlas un cirujano dentista (CD), un técnico en higiene dental (THD), asistente de consultorio dentario (ACD) y un agente comunitario de salud (ACS), principalmente durante las visitas a los hogares. Las escuelas, guarderías infantiles, asilos y espacios institucionales son los locales preferenciales para este tipo de acción en el que no se descartan otros espacios donde los profesionales de la salud, en tanto que cuidadores puedan ejercer actividades que estimulen a la reflexión para una mayor conciencia sanitaria y apropiación de la información necesaria para el auto cuidado.

Teniendo en consideración la importancia de que el trabajo del CD no se limite a su desempeño en el ámbito de la asistencia odontológica, limitándose únicamente a la clínica, se recomienda cautela en los desplazamientos frecuentes del mismo para la ejecución de las acciones colectivas. Estas se

realizarán preferentemente por parte del THD, ACD y ACS. El CD debe planificarlas, organizarlas, supervisarlas y evaluarlas siendo él en última instancia el responsable técnico-científico de las mismas.

5.1.3. Higiene bucal supervisada: la higiene bucal es un elemento fundamental de la higiene corporal de las personas. Sin embargo, realizarla adecuadamente requiere aprendizaje. Una de las posibilidades para este aprendizaje es el desarrollo de actividades de higiene bucal supervisada (HBS) por parte de los servicios de salud en los más distintos espacios sociales. La HBS tiene como objetivo la prevención de caries – cuando se haya empleado la pasta dental fluorada – y de gingivitis, por medio del control continuado de placa por parte del paciente con supervisión profesional, adecuando la higiene a la motricidad del individuo. Se recomienda cautela en la definición de técnicas "correctas" y "erróneas", para evitar estigmatizaciones. La HBS debe desarrollarse preferentemente por los profesionales auxiliares del equipo de salud bucal. Su fin es la búsqueda de la autonomía con vistas al auto cuidado.

5.1.4. Aplicación tópica de flúor: la aplicación tópica de flúor (ATF) tiene como objetivo la prevención y control de la caries por medio del empleo de productos fluorados (soluciones para enjuague, gel-fluorado y barniz fluorado) en acciones colectivas.

Para establecer la ATF se recomienda tener en cuenta la situación epidemiológica (riesgo) de distintos grupos poblacionales del lugar donde se vaya a llevar a cabo la acción. Se recomienda el empleo de la ATF con abarque universal en las poblaciones en las que se constaten una o más de las siguientes situaciones:

a) Exposición al agua de abastecimiento sin flúor;

b) Exposición al agua de abastecimiento que contenga por naturaleza bajos contenidos de flúor(hasta 0,54 ppm F);

c) Exposición al flúor en el agua desde menos de 5 años;

d) CPOD superior a 3 a los 12 años de edad;

e) Menos de 30% de los individuos del grupo están libres de caries a los 12 años de edad.

5.2. Acciones de recuperación: este grupo de acciones incluye el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

El diagnóstico debe realizarse lo más tempranamente posible, del mismo modo que el tratamiento debe instituirse de inmediato para interrumpir el avance de la enfermedad e impedir el surgimiento de eventuales discapacidades y daños consecuentes. Por este motivo los servicios de salud, especialmente los del nivel primario de asistencia, deben procurar la práctica adecuada de esas dos acciones primordiales para la recuperación de la salud – diagnóstico y tratamiento.

Por lo que respecta al diagnóstico, se destaca la inclusión en las rutinas de asistencia de métodos que perfeccionen la identificación precoz de lesiones (biopsias y otros exámenes complementares).

Se debe priorizar la identificación precoz de las lesiones de la mucosa bucal, garantizando, en la red asistencial, la atención integral en todos los puntos de atención a la salud, para acompañamiento y orientación y para tratamiento en los niveles de mayor complejidad.

El tratamiento debe priorizar procedimientos conservadores – entendidos como todos aquellos que son ejecutados para el mantenimiento de los elementos dentales – invirtiendo la lógica de extracción, predominante actualmente en los servicios públicos.

En la lista de insumos de la farmacia de la Salud Familiar, se incluirán algunos insumos odontológicos estratégicos para superar las dificultades frecuentes de adquisición en muchos municipios – imposibilitando frecuentemente la ejecución de procedimientos elementales de la asistencia odontológica y comprometiendo la continuidad de acciones colectivas (como el mercurio, limalla de plata, resina fotopolimerizable, ionómero de vidrio también cepillos y pastas dentales, además de otros artículos adecuados a la realidad local de producción de servicios odontológicos básicos).

5.3. Acciones de rehabilitación: Consisten en la recuperación parcial o total de las capacidades perdidas como consecuencia de la enfermedad y en la reinserción del individuo a su entorno social y su actividad profesional.

6. AMPLIACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA

La Atención Básica debe acatar la responsabilidad por la identificación de las necesidades, proveer a los encaminamientos requeridos en cada caso y monitorear la evolución de la rehabilitación, conducir y mantener la rehabilitación en lo período post-tratamiento. Teniendo en cuenta la complejidad de los problemas que demandan a la red de atención básica y a la necesidad de buscarse continuamente formas de ampliarse la oferta y la calidad de los servicios, recomendase la organización y desarrollo de acciones de:

6.1. Prevención y control de cáncer bucal:

a) Ejecutar habitualmente exámenes preventivos para descubrimiento precoz del cáncer bucal, garantizándose la continuación de la atención a todos los niveles de complejidad, por medio de la negociación y convenio con representantes de las tres esferas del gobierno;

b) Proveer oportunidades de se identificaren lesiones bucales (búsqueda activa), tanto en visitas a los hogares como en movimientos de campañas específicas (ejemplo: vacunación de ancianos);

c) Acompañar casos sospechosos y confirmados a través de la definición y, si fuera necesario, la creación de un servicio de referencia, garantizándose el tratamiento y la rehabilitación;

d) Establecer parcerías para la prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación del cáncer bucal con universidades y otras entidades.

6.2. Implantación e incremento de la resolución de la urgencia:

a) Organizar la urgencia, conforme la realidad local;

b) Evaluar la situación de riesgo a la salud bucal en la consulta de urgencia;

c) Orientar el usuario para volver al servicio y continuar su tratamiento.

6.3. Inclusión de procedimientos más complejos en la atención básica: hay que considerar la posibilidad de, en cada lugar, injerirse en la atención básica los procedimientos como pulpotomías, restauración de dientes con cavidades complejas o pequeñas fracturas dentarias y la etapa clínica de la instalación de prótesis dentales básicas, el tratamiento periodontal que no requiera procedimiento quirúrgico. Tales procedimientos contribuyen para incrementarse el vínculo, extender la credibilidad y el reconocimiento del valor por la existencia del servicio público odontológico en cada lugar, incrementándole su impacto y cubrimiento.

6.4. Inclusión de la rehabilitación protética en la atención básica: considerar en cada lugar la posibilidad de injerirse en la atención básica los procedimientos concernientes a la etapa clínica de la instalación de prótesis dentales básicas. De ese modo, va a ser posible avanzar la superación de la situación actual, en la que los procedimientos concernientes a las distintas prótesis dentales injiéranse en los servicios especializados y, por lo tanto, no están accesibles a la mayoría de la población.

La viabilización de tales posibilidades involucra el sostén financiero y técnico específico que será suministrado por el Ministerio de la Salud, que pueda:

a) contribuir para la instalación de aparatos en laboratorios de prótesis dental, de manera a contemplar las distintas regiones;

b) capacitar Técnicos en Prótesis Dental (TPD) y Asistentes de Prótesis Dental (APD) de la red SUS a la implantación de esos servicios.

6.5.Ampliación del acceso: con el fin de transponer el modelo biomédico de aten ción a las enfermedades, son propuestas dos maneras de inserción transversal de la salud bucal en los distintos programas integrales de salud: 1) bajo líneas de cuidado; e, 2) bajo condición de vida. La primera consiste en el reconocimiento de especificidades propias de la edad, pudiendo trabajársela como salud del niño, salud del adolescente, salud del adulto y salud del anciano. En cuanto a la proposición de atención bajo condición de vida, incluye la salud de la mujer, la salud del trabajador, personas con necesidades especiales, hipertensos, diabéticos y otros. Así, las acciones de salud bucal quedarán contenidas también en los documentos específicos que van a definir las políticas para la intervención gubernamental, según las líneas de cuidado o la condición de vida.

Para los grupos abajo, señalase las siguientes orientaciones:

6.5.1. Grupo de 0 hacia 5 años: organizar el ingreso de niños de esto grupo de edad en el sistema, máximo a partir de los 6 meses, aprovechando las campañas de vacunación, consultas clínicas y actividades en espacios sociales. Desarrollar actividades en grupo de padres y/o los responsables para informaciones, identificación y encaminamiento de los niños de alto riesgo o con necesidades de atención individual, con acrecentamiento de procedimientos, incluyéndose los de ortopedia funcional de los maxilares y ortodoncia preventiva. No se recomienda criar “programas” específicos de salud bucal a este grupo de edad, verticalizados y aislados de los demás

programas de salud. Acciones de salud bucal orientadas a este grupo deben hacer parte de programas integrales de salud del niño y ser compartidas por el equipo multiprofesional.

6.5.2. Grupo de niños y adolescentes (6-18 años): la atención debe adaptarse a la situación epidemiológica, identificando y encaminando los grupos de riesgo más elevado a la atención curativa individual. Hay que enfatizar la necesidad para que se organicen flujos que van a garantizar la atención a los adolescentes.

6.5.3. Grupo de embarazadas: teniendo en cuenta que la madre posee una función preponderante en los estándares de comportamiento asimilados en la primera infancia, las acciones pedagógicas-preventivas con las mujeres embarazadas califican su salud y vuelven cardinales para que se introduzcan prácticas sanas desde el comienzo de la vida del niño. Deben realizarse acciones colectivas y garantizar la atención individual. Bajo un trabajo conjunto con el equipo de salud, la embarazada, al empezar su pre-natal, debe encaminársela hacia una consulta odontológica que incluya mínimamente los siguientes actos:

a) orientación sobre la posibilidad de atendimiento mientras el embarazo;

b) examen de tejidos blando e identificación de riesgo a la salud bucal;

c) diagnóstico de lesiones de caries y necesidad de tratamiento curativo;

d) diagnóstico de gingivitis o enfermedad periodontal crónica y necesidad de tratamiento;

e) orientaciones sobre hábitos alimentares (ingestión de azucares) y higiene bucal;

f) En ningún caso, la asistencia debe ser obligatoria, respectándose siempre la voluntad de la embarazada, bajo pena de una gravísima infracción ética.

6.5.4. Grupo de adultos: los adultos, sobre todo los trabajadores, tienen dificultades en el acceso a las unidades de salud principalmente en horarios convencionales de trabajo de eses grupos. Tales situaciones acarrean una peoría de los problemas existentes, cambiándoles en urgencia y motivo de ausencia al trabajo, además de las consecuentes pérdidas dentarias. Recomendase facultar horarios de atención que sean compatibles con las necesidades de atención a este grupo e integrar la atención odontológica a los programas

de salud del trabajador y seguridad ocupacional, viabilizando la detección de los riesgos específicos.

6.5.5. Grupo de ancianos: la salud bucal es un factor concluyente para el mantenimiento de una buena calidad de vida. Para garantizarse su acceso, el servicio puede organizar grupos de ancianos(as) en la unidad de salud e instituciones para desarrollar actividades de enseñanza y prevención. Puede garantizar la atención clínica individual al anciano(a), evitándole las colas y los trámites burocráticos que obstaculizan el paso, con una reservación de horarios y días específicos para la atención. Al planificarse las acciones para esto grupo, debe tenerse en cuenta las disposiciones legales inclusas en el Estatuto del Anciano.

Como elemento indispensable para extenderse el paso a la asistencia, sugiérase la aplicación de tecnologías de vanguardia que, como ejemplo del tratamiento restaurador atraumático (TRA) y de los procedimientos periodontales de baja complejidad, van a posibilitar los análisis de más grande impacto y cubrimiento.

7. AMPLIACIÓN Y CALIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN SECUNDARIA Y TERCIARIA

La asistencia odontológica pública en Brasil suele circunscribirse casi totalmente a los servicios básicos – todavía con grande demanda reprimida. Los datos más recientes apuntan que, en el ámbito del SUS, los servicios odontológicos especializados conciernen a no más que 3,5% del total de procedimientos clínicos odontológicos. Es incuestionable la baja capacidad de la oferta de servicios de atención secundaria y terciaria que, consecuentemente, van a comprometer el establecimiento de apropiados sistemas de referencia y contra-referencia en la salud bucal en la casi totalidad de los sistemas loco-regionales de salud. El crecimiento de la red asistencial de atención secundaria y terciaria no acompañó, en el sector odontológico, a la ampliación de la oferta de servicios de atención básica.

Con la ampliación del concepto de atención básica y el consecuente incremento de la oferta de diversidad de procedimientos, vuelven necesarias las inversiones que permitan incrementar el acceso a los niveles secundario y terciario de atención.

Para hacer frente al reto de ampliar y calificar la oferta de servicios odontológicos especializados, el Ministerio de Salud va a aportar para la implantación y/o mejoría de los Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Los CEOs serán unidades de referencia para los Equipos de Salud Bucal de la atención básica y, siempre integrados al proceso de planificación loco-regional, van a ofertar, conforme la realidad epidemiológica de cada región y municipio, los procedimientos clínicos odontológicos complementares a los hechos en la atención básica. Se incluyen los tratamientos quirúrgicos periodontales, endodoncias, dentística de más elevada complejidad y los procedimientos quirúrgicos que sean compatibles con este nivel de atención.

8. LA ESTRATEGIA DE SALUD DE LA FAMÍLIA

Imprescindible a la organización de la atención básica del SUS, la estrategia de Salud de la Familia fue creada en 1994 y normatizada bajo la Norma Operacional Básica del SUS de 1996 – NOB/SUS-96, que definió sus formas de inversión, incluyéndola en el Piso de la Atención Básica (PAB). Es una estrategia del SUS, debiendo estar en armonía con sus principios y directrices. El territorio y la población adscrita, el trabajo en equipo y la intersectorialidad constituyen ejes cardinales de su proyecto, en el que las visitas a los hogares son una de sus principales estrategias, buscando ampliarse el acceso a los servicios y establecer vínculos con la población. La comprensión de esos aspectos es crucial a la discusión del proceso de trabajo en salud, de los procesos de gestión, de enseñanza permanente/continuada y de evaluación de servicios.

Bajo la estrategia de Salud de la Familia, la visita al hogar es un procedimiento habitual, preferentemente realizado por el ACS. La ampliación y la calificación de las acciones de salud bucal son hechas también a través de la organización de visitas del Equipo de Salud Bucal a las personas enfermadas o con discapacidad de locomoción, buscando se identificaren los riesgos y permitiendo el acompañamiento y atención necesarios.

Al presentar, como característica, una amplia capilaridad, la Estrategia de Salud de la Familia es sensible del punto de vista social: sus acciones han confrontado los expertos con la realidad. Son espacios pedagógicos en el que la práctica es el objeto de las acciones y en el cual muchas situaciones hablan por sí solas, permitiendo a los equipos un aprendizaje y un conocimiento definitivamente real y nuevo, siempre que ocurre. Son situaciones en el que el hacer se acerca de la realidad de vida de las personas y viabiliza un espacio elegido para el trabajo con los usuarios.

En tales situaciones, es primordial que se tenga cuidado con las personas: sus condiciones de vida, sus valores y sus hábitos. Hay una historia, peculiar, cercando cada situación. Es imprescindible poseer la consciencia de las diferencias sociales y culturales entre expertos del servicio y los usuarios. Tales diferencias son reales y perfectamente sentidas por los interlocutores, sea en la atención que ocurre en la unidad de salud, sea mientras una visita al hogar.

Otro aspecto fundamental de esta estrategia concierne el proceso de trabajo. Al proponer a la salud bucal su encajamiento en un equipo multiprofesional, además de introducir el "nuevo", confronta valores, lugares y poderes consolidados por las prácticas de los modelos que le han antecedido. Esta situación trae el desafío de trabajarse en equipo.

Para la salud bucal, esta nueva manera de se hacer frente a las acciones cuotidianas representa, a la vez, un avance significativo y un grande desafío. Un nuevo espacio de prácticas y relaciones que se plantean construir con posibilidades de reorientar el proceso de trabajo y la propia inserción de la salud bucal en el ámbito de los servicios de salud. Se percibe una posibilidad de incremento del cubrimiento, de la certidumbre en la respuesta a las demandas de la población y del alcance de las medidas de carácter colectivo. Las más grandes posibilidades de ganancias se ubican en los campos del trabajo en equipo, de las relaciones con los usuarios y de la gestión, implicando una nueva manera de producirse el cuidado en salud bucal.

Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira

Argentina – Brasil – Paraguai

2001-2002

Organização Pan-Americana da Saúde
da Argentina – Brasil – Paraguai

Ministérios da Saúde da
Argentina – Brasil – Paraguai

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira

Argentina – Brasil – Paraguai

2001-2002

Organização Pan-Americana da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai

Ministérios da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai

Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira

Argentina – Brasil – Paraguai

2001-2002

Organização Pan-Americana da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai

Ministérios da Saúde da Argentina – Brasil – Paraguai

Equipe Consultora

Dr. Ignacio Astorga J.

Lic. Ana María Pinto C.

Eng. Marco Figueroa M.

© Organização Mundial da Saúde, 2004
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que seja citada a fonte e não seja para venda ou qualquer fim comercial.
As opiniões expressas no documento por autores denominados são de sua inteira responsabilidade.

Informações sobre esta publicação podem ser pedidas ao:
Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/OPAS – Brasil
SEN, lote 19 – Brasília - DF
Cep: 70.756-090
Tel: 61 426-9595 Fax: 61 426-9591
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm

1. Coordenador do Projeto
Julio Manuel Suárez
2. Equipe Técnica/OPAS
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
3. Normalização
CEDOC/OPAS
4. Tradução
Maria Alejandra Schulmeyer
5. Revisão
Maria Cândida Lacerda
***5**. Capa, Projeto Gráfico e DTP*
Formatos Design
6. *Tiragem:*
1.000 exemplares

Impresso no Brasil

Ficha catalográfica elaborada pelo Centro de Documentação
da Organização Pan-Americana da Saúde – Representação do Brasil

Astorga J., Ignacio
Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002 / Ignacio Astorga J., Ana María Pinto C. e Marco Figueroa M. - Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

Bibliografia
ISBN 85-87943-42-1

1. Saúde em Fronteiras. 2. Áreas de Fronteira. 3. Brasil. 4. Argentina. 5. Paraguai. 6. Serviços de saúde. I. Ana María Pinto C. II. Marco Figueroa M. III. Título IV. Organização Pan-Americana da Saúde.

NLM:

SUMÁRIO

Lista de gráficos **7**

Lista de tabelas **9**

Prefácio **11**

I. Resumo Executivo **13**

II. Antecedentes **18**
A. Termos de Referência da Consultoria 18
1. Contexto 18
2. Propósito 19
3. Objetivos 19
B. Desenvolvimento da Consultoria 19

III. Contexto dos países e da fronteira **21**
A. Perfil dos países 21
B. Perfil dos serviços públicos 23
1. Argentina 23
2. Brasil 25
3. Paraguai 26
C. Caracterização das Migrações Trans-fronteiriças: Argentina – Brasil – Paraguai 27
D. Breve Resenha Histórica da Tríplice Fronteira e suas Cidades 31

IV. Metodologia **34**
A. Marco Conceitual da Metodologia 34
1. Modelos para Estudar as Necessidades de Saúde 34
2. Modelo de Rede Assistencial: um marco de organização do atenção 35
B. Metodologia do Estudo 37
1. Descrição 37
2. Recursos Produtivos 38
3. Resultados 39
4. Análise Combinada 39

V. Resultados 40
A. Perfil Epidemiológico 40
1. Anos de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP 40
2. Mortalidade 41
3. Morbidade 47
B. Produção 49
1. Consultas médicas de urgência nos hospitais 49
2. Consultas médicas de atenção primária ou básica 50
3. Consultas médicas de especialidade 51
4. Urgência + Atenção Primária + Especialidade 54
5. Atenção ao parto e puerpério. 54
6. Intervenções Cirúrgicas Maiores 56
7. Altas e uso de leitos 57
C. População 61
D. Caracterização dos recursos humanos 63
1. Disponibilidade de pessoal por estabelecimento e território 63
2. Caracterização do mercado de trabalho. 68
E. Análise de Recursos Financeiros 68
F. Diagnóstico de infra-estrutura 68
G. Equipamento Médico, Industrial e Veículos 69
H. Análise da rede: estrutural e funcional 69
1. Análise por Cidade 69
2 Atenção à Saúde entre Países 76

VI. Conclusões e Recomendações 84
A. Gerais 84
1. Qualidade e Oportunidade da Informação 84
2. Perfil Epidemiológico e Prioridades Sanitárias 84
3. Cobertura Assistencial 86
4. Funcionamento da Rede 87
B. Específicos: Atenção entre Países 88
1. Conclusões 88
2. Propostas 89
C. Por País 91
1. Argentina – Porto Iguaçu 91
2. Brasil – Foz do Iguaçu 92
3. Paraguai – Cidade do Leste 95

Bibliografia 99

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Evolução taxa de mortalidade geral na Tríplice Fronteira, 1996 – 2000 41
Gráfico 2: Evolução taxas de mortalidade Infantil na Tríplice Fronteira, 1996 – 2000 43
Gráfico 3: Evolução taxa de mortalidade Neonatal na Tríplice Fronteira 44
Gráfico 4: Evolução taxa de mortalidade Materna na Tríplice Fronteira, 1996 – 2000 46
Gráfico 5: Taxas de Atenção de urgência na Tríplice Fronteira, 2000 49
Gráfico 6: Taxa de Atenção Primária na Tríplice Fronteira, 2000 50
Gráfico 7: Taxa Bruta de Atenção de Especialidades na Tríplice Fronteira, 2000 53
Gráfico 8: Comparação taxas Consulta Especialidade Base e Ajustada Tríplice Fronteira, 2000 53
Gráfico 9: Taxas de Consulta Médica na Tríplice Fronteira, 2000 ..... .54
Gráfico 10: Evolução Partos na Tríplice Fronteira, 1996 – 2000 55
Gráfico 11: Nº de partos por 1000 mulheres em idade Fértil (15-44) na Tríplice Fronteira, 2000 55
Gráfico 12: Evolução Cirurgia Maior, Beneficiários Públicos na Tríplice Fronteira, 1996 – 2000 56
Gráfico 13: Taxa de Cirurgia Maior, Beneficiários Públicos na Tríplice Fronteira, 2000 ..... .57
Gráfico 14: Disponibilidade de Leitos por 1000 beneficiários na Tríplice Fronteira, 2000 58
Gráfico 15: Taxa de Alta beneficiários sistema público na Tríplice Fronteira, 2000 59
Gráfico 16: Composição população Usuária por Sistema de Saúde, na Tríplice Fronteira, 2000 61
Gráfico 17: Estrutura por Idade e Sexo, cidades Tríplice Fronteira, 2000 62
Gráfico 18: Taxa de Crescimento Anual Populacional, cidades Tríplice Fronteira, 1999 – 2000 62
Gráfico 19: Indicadores de Funcionamento Territorial, Cidade do Leste – Foz do Iguaçu, 2000 83
Gráfico 20: Requerimentos de Investimentos para Reposição Equipamentos e Veículos, Foz de Iguaçu, em US$. 94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Ficha Técnica Geral por País: Paraguai, Brasil, Argentina 21
Tabela 2: Principais Causas de AVPP por cidade – Tríplice Fronteira 40
Tabela 3: Evolução Taxa de Mortalidade Geral, Tríplice Fronteira 41
Tabela 4: Principais Causas de Mortalidade Geral, Tríplice Fronteira 2002 42
Tabela 5: Evolução Taxa de Mortalidade Infantil, Tríplice Fronteira 42
Tabela 6: Cinco Principais Causas de Mortalidade Infantil, Tríplice Fronteira, 2002 43
Tabela 7: Evolução Taxa de Mortalidade Neonatal, Tríplice Fronteira 44
Tabela 8: Principais Causas de Mortalidade Neonatal, Tríplice Fronteira, 2000 45
Tabela 9: Evolução Taxa de Mortalidade Materna, Tríplice Fronteira (x 100.000 nascidos vivos) ... 45
Tabela 10: Principais Causas de Mortalidade Materna, Tríplice Fronteira, 2000 46
Tabela 11: Principais Causas de Alta Hospitalar, Tríplice Fronteira 47
Tabela 12: Principais Causas de Consulta de Atenção Primária, Tríplice Fronteira, 2000 48
Tabela 13: Principais Causas de Consultas de Urgência, Tríplice Fronteira 48
Tabela 14: Consultas Médicas Urgência Hospitalar, Tríplice Fronteira, 2000 49
Tabela 15: Consultas Médicas Atenção Primária ou Básica, Tríplice Fronteira, 2000 50
Tabela 16: Consultas Médicas por Especialidade, Tríplice Fronteira, 2000 52
Tabela 17: Atenção de Parto por Cidade, Tríplice Fronteira 54
Tabela 18: Evolução Intervenções Cirúrgicas Eletivas e Urgências, Tríplice Fronteira 56
Tabela 19: Cirurgias Maiores de Urgência e Eletivas, Tríplice Fronteira, 2000 57
Tabela 20: Leitos em Trabalho/Disponíveis para Atenção de Beneficiários do Sistema Público, Tríplice Fronteira, 2000 58
Tabela 21: Altas Hospitares, Tríplice Fronteira 58
Tabela 22: Evolução Alta Clínica Cirúrgica, Hospitais Tríplice Fronteira 59
Tabela 23: Evolução Alta Obstetrícia, Hospitais Tríplice Fronteira 59
Tabela 24: Evolução Alta Clínica Médica, Hospitais Tríplice Fronteira 60
Tabela 25: Evolução Alta Pediatria, Hospitais Tríplice Fronteira 60
Tabela 26: Evolução Demanda de Leitos (com I.O. 80%), Hospitais Tríplice Fronteira 60
Tabela 27: Evolução de Perdas de Leitos, Hospitais Tríplice Fronteira 61
Tabela 28: Composição Populações Tríplice Fronteira, 2000 61
Tabela 29: Caracterização Cargos Médicos – Município Foz de Iguaçu, Hospital Cidade do Leste, Hospital Porto Iguaçu, 2000 64
Tabela 30: Disponibilidade de Médicos Setor Privado 65
Tabela 31: Disponibilidade Pessoal Profissional, Município Foz, Hospital Cidade do Leste, 2000 66
Tabela 32: Disponibilidade Pessoal Técnico, Município Foz, Hospital Cidade do Leste, 2000 66
Tabela 33: Disponibilidade Pessoal Auxiliar, Município Foz, Hospital Cidade do Leste, 2000 66
Tabela 34: Disponibilidade Pessoal com Formação Mínima, Município Foz, Hospital Cidade do Leste, 2000 67
Tabela 35: Caracterização do Mercado de Trabalho. 68
Tabela 36: Cadastro Valorizado de Equipamento Médico, Tríplice Fronteira 69
Tabela 37: Modelo de Atenção Ambulatorial, Tríplice Fronteira 70
Tabela 38: Modelo de Atenção Hospitalar, Tríplice Fronteira 70

Tabela 39: Caracterização por Hospitais Convênio SUS, Foz do Iguaçu, Cidade do Leste e Porto Iguaçu, 2000 71
Tabela 40: Caracterização por Estabelecimentos Públicos de Atenção Aberta, Tríplice Fronteira, 2001 72
Tabela 41: Componentes da Rede de Urgência, Tríplice Fronteira, 2001 73
Tabela 42: Disponibilidade de Serviços e Unidades em Hospitais Privados de Cidade do Leste e Foz do Iguaçu, 2000 75
Tabela 43: Origem da Demanda, Foz do Iguaçu, 2000 77
Tabela 44: Análise Origem – Destino Altas Hospitalares, Tríplice Fronteira 78
Tabela 45: Hospitalizações de Cidadãos Paraguaios em Hospitais de Foz do Iguaçu, 2001 79
Tabela 46: Análise Territorial Atenção Primária, Tríplice Fronteira, 2000 79
Tabela 47: Análise Territorial Consultas de Urgência, Tríplice Fronteira, 2000 80
Tabela 48: Análise Territorial Consultas por Especialidade, Tríplice Fronteira, 2000 80
Tabela 49: Encaminhamento Consultas Médicas por Especialidade, Município Foz do Iguaçu, 2001 81
Tabela 50: Encaminhamento Procedimentos Diagnósticos Terapêuticos, Município Foz do Iguaçu, 2001 81
Tabela 51: Análise Territorial Atenção ao Parto, Tríplice Fronteira, 2000 82
Tabela 52: Resumo Indicadores Análise Territorial, Tríplice Fronteira, 2000 82

PREFÁCIO

Esta edição bilíngüe do "Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região da Fronteira: Argentina – Brasil – Paraguai – 2001-2002" é fruto da parceria das Representações da Organização Pan-Americana da Saúde destes três países e de seus respectivos Ministérios da Saúde.

A presente publicação estabeleceu um diagnóstico da situação dos serviços de saúde das cidades fronteiriças de Porto Iguaçu/Argentina, Foz do Iguaçu/Brasil e Cidade do Leste/Paraguai. Sob este diagnóstico, foram apontadas propostas de planejamento do setor saúde, tendo em vista sua qualidade propulsora de desenvolvimento sustentável e de integração econômico-social das regiões de fronteira.

Estudar a dimensão internacional dos serviços de saúde em municípios da fronteira implica o estabelecimento de uma nova lógica das relações entre os países, com moficações no campo social e cultural. Nesse sentido, todo conhecimento sobre a zona de fronteira deste países, local privilegiado das transformações que farão parte do processo de integração, reveste-se de particular importância. No campo da saúde, estudar esses espaços contribuirá para planejar e fortalecer estratégias de atenção a estas populações e desenhar e formular novos e mais efetivos caminhos em direção à Saúde para Todos.

Considerando as dimensões histórica, social, cultural, econômica e política entre as diferentes populacões fronteiriças, a Organização Pan-Americana da Saúde espera, através desta publicação, fomentar ações de integração no âmbito do Mercado Comum do Cone Sul (MERCOSUL) e de outros países interessados, estimulando o debate de políticas de saúde que aportem a maior contribuição ao bem-estar da população.

Juan Manuel Sotelo Figueiredo
Representante da OPAS/OMS na Argentina

Antonio Horacio Toro
Representante da OPAS/OMS no Brasil

Carmen Rosa Serrano
Representante da OPAS/OMS no Paraguai

I. Resumo Executivo

A área da fronteira entre a Argentina – Brasil – Paraguai, constituída pelas cidades de Porto Iguaçu, Foz de Iguaçu (Foz) e Cidade do Leste (CDE), é um setor com um importante fluxo de pessoas entre os três países, o que tem impacto na demanda de atenção de saúde dos mesmos, em um grau que é necessário conhecer.

Com esta finalidade foi contratada uma consultoria que, em primeiro lugar, permitisse elaborar um diagnóstico da situação dos sistemas de saúde nas três cidades fronteiriças, que permitisse estabelecer uma proposta tri-nacional para solução dos principais problemas de interesse comum.

Para levar adiante o estudo aplicou-se a metodologia de análise de Rede Assistencial elaborada e aplicada no Chile pelos técnicos do Ministério da Saúde. Essa metodologia consistiu na elaboração e aplicação de um guia para coleta de informações, associadas à visita dos consultores aos três países. Não foi possível levantar a totalidade da informação solicitada, obtendo-se, contudo, um nível que permite realizar análises e elaborar propostas para a região.

O estudo abrangeu as cidades da Tríplice Fronteira (Cidade do Leste, Foz de Iguaçu e Porto Iguaçu) e da Dúplice Fronteira (Pousadas e Encarnação). Para cada cidade foi elaborado um documento específico, dos quais só está anexado um resumo final, no presente documento. Além disso, elaborou-se um documento para a Dúplice Fronteira .

A seguir, são descritas as principais conclusões e recomendações do estudo.

Conclusões e recomendações gerais

1. Qualidade e Oportunidade da Informação

Visto que o estudo foi elaborado, principalmente, a partir de fontes secundárias, um problema recorrente foi a qualidade e oportunidade da informação, no que diz respeito à disponibilidade de registros; confiabilidade e suficiência dos registros; método de cálculo dos indicadores; estimação da população; definição de termos e conceitos; homologação de termos entre países e validação da informação.

Recomendação

É recomendável que, naquelas matérias de interesse comum entre os três países, o primeiro passo da cooperação se centre na geração de um sistema de informação comum, com definições, sistemas de coleta e de análise da informação similares.

2. Perfil Epidemiológico e Prioridades Sanitárias

Nos indicadores de mortalidade, CDE apresenta uma taxa de mortalidade geral inferior a Foz e similar a Porto Iguaçu. De acordo com o assinalado por diversos profissionais consultados, estima-se a existência de sub-registro de informação de óbitos em CDE, o que torna o dado pouco confiável. Porém, em todos os outros indicadores de mortalidade (Infantil, Neonatal, Maternal), CDE apresenta taxas significativamente superiores às de seus vizinhos, o que parece indicar um maior nível de dano.

Quando da análise das causas do dano associadas à mortalidade, Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) e perfil de consulta e alta hospitalar, observam-se alguns padrões comuns entre as três cidades e outros que são específicos de cada cidade.

Já dos problemas que se repetem nas três cidades, observa-se um padrão misto composto por problemas associados a gravidez, parto e também violência, assim como outras derivadas de patologias crônicas não transmissíveis, associadas ao envelhecimento da população (patologia cardiovascular, diabetes e câncer). Frente a estes problemas, não existe uma resposta adequada em todas as cidades, em particular para os problemas do adulto em CDE.

Recomendações

Frente a esta mistura de problemas, é recomendável estabelecer estratégias comuns para prevenção e administração desses problemas da saúde pública, que poderiam traduzir-se no estabelecimento de **Prioridades Sanitárias da Tríplice Fronteira,** incorporando, dentro dos programas de colaboração entre países, outros aspectos além dos de tipo infecto-contagioso que são, habitualmente, o conteúdo primordial deste tipo de programa.

Este plano deveria zelar pela consistência entre perfil de dano e ações sanitárias (eficazes e eficientes) nos diferentes níveis de aplicação (Promoção e Prevenção; Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação; Cuidados Paliativos), promovendo a colaboração entre os países, em temas específicos tais como o intercâmbio de informação, estudos epidemiológicos, avaliação de programas e capacitação.

3. Cobertura Assistencial

Ao analisar as consultas médicas, é possível observar dois padrões: o primeiro relacionado com as consultas de urgência e o segundo, com as consultas programadas. Para a atenção de urgência, observa-se uma cobertura assistencial similar entre CDE e Foz, sendo que, Porto Iguaçu, apresenta uma maior taxa de atenção.

Ao analisarmos as consultas médicas de atenção primária e por especialidades, a cobertura de atenção é similar para Foz e Porto Iguaçu mas, os valores observados em CDE **são muito inferiores** aos de seus vizinhos. Se considerarmos o comportamento programático, observa-se que tanto em Cidade do Leste como em Porto Iguaçu há uma maior cobertura maternal e infantil, com uma menor cobertura do adulto. Em Foz, observa-se um padrão inverso.

Paradoxalmente, os serviços que apresentam menores iniqüidades na distribuição nas três cidades são as cirurgias maiores, que, per se, são serviços de alto custo, dado o volume e complexidade dos recursos necessários para sua administração. Há, porém, uma mistura ineficiente de cirurgias de urgência e cirurgias programadas em CDE e Foz, com excesso de intervenções de urgência em contraposição às programadas.

Ao analisar a disponibilidade e uso dos leitos hospitalares, observam-se, também, dois padrões, um na alta e outro descendente. Os serviços que são descendentes são pediatria (exceto em CDE) e obstetrícia. Os serviços cirúrgicos apresentam uma tendência na alta (salvo em Porto Iguaçu, onde as altas hospitalares são descendentes). Os serviços de medicina têm um comportamento mais variável, dificultando o estabelecimento de um padrão. O exercício de otimização do recurso leito demonstra que existe capacidade ociosa nas três cidades.

As diferenças de cobertura estão associadas, diretamente, à disponibilidade de recursos assistenciais. É assim que a disponibilidade de médicos assistenciais x 1000 beneficiários é de 0,75 em Porto Iguaçu, 0,36 em Foz (só médicos para atenção ambulatorial) e 0,31 em Cidade do Leste.

Recomendações

Neste contexto, é recomendável aplicar estratégias de reconversão de leitos, de forma a contar com um pool de leitos (leitos indiferenciados) que permita estabelecer compensações entre os serviços com baixa demanda (que resultam num excesso de leitos) com os de alta demanda (onde existe um déficit de leitos, como por exemplo, nos casos de cirurgia).

4. Funcionamento da Rede

O maior desenvolvimento da rede foi verificado em Foz e Porto Iguaçu, por conta dos recursos e organização disponíveis. Apesar disso, a **articulação da rede** é insuficiente nas três cidades.

Em Porto Iguaçu e CDE, não há uma regulação explícita entre o nível primário e a atenção por especialidades, o que gera ineficiência no uso dos recursos, porquanto os especialistas estão alocados para o atenção de morbidade geral. Embora exista em Foz, uma hierarquização deste processo, o déficit origina-se na articulação com o hospital da Santa Casa, que tem sua própria lógica de funcionamento.

No que diz respeito à rede de urgência, somente Foz conta com todos os níveis e capacidades assistenciais instalados. Em CDE e Porto Iguaçu há uma complexidade menor em termos assistenciais.

As principais recomendações estão relacionadas com a geração de instâncias de articulação da rede, que permita verificar a oportunidade e pertinência dos processos de derivação e contra-derivação, além de otimizar o conjunto de recursos disponíveis para o atenção. A geração deste tipo de iniciativas pode otimizar, de forma considerável, os recursos e destiná-los para áreas de atenção deficitárias.

Recomendações

Quanto aos serviços privados, tanto CDE quanto Foz dispõem de uma ampla gama deles. Em CDE os serviços privados têm uma complexidade superior à existente no hospital público, mas o acesso a eles está limitado pela disponibilidade de recursos. No caso de Foz, grande parte dos serviços privados faz parte da rede Sistema Único de Saúde (SUS).

Conclusões e recomendações específicas

A informação disponível indica que a maior transferência de atenções encontra-se entre CDE e Foz. Embora em Porto Iguaçu sejam atendidos também cidadãos do Paraguai, é um número relativamente pequeno, quando comparado ao fluxo em direção a Foz.

A atenção que os cidadãos do Paraguai solicitam em Foz encontra-se entre 5 e 55% dos serviços produzidos em CDE, sendo o Atenção Primária e por Especialidades o mais procurado pela população paraguaia. Da mesma forma, são estes serviços que apresentam maior diferença entre CDE e Foz, pelo que se estima que, este déficit em CDE, é provocado pela população, que encaminha suas consultas para Foz. Cabe destacar que esta demanda é **espontânea**, isto é, não foi encaminhada pelo hospital de CDE para Foz, sendo que as solicitações formais de encaminhamento são muito raras e limitadas a atenções de urgência.

Apesar de existir em CDE uma alta disponibilidade de prestadores de serviços privados, a população dirige-se a Foz para ser atendida. Isso, provavelmente, se explica pelo pagamento dos serviços que o sistema privado exige, critério que também se aplica em escala menor aos estabelecimentos públicos onde a gratuidade é facultativa da autoridade e não um direito.

Toda proposta de regulação nesta matéria deve considerar que os elementos que condicionam o encaminhamento da demanda de CDE para Foz obedecem a aspectos estruturais, como a disponibilidade geral de recursos no Paraguai (que é menor que no Brasil) e às políticas de saúde pública do país, que determinam as prioridades nacionais e os critérios de distribuição de recursos.

O padrão migratório observado é múltiplo, tanto nos trabalhadores, estudantes e famílias que se associam a grupos humanos com fortes laços sociais, comerciais e laborais entre si, em ambos lados da fronteira. Neste contexto, os temas de saúde não podem ser abordados de maneira independente de outras situações existentes na fronteira, particularmente os aspectos sociais e culturais mencionados anteriormente. Não podem também ser esquecidos os aspectos econômicos envolvidos, de tal forma que, incorporando regulamentações no processo de atenção à saúde, seja possível estimar o impacto nas outras áreas.

Frente a esta situação existem diversas propostas a serem analisadas pelos responsáveis, tanto no nível local quanto no nacional.

1. Decisões em nível local

Não obstante as relações entre os países estarem reguladas pelos níveis centrais de cada governo nacional, existe um conjunto de ações que podem ser materializadas em nível local, visto que têm, como pano de fundo, a otimização dos recursos disponíveis na cidade ou região. Para tanto, recomenda-se considerar:

a) O estabelecimento de sistemas de comunicação e intercâmbio fluído entre os países, que se constitui no primeiro passo para uma coordenação maior dos esforços.

b) A incorporação no inicio do processo, dos seguintes temas: vigilância epidemiológica; uso dos serviços; capacitação coletiva para atenção de emergências e em catástrofes.

c) A elaboração de programas de trabalhos que enquadrem as diversas ações e programas, como por exemplo, o Plano de Prioridades Sanitárias da Tríplice Fronteira que deve incluir, pelo menos: (i) a padronização dos sistemas de informação; (ii) a unificação dos sistemas de projeção demográfica; (iii) o estabelecimento de estratégias conjuntas para formulação e avaliação dos programas da saúde; (iv) o estabelecimento de redes de cooperação técnica e colaboração relacionada aos problemas prioritários, como por exemplo, o atenção de urgências com risco de morte e, (v) programas de capacitação tanto em temas clínicos como de gestão de serviços, dentre outros.

2. Decisões em nível nacional

As autoridades nacionais são as responsáveis pelo estabelecimento do marco político que definirá como serão executadas as atividades nos níveis regionais e locais. Neste sentido, eles estabelecem as prioridades sanitárias nacionais e os mecanismos de financiamento para sua execução.

(a) Âmbito Programático

Quanto à cobertura programática, um aspecto que merece ser revisado pelo Ministério da Saúde do Paraguai é o relacionado com a Atenção Primária, já que sua cobertura deveria ser assegurada pelo Estado para toda a população (100%). O tema da Especialidade pode ser compreensível, levando em consideração que se requer de recursos de maior volume para seu desenvolvimento.

(b) Âmbito da Gestão

É recomendável a revisão das propostas de articulação das redes em cada país, já que, em concordância com o diagnóstico acima descrito, em cada um dos países existem diversos problemas na gestão das redes locais.

Além disso, é recomendável a incorporação de indicadores de eficácia e eficiência do sistema de saúde, de forma a otimizar os recursos disponíveis.

(c) Âmbito Financeiro

Uma das expectativas colocadas durante o estudo tem sido compreensão de intercâmbio entre os países, seja monetário ou não, de acordo com a absorção da demanda por atenção. Por outro lado, dada a iniqüidade sócio-econômica refletida pelos indicadores da saúde e a menor disponibilidade de recursos em Cidade do Leste, quando comparados com Foz, é muito difícil sustentar uma proposta desta natureza. Ao anteriormente exposto, soma-se o fato que a maior parte das consultas em Foz são **espontâneas**, isto é, não foram solicitadas formalmente.

Embora este seja um dos temas mais polêmicos, é conveniente contemplar, na análise, um estudo de exeqüibilidade econômica, legal e social para implementá-la em ambos países.

Se o avanço nesta matéria é desejável, deveriam ser consideradas, como principais alternativas:

- Cobrança direta aos usuários estrangeiros.
- Cobrança do município de Foz aos estados dos quais provenham os usuários.
- Cobrança do município de Foz ao Governo Federal.
- Geração, em Cidade do Leste, de serviços que sirvam de moeda de intercambio junto a Foz.
- Não estabelecer nenhum sistema de intercâmbio.

II. Antecedentes

As autoridades sanitárias da Argentina, Brasil e Paraguai têm evidenciado freqüentemente a necessidade de trabalhar conjuntamente para realizar atividades de prevenção e controle dos problemas de saúde prevalentes na área da tríplice fronteira. Por tal motivo, realizaram-se uma série de ações durante os últimos anos que habitualmente respondem a emergências epidemiológicas, tendo sido, a maioria das vezes, ações isoladas e de alto custo com relação aos resultados, pelo que se percebeu a necessidade de melhorar a coordenação destas ações entre os três países.

Neste sentido, no início do ano 2000, os países solicitaram à Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) sua participação para catalizar a cooperação técnica entre os países e a mobilização de recursos que contribuíssem à execução coordenada das atividades relacionadas com os problemas de saúde comuns.

Em resposta a esta solicitação, a OPAS/OMS iniciou seu compromisso convocando a participantes dos diferentes níveis, nacional, regional e local dos três países para a identificação de problemas comuns em saúde e definir as ações de cooperação a serem realizadas. Como resultado, surgiu um documento de Cooperação Técnica entre Países (TCC) no que se definem as áreas de cooperação de acordo com os problemas prioritários, tais como:

1 . Falta de unificação de dados básicos de vigilância epidemiológica para as três fronteiras.
2 . Falta de coordenação das atividades de Malária, Dengue, Febre Amarela, Leishmaniose.
3 . Falta de coordenação para prevenção e controle da raiva nas três fronteiras.
4 . Rede de saúde inadequada para a assistência básica de casos com ETS/AIDS.
5 . Deficiências no registo da informação e vigilância epidemiológica, com diferentes esquemas de vacinação entre as fronteiras, bem como problemas na disponibilidade oportuna de biológicos.
6 . Falta de conhecimento da capacidade de resposta dos serviços de atenção de saúde na região.
7 . Existência das condições favoráveis para o desenvolvimento de um surto epidêmico de cólera.

O presente estudo se emoldurou em resposta ao problema 6, sobre a rede funcional dos serviços de saúde da tríplice fronteira.

A. Termos de Referência da Consultoria

1. Contexto

A área da fronteira entre Argentina – Brasil – Paraguai, constituída pelas cidades de Porto Iguaçu, Foz de Iguaçu e Cidade do Leste, além de Pousadas (Argentina) e Encarnação (Paraguai), na fronteira sul, é um setor com um importante fluxo de pessoas entre os três países, que se vê facilitado pelas boas condições de acessibilidade e ausência de fatores que restrinjam este fluxo.

Como este fluxo de pessoas tem impacto na demanda por atenção em saúde nos três países, é necessário conhecer em que grau isso acontece.

Estima-se que existam diversos graus de desenvolvimento dos sistemas de saúde nos três países e que as coberturas sejam também diferentes.

2. Propósito

Contar com uma proposta tri-nacional para solucionar os principais problemas de interesse comum. Para isso está planejado descrever a situação dos sistemas de saúde, nas três cidades fronteiriças e sua área de influencia (além da fronteira Sul entre Argentina e Paraguai), realizar a análise e propor o funcionamento de uma "rede de fronteira"que seja mais adequada que a atual, com ênfase na atenção materno-infantil.

3. Objetivos

a. Realizar o diagnóstico da capacidade atual de produção sanitária dos hospitais e da rede estrutural-funcional de atenção dos setores público e privado.
b. Estabelecer propostas para o desenvolvimento sanitário em rede, bem como de cooperação entre os países que permita otimizar os recursos atuais e orientar futuros encaminhamentos.

B. Desenvolvimento da Consultoria

A proposta de trabalho contemplou o desenho de um guia para coleta de informação pelos consultores a partir da experiência adquirida nos Estudos da Rede Assistencial do Chile. O marco teórico e seus conteúdos são descritos no capítulo Metodologia.

O instrumento foi validado no mês de setembro de 2001 nas oficinas realizadas na Dúplice e na Tríplice Fronteira. A aplicação foi realizada no nível local, a partir das fontes primárias e secundárias nas seguintes áreas:

- Perfil epidemiológico
- Produção
- População
- Recursos Humanos
- Infra-estrutura
- Equipamento
- Recursos Financeiros
- Modelo Estrutural e Funcional da Rede

O desenho requeria que as equipes locais preenchessem o instrumento e o remetessem, via Internet, aos consultores. Em novembro 2001 foi realizada uma segunda visita que culminou com uma oficina, em abril do 2002.

Dada a responsabilidade das equipes locais, foram estruturadas equipes de trabalho por cidade, identificando responsáveis por temas, que deviam levantar e validar a informação solicitada pelos consultores.

No quadro seguinte são apresentados os responsáveis pela consultoria, OPAS e equipes locais:

Área	Responsáveis
Consultor Chefe	Ignacio Astorga
Consultor	Ana María Pinto
Consultor	Marco Figueroa
OPAS Brasil	Eduardo Guerrero
OPAS Paraguai	Armando Quemes
OPAS Argentina	Antonio Azevedo
Responsável Foz	Mauro Fujiwara
Responsável CDE	Eugenio Gamarra
Responsável Porto Iguaçu	Aldo Strianese

Não foi possível obter a totalidade das informações solicitadas, o que limitou a possibilidade de realização de uma análise mais ampla, em especial nas áreas de infra-estrutura, financeira e produtiva.

Como produtos da consultoria foi elaborado um relatório para cada cidade (5), um relatório da Tríplice Fronteira (Porto Iguaçu – Cidade do Leste – Foz de Iguaçu) e um relatório da Dúplice Fronteira (Pousadas – Encarnação). Nestes relatórios apresentam-se os resultados da análise combinada das variáveis em estudo.

III. Contexto dos países e da fronteira

A. Perfil dos países

Na Tabela 1, "Ficha Técnica Geral por País" apresenta-se o perfil comparativo dos principais indicadores sociais, econômicos e do sistema de saúde dos países em estudo. Cabe destacar que os valores da Argentina correspondem ao ano 2000, prévio à crise econômica pela qual o país passou.

Tabela 1: Ficha Técnica Geral por país: Argentina, Brasil, Paraguai

	Argentina	Brasil	Paraguai
I. Contexto			
1. População Total 2000	37.031.802	172.236.000	5.636.000
2. População Urbana/Rural 2000	89,6% – 10,4%	79,9% – 20,1%	56.1% – 43,9%
3. Taxa Crescimento Médio Anual por 1.000 habitantes	11,9	12,4	24,6
4. Taxa Desemprego 1997	13,7%	n.d.[1]	9,8%
5. % População > 15 anos Analfabeta 2000	3,1%	14,7%	6,7%
6. Nível escolaridade 2000	n.d.		4,9 anos
7. Proporção de população sob a linha da pobreza – indigência 1999	19,7% – 4,8% (área urbana)	37,5% – 12,9%	51,7% – 33,9%
8. Razão ingresso 20% superior – 20% inferior	12,6%	25,5%	27,1%
9. Gasto Público Social /habitante (US$ 1997)	US$ 1.687	US$ 1.101	US$ 132
10. Gasto Público em Saúde com % PIB 1997	3,8%	5,1%	4%
11. Expectativa de vida ao nascer 2000 – 2005	Total: 74,4 H: 70,6 M: 77,7	Total: 69,3 H: 65,5 M: 73,3	Total: 70,8 H: 68,6 M: 73,1
12. Relação crianças/mulheres 2000	37,8%	33,2%	57%
13. Relação velhos/jovens 2000	35%	18%	8,8%
14. População com acesso água potável e saneamento 1995	65% – 75%	74% – 62%	42% – 10%
II. Problemas de Saúde			
15. Taxa Bruta de Natalidade por 1.000 habitantes 2000 – 2005	19,1	19,2	29,6
16. Taxa Global de Fecundidade 2000 – 2005	2,4 filhos por mulher	2,1 filhos por mulher	3,8 filhos por mulher
17. Taxa Bruta Mortalidade por 1.000 habitantes 2000 – 2005	7,8	6,8	5,1
18. Principais causas Mortalidade Geral 1998	1º Doenças do coração 2° Tumores 3°Cérebro- vascular	1º Doenças Aparelho Circulatório 2º Doenças Infecciosas e Parasitárias 3º Doenças Genitourinárias	1º Doenças do coração 2º Cérebro-vascular 3º Tumores

[1] n.d.: Informação não disponível

	Argentina	Brasil	Paraguai
19. Taxa Mortalidade Infantil < 1 ano por 1.000 nascidos vivos 2001	17,6	33,1	19,4
20. Principais causas Mortalidade Infantil 1999	1° Afecções Perinatais 2°Anomalias Congênitas 3° Pneumonia e Influenza	1°Afecções Perinatais 2° Pneumonia 3° Diarréia	1º Lesões devidas ao parto 2º Infecções do recém-nascido 3º Pneumonia e influenza
21. Mortalidade Materna por 100.000 nascidos vivos 2001	41	59,1	114,4
22. Principais causas Mortalidade Materna	1º Conseqüências de Abortos 2° Cuidado Pré-natal 3° Atenção do Parto	S/I	1º Conseqüências do Aborto 2º Toxemia 3º Hemorragia
23. Principais causas de Morbidade Geral	S/I	1º Gravidez, Parto e Puerpério 2º Respiratórias 3º Circulatórias	1ºDoenças Infecto-contagiosas, diarréicas e parasitarias 2º Respiratórias agudas e desnutrição 3º Cardiopatias, Tumores e acidentes
III. Cobertura			
24. % partos atendidos por profissionais 1998	97%	50%	60%
25. Razão médicos/ 10.000 habitantes 2001	26,8	12,7	4,9
26. Cobertura de população por tipo de seguro	S/I	SUS: 75% Privados: 20%	Ministério: 63% Privados : 15% I.P.S.: 13% Outros: 9%
IV. Recursos da Rede Assistencial			
27. Atividades de Atenção de Saúde			
• Nº Consultas Médicas de Atenção Primária per capita	74.119.749 consultas médicas	1.8 (T: 292.162.123)	2.544.482 consultas médicas
• Nº Consultas Médicas de Especialidade per capita	S/I	S/I	S/I
• Nº Consultas Médicas de Urgência Hospitais per capita	S/I	S/I	S/I
• Nº Intervenções cirúrgicas	S/I	S/I	S/I
• Nº Altas Hospitalares 1997	2.122.689	11.772.367	94.696
28. Leitos Hospitalares			
• Nº Leitos Total por 1.000 habitantes.	4,5 (Total: 155.749)	3,6 (Total: 544.357)	1,5 (Total: 6.655)
• Nº Leitos Públicos	84.104	136.089	S/I
• Nº Leitos Privados	67.128	408.268	S/I

	Argentina	Brasil	Paraguai
29. Estabelecimentos Públicos de Saúde			
• Nº Hospitais	824	2.076	72
• Nº Centros de Saúde e Ambulatórios	Nd	21.684[2]	137
•Nº Postos de Saúde	Nd	Nd	477
•Nº Dispensários	Nd	Nd	35
•Nº Unidades Sanitárias	Nd	Nd	20
•Nº Postos Sanitários	Nd	Nd	40
•Nº Serviços de Emergência	Nd	3.207	Nd
30. Estabelecimentos Privados de Saúde	Nd	Nd	Nd
•Nº Hospitais, Centros e Institutos	Nd	17.719[3]	363
•Nº Sanatórios e Hospitais	Nd	5.339	145
•Nº Consultórios	Nd	8.406	474
•Nº Serviços de Emergência		5.234	15

Fontes:

Estimação e Projeções de População 1950 – 2050, Boletim Demográfico Nº 69 América Latina e o Caribe, Fevereiro 2002. CEPAL – CELADE

Panorama Social da América Latina 2000 – 2001, Setembro 2001. CEPAL

B. Perfil dos serviços públicos

1. Argentina

O sistema está fundamentalmente orientado para atenção médico-curativa das doenças e centrado na instituição hospitalar. Na maioria das jurisdições onde que foi implantada, a estratégia de atenção primária de saúde foi estruturada na forma de "programas" do primeiro nível de atenção.

O sub-setor público ou oficial fornece os serviços através da rede pública. Em 1991 culminou o longo processo de descentralização hospitalar onde foi outorgada, aos diretores, a faculdade de flexibilizar aspectos de cunho administrativo.

Em dezembro de 1996, realizou-se uma reestruturação do Ministério da Saúde e Ação Social, que ficou constituído pela Secretaria de Políticas e Regulação da Saúde e a Secretaria de Programas de Saúde.

As obras sociais estão organizadas como um sistema de seguro social obrigatório que inclui, além dos serviços de saúde, outros benefícios sociais, que são financiados com recursos vindos dos trabalhadores e dos empregadores.

O governo impulsiona a desregulamentação do setor para facilitar a execução das obras sociais entre si e com as empresas de saúde privadas (pré-pagas), para estimular a eleição da obra social pelos filiados e para garantir que todas outorguem uma cobertura obrigatória que inclui os principais serviços, diagnósticos e tratamentos (PMO).

O sub-setor privado está composto por dois grandes grupos, os profissionais que prestam serviços independentes a pacientes particulares associados a obras sociais ou a sistemas privados de medicina pré-paga, e pelos estabelecimentos assistenciais contratados pelas obras sociais.

[2] Inclui: centros ambulatoriais, centros diagnósticos, centros terapêuticos, centros de psiquiatria; todos eles públicos.

[3] Inclui: centros diagnósticos, centros terapêuticos, centros de psiquiatria; todos eles privados.

Na Argentina podem ser identificados: i) um sub-setor público, com financiamento e provisões públicas; ii) um sub-setor de seguro social obrigatório organizado em torno às Obras Sociais (OS), e iii) um sub-setor privado com modalidades de seguro voluntário pré-pago organizado segundo os cálculos de risco atuarial ou de pagamento direto por serviço.

O sub-setor público ou oficial fornece os serviços através da rede pública de estabelecimentos de saúde. Na atualidade, os serviços provinciais e municipais possuem a infra-estrutura mais estendida no território nacional e atendem a: i) os grupos com menores ingressos sem cobertura de seguridade social e àqueles que têm limitações de acesso ou geográficas; ii) os beneficiários das OS; iii) os setores sociais com maior capacidade financeira seduzidos pelo prestigio das instituições; e, iv) emergências e acidentes. Também exercem funções de educação médica. O sub-setor público continua sendo o principal fornecedor de serviços de emergências e de atenção a doentes psiquiátricos e crônicos. Os serviços públicos gratuitos têm assumido uma demanda maior derivada do deterioramento da cobertura de muitas das OS, utilizando-se de um mecanismo de subsidio público da seguridade social.

O Hospital Público de Autogestão (HPA) propõe um novo modelo de atenção médico. Ele fundamenta sua ação na estratégia do Atenção Primária da Saúde (APS); as tarefas assistenciais de docência e investigação; as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, assim como na articulação com outros estabelecimentos, estruturados na forma de redes de serviços de saúde. Com relação aos pacientes que têm algum tipo de cobertura, o HPA está autorizado a cobrar a outros pagadores, sejam da Seguridade Social ou de outro tipo de Seguro. Dado que a maioria dos Hospitais não pertence ao Governo Central, a inscrição no registro nacional de HPA tem dependido da decisão das Províncias e dos Municípios. Em meados de 1998, tinham se incorporado, nesse registro, 1.082 hospitais públicos (82% do total) da maioria das jurisdições.

As Obras Sociais (OS) estão organizadas como um sistema de seguro social obrigatório. Elas são financiadas com aportes vindos dos trabalhadores e dos empregadores. Muitas delas não fornecem serviços diretamente mas, sublocam os serviços do sub-setor privado. Em 1994, existiam cerca de 300 entidades que administravam um total de 2,5 bilhões de dólares. Os Decretos de desregulamentação das OS e os de controle da medicina pré-paga assinados em outubro de 1996, permitem às Empresas de Medicina Pré-paga (EMP) atuar como OS. Em conseqüência, deverão ter o mesmo tipo de controle que aquelas, contar com solvência econômica e financeira e reunir determinados requisitos de qualidade de atenção.

O sub-setor privado está composto pelos profissionais e estabelecimentos assistenciais privados que prestam serviços independentes a pacientes particulares com capacidade financeira, aos associados às OS, ou a usuários das EMP. Calcula-se que há mais de 200 EMP, fundamentalmente concentradas nas grandes cidades.

Tratando-se de um país federativo é possível encontrar uma grande diversidade de formas de organização e gestão, dependendo das características de cada governo provincial. Umas privilegiam a condução e administração nos Ministérios de Saúde Provinciais (MSP); outras propiciam a desconcentração dos MSP em entes regionais ou locais; e outras descentralizam os serviços derivando-os para os municípios.

De acordo com as próprias normas, os HPA podem fazer parte de redes de serviços de saúde junto com outros estabelecimentos assistenciais públicos ou privados devidamente habilitados pela autoridade competente, previa autorização da autoridade jurisdicional. Além disso, está prevista a organização de redes de estabelecimentos por níveis de resolução do risco do paciente.[4]

[4] MSAS: "Decreto Nº 578 / 93", en: "Hospital Público de Autogestión y Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Legislación)", Buenos Aires, 1996

Dada a superposição de categorias e a existência de duplicidades é difícil de estimar a cobertura de saúde da população. Contudo, segundo o Censo Nacional de População e Vivenda de 1991, cerca de 62,2% da população tinha providenciado algum tipo de cobertura.

Serviços ambulatoriais, hospitalares e de urgência

Na atualidade, o hospital público presta atenção a indigentes, fornece serviços aos beneficiários das obras sociais com um retorno financeiro, atende a demanda de setores sociais com maior capacidade financeira e cobre emergências e acidentes, bem como o exerce funções de escola médica. O sub-setor público continua sendo o principal fornecedor de serviços de emergências e psiquiátricos, bem como de atenção a doentes crônicos.

De um sistema de faturamento, quitação e pagamento por ato médico, passou-se a um sistema no qual o risco se concentra na organização prestadora de serviços médicos. Em resumo, o sub-setor privado aumentou sua participação no provimento de serviços de atenção de saúde, enquanto que a contribuição do sub-setor público e das obras sociais diminuiu por conta da retração fiscal, a queda dos níveis salariais, o desemprego e a redução das contribuições patronais.

A partir da fusão da ANSSAL o Instituto Nacional de Obras Sociais (INOS) e a Direção Nacional de Obras Sociais (DINOS), criou-se a Superintendência Nacional de Serviços de Saúde na órbita do Ministério de Saúde e Ação Social, como organismo descentralizado. Este ente, que goza de autonomia administrativa, econômica e financeira, cumprirá as funções de supervisão, fiscalização e controle dos agentes que fazem parte do Sistema Nacional de Seguro de Saúde. Esta Superintendência orientará sua ação para a fiscalização do PMO e do Programa Nacional de Garantia de Qualidade do Atenção Médico nos entes compreendidos pelo sistema, pelo controle do cumprimento das disposições relativas ao Hospital Público de Autogestão e pela supervisão do cumprimento do exercício do direito a eleger livremente a obra social.

A reconversão das obras sociais levou à concepção do Plano Médico Obrigatório (PMO).

2. Brasil

A cobertura dos serviços públicos de saúde, complementados por serviços privados contratados pelo Governo sob a responsabilidade do Sistema Único de Saúde – SUS, chega a 75% da população. Nos serviços hospitalares o sistema baseia-se, predominantemente, no reembolso público dos serviços prestados por entidades privadas (80% dos estabelecimentos hospitalares que prestam serviços ao SUS são privados). Por outro lado, 75% da assistência ambulatorial prestada pelo SUS é produzida pelos estabelecimentos públicos. A cobertura dos planos e seguros privados alcançou, em 1995, 20% da população brasileira (cerca de 34 milhões de pessoas) exigiu um investimento de US$ 6.400 milhões.

As diretrizes para a operacionalização do SUS estão estabelecidas nas normas operativas básicas (NOB) validadas pela legislação orgânica da saúde. Atualmente, está em execução a NOB 01/96, que além de consolidar o exercício, pelo poder público municipal e do Distrito Federal, das funções de gestão e do gerenciamento da instituição que entrega os serviços a seus habitantes, promove o processo de descentralização determinando mecanismos para a transferência automática de recursos federais aos estados e municípios. Fortalece, também, os processos de gestão compartilhada entre o Governo Federal e os governos estaduais e municipais, por meio das comissões inter-gestoras tripartites e bipartites. A comissão intergestora tripartite está constituída, paritariamente, por representantes do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde.

A autorização para o exercício profissional, nas diversas carreiras da saúde, corresponde aos respectivos conselhos regionais dos profissionais, que são autarquias públicas, criadas por lei e com autonomia para controlar e fiscalizar o exercício dos profissionais de cada categoria em todo o território nacional. A regulamentação sanitária referente a medicamentos, equipamentos, produtos cosméticos e de limpeza é aplicada pela Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.

O Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde é uma unidade da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz – que atua como referência nacional para questões tecnológicas e normativas, relativas ao controle da qualidade de insumos, produtos, ambientes e serviços vinculados à Vigilância Sanitária.

O controle de agrotóxicos está regulado por legislação inter-setorial e envolve os Ministérios da Saúde, da Agricultura e do Meio-Ambiente, ficando a avaliação toxicológica sob responsabilidade do setor saúde.

O controle dos alimentos é um componente do sistema nacional de vigilância sanitária. Há uma legislação específica que estabelece as normas básicas de registro, controle e classificação, assim como os padrões de identificação e de qualidade dos produtos, a fiscalização e os procedimentos administrativos pertinentes.

3. Paraguai

O Conselho Nacional de Saúde, constituído por instituições-chave do setor e presidido pelo Ministro da Saúde, tem a responsabilidade legal de coordenar e controlar os planos, programas e atividades das instituições públicas e privadas do setor. O atenção da saúde é responsabilidade de três sub-setores: o público, o paraestatal e o privado. O sub-setor público é composto pelo Ministério de Saúde Pública e Bem-estar Social, a Sanidade Militar, a Sanidade Policial, a Sanidade Municipal, a Corporação de Obras Sanitárias e o Hospital de Clínicas da Universidade Nacional de Assunção.

No sub-setor paraestatal encontramos o Instituto de Previdência Social (IPS), a Cruz Vermelha Paraguaia e o Hospital da Universidade Católica Nossa Senhora da Assunção. O sub-setor privado, organizado na Associação de Hospitais, Sanatórios e Hospitais Privadas, está formado por múltiplos centros privados, laboratórios farmacêuticos e farmácias, que tiveram um grande crescimento nos últimos 10 anos. Ao Ministério cabe, legalmente, atender a toda a população não coberta por outras instituições do setor, especialmente os grupos mais vulneráveis e de escassos recursos econômicos. Do total da população nacional, o Ministério da Saúde Pública cobre 63%; os serviços privados, 15%; a Sanidade Militar cobre ao redor do 3%; a Sanidade Policial atende menos de 1%; o Hospital das Clínicas da Universidade Nacional de Assunção atende, aproximadamente, 5%. O Instituto de Previdência Social (IPS) é responsável pelo atenção da saúde de cerca de 13% da população e, aos de risco associados a doenças ocupacionais como os acidentes, a invalidez e a velhice.

Tanto o Ministério como o IPS estão organizados num sistema regionalizado, com diferentes níveis de complexidade. À sanidade dos municípios cabe atender aspectos da saúde pública tais como a coleta dos resíduos domiciliários, a desinfecção de locais públicos e outros.

C. Caracterização das Migrações Trans-fronteiriças: Argentina – Brasil – Paraguai

A migração entre as cidades fronteiriças da Argentina, Brasil e Paraguai tem aumentado de maneira significativa nestes últimos anos, particularmente no circuito Porto Iguaçu, Foz do Iguaçu e Cidade do Leste, bem como entre as cidades fronteiriças de Pousadas e Encarnação.

Este comportamento migratório reflete-se no maior crescimento – no período intercensal 1982 - 1992 – dos núcleos urbanos Paraguaios assentados nas fronteiras do país com a Argentina e com o Brasil, deslocando aos centros urbanos sedes dos distritos onde se expandia a fronteira agrícola, no decênio intercensal imediatamente anterior.[5]

Diversos estudiosos do tema concordam em que os padrões migratórios trans-fronteiriços recentes incorporam novos comportamentos aos característicos das décadas sessenta e setenta, isto é, fluxos nos quais, independentemente do lugar de origem e destino, as distâncias são mais curtas e sobretudo, a duração é menor. Nestes casos aplica-se a função de utilidade da migração, onde o individuo faz uma comparação entre os níveis de utilidade do lugar atual de residência com os demais lugares alternativos conhecidos, incorpora fatores materiais ou tangíveis (ingresso, possibilidades de emprego, poder de compra, etc.) e fatores não materiais ou intangíveis, tais como aceitação social, conduta cultural ou idioma.

Os fatores tangíveis são fortemente influídos pelas condições econômicas dos países, sendo os mais importantes:

i. A dolarização da economia argentina.
ii. A tradicional "abertura do mercado" que caracteriza a economia paraguaia em virtude do contrabando, o que permitiu um ativo "comercio de fronteira" que introduz ao mercado argentino e brasileiro, mercadorias estrangeiras ilegalmente ingressadas ao Paraguai; ou produtos paraguaios com algum valor de mão de obra incorporado (confecções, moveis e outros), e a incorporação ao mercado paraguaio de produtos dos países vizinhos que têm preços competitivos.
iii. A forte crise recessiva que afeta a economia paraguaia, em particular ao setor agrícola, aumentando a migração rural – urbana com a concomitante incapacidade da economia urbana de gerar emprego.
iv. Os sucessivos "blanqueos" ou anistias migratórias emitidas pelo governo argentino para regularizar a situação migratória dos ilegais.

No que diz respeito aos fatores intangíveis mencionados anteriormente, também devem ser consideradas as raízes históricas e culturais comuns às zonas em estudo, particularmente nas províncias de Missões, Corrientes e do Chaco, onde existiam assentamentos com importante tradição agrícola e algodoeira exploradas por famílias paraguaias, na década dos 30 e 40, gerando, ademais, uma forte demanda sazonal de colhedores. Isto permitiu que, nessas fronteiras convivam diferentes grupos sociais criando-se toda sorte de interface política, econômica e cultural que permite o desenvolvimento de uma endocultura própria com idéias, costumes, tradições e gostos que, embora sejam próprios de cada país, incorporam especificidades do Paraguai, da Argentina e do Brasil. Este traço pertence à sociedade fronteiriça e se expressa através de uma convivência cotidiana da população paraguaia não migrante estabelecida, que por exemplo, usufrui de serviços oferecidos no "outro lado" (Brasil e Argentina) tais como assistência à

[5] As cidades paraguaias de maior crescimento no decênio 1982-1992 são a área Metropolitana de Assunção, Cidade do Leste, Encarnação e Pedro Juan Caballero, que superaram em alguns casos o crescimento dos assentamentos de cabeceira de distritos de abertura de fronteira agrícola.

escola, acesso a postos médicos e hospitais, atenção de urgência hospitalar (um importante número de mulheres paraguaias são atendidas de urgência no Brasil quando de seus partos), acesso à seguridade social do outro país, por duplo registro de nascimento, dentre outros.

Os fatores mencionados e a inauguração da nova infra-estrutura rodoviária, assim como meios de transporte eficientes têm dado como resultado, além do maior crescimento das cidades fronteiriças e o aumento do fluxo migratório, no surgimento de novas figuras migratórias onde a origem está relacionada às diferentes e novas dinâmicas que são observadas na fronteira. Além disso, nestes eixos, a nacionalidade passa a ser uma variável de menor importância, já que nas áreas de interface aprofundam-se os intercâmbios e é freqüente a dupla nacionalidade, processos de hibridação cultural ou de mistura de nacionalidades. Esse último ponto amplia o leque de possibilidades de obter benefícios de toda índole (saúde, educação, moradia) e passa a constituir-se em uma estratégia de sobrevivência familiar.

Uma tipologia de migração trans-fronteiriça mostra duas categorias gerais:

i. os que residem habitualmente em cidades fronteiriças e que migram por longo tempo ou definitivamente e,
ii. os que residem em cidades fronteiriças e que migram por dias ou por curtos períodos de tempo, em média.

No caso das cidades em estudo, existem as duas categorias indicadas mas, com maior peso porcentual, os migrantes de curta duração.

Na primeira categoria estão os fronteiriços nacionais, população que, ainda que esteja exposta a influências culturais e econômicas do estrangeiro, têm muito pouco contato com o outro lado, seja pela indiferença dos vizinhos, pela incapacidade ou falta de motivação para atuar em outra sociedade diferente à sua, ou porque sua ocupação e/ou nível socioeconômico não lhe exige migrar.

Este tipo de migrantes tende a aumentar junto com o tamanho da cidade de fronteira, visto que esses núcleos urbanos oferecem maiores e melhores alternativas de trabalho, não existentes nos povoados pequenos.

Na segunda categoria estão os fronteiriços binacionais ou estacionais (núcleo Porto Iguaçu-Cidade do Leste-Foz de Iguaçu e Pousadas-Encarnação em escala menor), que mantêm um estreito contato com o outro lado da fronteira e é constituído principalmente por trabalhadores, consumidores, estudantes e famílias que buscam serviços sociais e/ou de saúde. Os tipos de categorias encontradas são as seguintes:

Trabalhador binacional

São trabalhadores que vivem em um lado da fronteira e trabalham, diariamente, no outro lado. A esta categoria pertencem os trabalhadores do setor informal da economia: vendedores ambulantes de verduras, biscoitos, guloseimas, roupa e empregadas domésticas (cujo número é alto entre Pousadas e Encarnação dado que, em Encarnação, não há como conseguir essa ajuda). Todas estas pessoas voltam à "tardezinha". A eles, devem se agregar os que cruzam a fronteira a pé ou em veículos particulares ("táxi e Vans"). Também estão aqueles dedicados a passar mercadoria clandestina, embora eles, strictu senso, não realizem migração.

Outro grupo de trabalhadores binacionais do Paraguai ao Brasil e à Argentina são os que se dedicam à construção (pedreiros), principalmente em Pousadas e Foz de Iguaçu bem como à execução de serviços variados: aluguel para festas, aniversários ou casamentos onde são levados, do Paraguai, desde aparelhos de som, louças, prataria, inclusive comida preparada, etc. e até pessoas especializadas (disc jockeys) que voltam a seus lares uma vez concluído o evento.

Existe um terceiro grupo, menos numeroso, constituído por comerciantes do setor formal, que residem tanto em Pousadas como em Encarnação, em Foz ou em Cidade do Leste, que cruzam a fronteira, diariamente, para atender seus comércios localizados no outro lado. Eles têm, geralmente, comércios similares ou complementares em ambos lados da fronteira e desenvolvem uma estratégia de investimentos comerciais que dependem por inteiro das flutuações da moeda e dos preços internos de cada país envolvido. É freqüente encontrar, entre eles, atacadistas.

Consumidor binacional

Esta modalidade se observa nas cidades fronteiriças; dependendo do produto e as flutuações de preço, esse fluxo será orientado para um ou outro país. As regulamentações alfandegárias são mais estritas na Argentina e no Brasil que no Paraguai mas, de fato,, observam-se diversas práticas que permitem iludir a aplicação da norma vigente: chegar a um "acordo" com os vistos da alfândega, transportar artigos proibidos ou fortemente taxados via barqueiros pelo rio, ou outro tipo de "transportador". Esta figura do consumidor binacional foi popularizada com a dolarização da moeda argentina, pelo aumento da corrupção das autoridades alfandegárias, pelo aumento da crise e a conseqüente perda de poder aquisitivo nos respectivos países, especialmente, no Paraguai e na Argentina. "Para Foz, diariamente, chegam pessoas para comprar frutas e verduras que serão revendidas no mercado de Cidade do Leste. Os donos de restaurantes, hotéis e armazéns viajam todos os dias a Foz na procura de carne de vaca, frangos, ovos, embutidos, café, etc. Existem pessoas que se dedicam a levar mercadorias sobre encomenda de Foz à Encarnação e à Cidade do Leste. Outros vão a Encarnação comprar roupa, sapatos, materiais de construção, comestíveis, móveis, peças para veículos."

Não está quantificado, ainda, nem caracterizado o "consumo" binacional de outro tipo de bem como seria o atenção de saúde em outro país, mas é sabido que os paraguaios vão para Foz para receber atenção de urgência, de parto e outros.

Estudante binacional

Observa-se que, no decorrer das duas últimas décadas, o padrão de deslocamento, no caso paraguaio, tem-se modificado. Antes, a prática era o translado por períodos relativamente longos de estudantes paraguaios para a Argentina com o intuito de cursar estudos universitários. Este fluxo diminuiu, principalmente pelo aumento e diversificação da oferta educacional no Paraguai, assim como pelas desfavoráveis condições econômicas na Argentina. Hoje, pode ser observado que alunos paraguaios cruzam diariamente a fronteira para assistir às aulas em escolas primárias ou secundárias de povoados pequenos da Argentina, da mesma forma que estudantes universitários argentinos e brasileiros cruzam até o Paraguai, até aquelas cidades onde funciona alguma faculdade de seu interesse. Por exemplo, para Cidade do Leste vai uma grande quantidade de brasileiros para estudar, principalmente em universidades privadas.

Família binacional

É aquela constituída por membros que têm diferentes nacionalidades.

Família trans-fronteiriça

É aquela que está composta por membros da mesma nacionalidade mas, na que alguns de seus membros vivem em lados diferentes da fronteira.

Família binacional trans-fronteiriça

É aquela formada por uma combinação de família binacional e família trans-fronteiriça, que é sabido, é a mais freqüente nos núcleos urbanos paraguaios fronteiriços.

As atividades econômicas mais freqüentes podem ser categorizadas, grosso modo, segundo os padrões de morbidade das famílias: por períodos curtos ou longos e segundo o lugar de residência (residem ou não, na fronteira).

1° Grupos de alta mobilidade morando em zonas da fronteira com baixo nível socioeconômico, cujas principais ocupações são o trabalho em construções, a de transportes clandestinos de mercadorias, assim como a venda ambulante de mercadorias.

2° Grupos de menor mobilidade que moram em zonas de fronteira com baixo nível socioeconômico, cujas principais atividades são a colheita e o serviço doméstico.

3° Grupos de alta mobilidade morando em zonas da fronteira com nível socioeconômico médio formado por comerciantes estabelecidos formalmente, com lojas em ambos lados da fronteira e, em alguns casos, por profissionais com atividades binacionais que não possuem seu título profissional reconhecido pelas autoridades do outro país (por exemplo: professores, médicos, arquitetos, engenheiros).

No que diz respeito ao comportamento reprodutivo da mulher trans-fronteiriça, no caso Paraguaio, observa-se que a maioria tem entre um e três filhos, quantidade inferior à média nacional que é de 4,7 filhos por mulher. A taxa global de fecundidade nestas zonas é semelhante à existente nas zonas urbanas do país. Até os 29 anos, a grande maioria das mulheres que vivem nestas zonas fronteiriças têm um filho ou não tem nenhum; este número aumenta em mulheres com mais de trinta anos. Quanto ao estado civil das mulheres, um importante percentual – mais de 50% – corresponde a mães solteiras que, na maioria, têm menos filhos que as casadas ou as que convivem maritalmente sem estar casadas.

Concluindo:

1. Em virtude das mudanças econômicas, crise recessiva geral e, em particular no setor agrário, os padrões e figuras migratórias têm variado nestes países.
2. Têm-se consolidado fluxos migratórios de curta distância, de menor duração, que implicam mobilidade trans-fronteiriça (sobre os tradicionais fluxos rural-rural, rural-urbano).
3. Os fatores determinantes são os associados à função de utilidade material: ingresso, emprego, poder de compra e os de utilidade não material: aceitação social, conduta cultural, idioma.
4. Os impactos: aumento do fluxo migratório trans-fronteiriço, maior ritmo de crescimento das cidades fronteiriças, aparição de novas figuras migratórias.
5. Ausência de estudos e trabalhos que abordem este tema.

Atualmente, os três países estudam a forma de ampliar suas relações comerciais, sociais, culturais, políticas, a eliminação das travas burocráticas nas alfândegas, bem como analisam as diferenças nas legislações para que não existam fronteiras.

Esta forma de integrar a região está sendo consolidada por meio de bases técnicas geradas pelo Instituto "Pólo Internacional Iguaçu", uma entidade tri-nacional, dedicada à pesquisa e à viabilização dos três países.

O Pólo Turístico Internacional aprovado pelo MERCOSUL, tem mais de oitocentos mil habitantes, de cerca de cinqüenta e sete etnias localizadas: na cidade de Foz do Iguaçu (Brasil); Cidade do Leste, Minga Guazú, Hernandarias e Presidente Franco (Paraguai); Cidade de Porto Iguaçu, (Argentina).

D. Breve Resenha Histórica da Tríplice Fronteira e suas Cidades

Se nos remontamos à história, constataremos não existiam fronteiras entre as cidades de Foz de Iguaçu, Porto Iguaçu e Cidade do Leste. O processo de aculturação ocorreu quando da chegada dos espanhóis e da evangelização dos índios guarani que habitavam a região, acrescentando-se o intercâmbio cultural que aconteceu desde aquela época até os dias atuais.

A configuração geográfica dos rios tem estabelecido um limite natural entre os países, contudo, a história das três cidades é diferente mas, unidas por um mesmo ponto de atração: as Cataratas de Iguaçu.

Porto Iguaçu

Encontra-se localizada no extremo Norte da Província de Missões, República Argentina, a 20 Km. das Cataratas de Iguaçu.

Em 1901, foi fundado Porto Aguirre (hoje Porto Iguaçu) e se inicia a construção de um caminho que levava desta localidade até as Cataratas, graças à doação da Senhorita Victoria Aguirre. Em 1906, foi construído o primeiro hotel. Mais tarde, na frente desse hotel, instala-se o Sr. Leandro Arrechea que depois foi nomeado comissário. Em 1913, o governo da nação investe uma soma de dinheiro para a construção da subprefeitura, a estação radiotelefônica, uma escola primária em Porto Aguirre e uma delegacia de policia nas Cataratas. Entre 1920 e 1922, foram construídos um hotel e o escritório dos correios e telégrafo. Em 1940, edificou-se a primeira capela com madeira de cedro regional e os bancos de madeira de pinho. Em 1941, Porto Aguirre sai da jurisdição do Parque Nacional e chega um corpo de polícia (*Gendarmería*). Em 24 de abril de 1943, pelo Decreto 15.042 foi criada a comunidade de Iguaçu. Em 1947, é inaugurado o primeiro hospital de Porto Iguaçu, o Hospital SAMIC e, em 1948, é criada a Usina do Parque Nacional Iguaçu, que subministrou energia elétrica a todo o povo de Porto Iguaçu. Em 1951, é constituída a comissão de fomento que logo se transforma em Conselho Municipal. Em 1964, foi criada a filial do Banco Provincial de Missões. Em abril de 1972, foi fundada a Radio Nacional de Porto Iguaçu, funcionando na parte traseira do correio local. Em outubro de 1985, foi construída a ponte internacional Tancredo Neves.

Pela localização da cidade, próxima às Cataratas do Iguaçu e ao Parque Nacional Iguaçu, tem se desenvolvido uma importante infra-estrutura turística que também se vê favorecida pela sua vinculação com o Brasil, por meio da ponte internacional "Tancredo Neves".

Foz do Iguaçu

Foz do Iguaçu foi fundada em 1888 e se constitui no núcleo mais antigo, mas a região onde está localizada atualmente a cidade, foi descoberta, em 1542, pelo espanhol Alvarez Nuñez Cabeza de Vaca, que ao ser nomeado Governador de Assunção pelo Rei da Espanha, decidiu tomar posse do cargo na Ilha de Santa Catarina – Brasil, onde residia. Para isto, organizou uma expedição terrestre na procura daquilo que os guaranis chamavam de "I-Guazú" ou "águas grandes". No seu épico caminho, este homem foi surpreendido pela espetacular visão das torrentes de água que rugiam no meio da selva, formando uma nuvem de gotas pulverizadas ao cair dúzias de metros mais abaixo.

Logo vieram as missões da Companhia de Jesus para evangelizar os índios da região, construindo cidades inteiras em pedra tosca, de uma beleza muito especial. Assentaram-se na região entre as bacias dos rios Paraná e Paraguai, escapando dos bandeirantes, portugueses que caçavam índios para vendê-los como escravos. A coroa espanhola ordenou aos jesuítas voltar a Espanha e dar fim às missões. Assim, as cataratas ficaram ignoradas pelo mundo ocidental devido à distância e ao difícil acesso, sendo ocupada a região, somente pelos índios Guaranis. Em 1882, um explorador suíço, o Sr. Giaccomo Bove, com a ajuda do guia de Carlos Bossetti, reencontrou essa paisagem espetacular.

O povoamento regular e efetivo da futura cidade de Foz aconteceu em 1888, data na que foi estabelecida a primeira Colônia Militar na fronteira. Em 1889, foi realizada uma expedição à região pelo engenheiro e tenente José Joaquim Firmino, que registrou uma população de 324 pessoas, a maioria constituída por paraguaios e argentinos mas, também, por espanhóis e ingleses. Eles se dedicavam à extração da erva mate e da madeira, exportadas via rio Paraná. A colônia militar existente tinha a faculdade de distribuir terras aos colonos interessados a assim agiu.

No ano de 1897 foi criada a Agência Fiscal, que autorizou a construção de 13 casas apenas e de algumas granjas.

Nos primeiros anos do século XX, a população de Foz de Iguaçu chegou a, aproximadamente, 2000 pessoas e o viajante dispunha de uma hospedaria, quatro armazéns, um rústico quartel militar, telégrafo. Viviam de uma agricultura de subsistência.

Em 1910, a Colônia Militar passou à condição de Vila Iguaçu, distrito do município de Guarapuava. Dois anos depois, o Ministro de Guerra transformou a colônia militar num povoado civil sob os cuidados do Governo do Paraná, que criou o órgão de arrecadação de impostos da vila.

Em 1914, por meio de uma lei, foi criado o Município de Vila Iguaçu e, em 1918, a cidade começou a se chamar Foz de Iguaçu ou Estuário do Iguaçu.

O caminho que une Foz de Iguaçu a Curitiba foi iniciado numa primeira etapa, no ano 1920.

A história do Parque Nacional começa no ano de 1916, quando passa pelo estuário do Iguaçu o "pai da aviação", o Sr. Alberto Santos Dumont, que é considerado o "fundador legítimo" do Parque. A área pertencia ao uruguaio Jesus Val Santos Dumont, entretanto, intercedeu junto ao Presidente do Estado de Paraná, Sr. Affonso Alves de Camargo, para converter a região em patrimônio público. Assim, teve início uma série de decretos que permitiram consolidar e aumentar os hectares do parque que, em 1994, passou a ser o Parque Nacional com 185.000 hectares.

Com a inauguração da Ponte Internacional da Amizade (Brasil – Paraguai) em 1965, e com a inauguração da rota Br-277 que une Foz de Iguaçu a Curitiba e ao litoral, a cidade inicia um acelerado desenvolvimento, intensificando o comércio, principalmente com a cidade paraguaia Presidente Strossner, atual Cidade do Leste.

A construção da Hidroelétrica de Itaipu (Brasil – Paraguai), iniciada na década dos 70, provocou considerável impacto em toda a região, aumentando a migração para a cidade de Foz de Iguaçu. Em 1960, a cidade tinha 28.080 habitantes; em 1970, 33.970 e, no ano 1980, o número de habitantes se elevou para 136.320 pessoas, mostrando no período 1960 – 1980 um crescimento de 385%.

Cidade do Leste

O decreto de fundação desta cidade fundamenta esta ação nos seguintes antecedentes "A necessidade de fundar uma cidade no extremo territorial do caminho internacional que unirá nossa República com o Brasil, e CONSIDERANDO: Que a boa administração do País obriga a prever o desenvolvimento de Caaguazú e de Alto Paraná, regiões pelas que cruza a Rota Internacional; que o extremo da citada Rota na

embocadura com a futura Ponte Internacional estará situada ao norte da atual localidade de Porto Pte. Franco; que por tais circunstâncias é indispensável a fundação de uma localidade com os recursos adequados para seu futuro desenvolvimento, que seja ponto de concentração das possibilidades regionais, limite da rota internacional e meio de vinculação permanente com a vizinha República do Brasil; que os Artigos 51 e 56 da Constituição Nacional autorizam ao Poder Executivo a promover os meios que contribuam para melhorar a administração do País e a adoção de planos de redistribuição das populações atuais"

Cidade do Leste foi fundada em 3 de fevereiro de 1957, à beira do rio Paraná – limite natural entre Paraguai e Brasil – em uma área selvática a que, naqueles tempos, somente era possível alcançar por água. O objeto desta decisão tomada pelo governo do Presidente Stroessner, foi fundar uma cidade no extremo territorial do caminho internacional que uniria esse país com o Brasil, afim de promover o desenvolvimento das regiões de Caaguazu e Alto Paraná, levando em consideração que por elas cruza a Rota Internacional, rota que, posteriormente, seria unida à futura Ponte Internacional. Desta forma, a cidade poderia ser ponto de expansão das possibilidades regionais.

Quando da sua fundação, foi chamada Porto Presidente Stroessner, em reconhecimento ao presidente – ditador em exercício, que governou de 1954 a 3 de fevereiro de 1989. A partir daí, esse nome começou a se apagar, por lei, de todos os lugares, inclusive da cidade ele que tinha ideado para "acercar-se" ao Brasil.

Localizada no departamento do Alto Paraná, a 340 quilômetros ao leste da capital paraguaia e a somente 30 km. das Cataratas do Iguaçu, registrou desde suas origens, um acelerado desenvolvimento provocado pelo intenso comercio, legal e ilegal, que gerou fortes fluxos migratórios, na maioria de asiáticos e árabes. O chamado "turismo de compra" foi seu forte; pois os visitantes podiam – e podem – adquirir as mais renomadas marcas de bebidas, de artigos eletrônicos, perfumes e cosméticos que têm preços baixíssimos graças aos privilégios alfandegários. Em 1996, chegou a ser reconhecida pela *Revista Forbes* como o terceiro centro comercial mundial, logo atrás de Miami e Hong-Kong.

Nos seus melhores tempos, organismos vinculados à arrecadação de impostos e alfandegários do Brasil calcularam que o movimento comercial desta localidade representava anualmente cerca de 12.000 milhões de dólares. A bonança econômica atraiu várias colônias de estrangeiros e o antigo Porto Presidente Stroessner converteu-se numa cidade cosmopolita.

Com cerca de 250.000 habitantes, Cidade do Leste é hoje uma das cidades mais significativas do Paraguai, devendo, também, seu desenvolvimento à proximidade com a Represa Hidrelétrica de Itaipú e ao Brasil, separados somente pelo Rio Paraná e pela Ponte Internacional da Amizade.

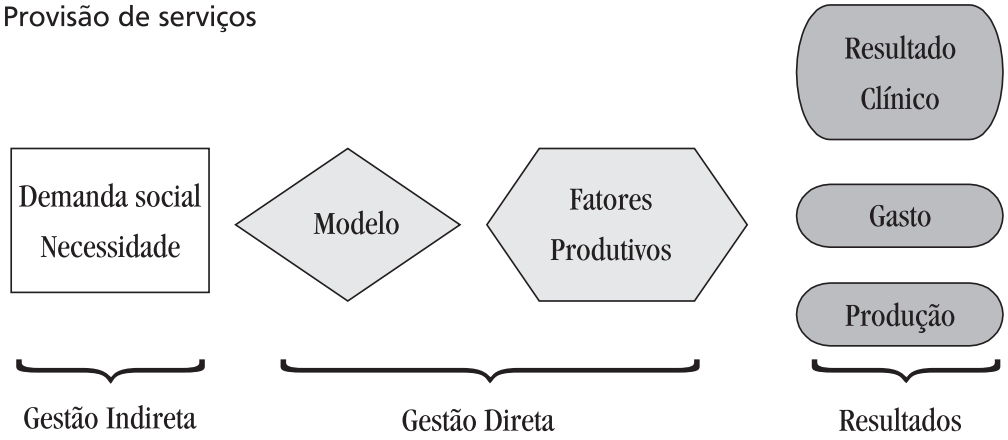
Mas, com o tempo, o MERCOSUL foi exigindo transparência nos negócios fronteiriços e a Cidade do Leste surgiu como uma área obscura nesse espectro econômico. A corrupção constatada nos diversos níveis de autoridade local, bem como de funcionários têm sido assinalados como um dos problemas que se transformaram em crônico.

Contudo, hoje a situação está mudada para a estratégica Cidade do Leste; não a corrupção, senão a prosperidade comercial, que está reduzida só na quinta parte do que foi nas épocas douradas. Em fase de decadência, cada vez mais lojas são fechadas, enquanto a sombra do terrorismo e a delinqüência estão à espreita. Depois dos atentados do 11 de setembro, em Nova Iorque, Cidade do Leste tem sido indicada como uma cidade potencialmente em conflito devido à suposta presença de organizações fundamentalistas e mafiosas. Na atualidade, é o principal alvo das atenções dos governos das "Três Fronteiras" que têm redobrado esforços de controle e vigilância.

IV. Metodologia

A. Marco Conceitual da Metodologia

Considerando que as funções centrais dos sistemas de saúde são a Regulação, Provimento e Financiamento, os Estudos de Rede Assistencial centram o foco da análise no âmbito do Provimento. Para isso, utiliza-se um modelo de análise de produção e gestão em rede, que permite responder aos problemas de saúde da população com oportunidade, eqüidade, qualidade e eficiência,[6] que se descreve a seguir.



Fonte: Dr. Ignacio Astorga

A visão de produção pode ser resumida no seguinte esquema, que estabelece quatro níveis de análise:

a. Demandas e necessidades de atenção;
b. Modelo de organização do atenção;
c. Recursos produtivos;
d. Resultados.

1. Modelos para Estudar as Necessidades de Saúde

Ao realizar um estudo das necessidades de atenção de saúde da população, existem pelo menos duas opções metodológicas; a primeira consiste em caracterizar a **demanda social de atenção,** que significa medir os serviços que a população, efetivamente, está solicitando ao sistema de saúde, estabelecendo uma associação entre a população demandante e os serviços oferecidos. Para isto, deve-se, por uma parte, caracterizar a população que efetivamente realiza consultas nos estabelecimentos e, por outra, conhecer a produção realizada, bem como a demanda reprimida (insatisfeita: listas de espera ou rejeições). Um ponto positivo relevante deste modelo consiste na possibilidade certa de conhecer a demanda real de atenção de um problema de saúde em particular (especialmente quando é incorporada a demanda reprimida ou rejeição) o que permite ajustar melhor as ações de gestão e/ou investimentos do Estado, desafio importante na área da saúde, onde as necessidades são crescentes e muito dinâmicas (em especial pela estreita relação com as evoluções epidemiológicas, demográficas, econômicas, políticas, etc. de uma

[6] Modelo inspirado, inicialmente, no sistema público de saúde aplicado no Chile, incorporando novos elementos que permitiram melhorar o cumprimento das variáveis mencionadas.

sociedade) e o orçamento reduzido, em alguns casos, pouco flexível. A debilidade deste modelo para estimar demanda social de atenção consiste em que leva mais tempo realizar estudos da demanda reprimida e, que, por outro lado, tem sido constatado que, em comunidades onde a oferta de atenção tem sido baixa ao longo do tempo, a demanda por atenção pode ser escassa, mesmo quando se identifique a demanda reprimida.

A segunda opção tem relação com o conceito de **necessidades de atenção**, que corresponde à estimação da demanda potencial de atenção por uma parte da população, levando em consideração padrões externos. Por meio deste método estima-se a demanda teórica da população vinculada a um determinado serviço ou atenção, habitualmente por meio da aplicação de padrões internacionais ou por análise realizada por grupos de especialistas. Este modelo permite realizar uma aproximação para estimar a demanda daqueles serviços ou patologias onde o registro de informação é pouco confiável, ou se trata de problemas de saúde emergentes, onde a demanda não está refletida na produção, nem na demanda reprimida; exemplo disso é a incorporação de programas de saúde mental em áreas onde, anteriormente, não existia o serviço. A debilidade de utilizar este modelo está nos aspectos teóricos porque não consegue incorporar variáveis locais, estacionais, ou outras próprias do país, da região e, portanto, as intervenções que dela surgem, podendo superestimar ou subestimar as necessidades da população.

Um enfoque complementar aos anteriores está dado pela análise epidemiológica que permite, por uma parte, complementar a análise dos serviços e por outra, identificar quais deveriam ser os problemas de saúde pública que seria necessário priorizar.

Para o presente estudo utilizou-se o primeiro modelo aqui citado, **"demanda social de atenção"**, existindo propostas metodológicas para conhecer a demanda reprimida, que foi complementado com a análise epidemiológica correspondente.

2. Modelo de Rede Assistencial: um marco de organização do atenção

Basicamente, o modelo de organização utilizado como referência é o modelo de redes (enfoque sistêmico).

O modelo de rede demonstrou ser capaz de compatibilizar cobertura assistencial com eficiência no uso de recursos e qualidade. Isso fica demonstrado na experiência chilena nesta matéria, que permitiu a obtenção de bons indicadores de saúde no país, muito superiores aos esperados quando comparados com o nível de desenvolvimento econômico. A seguir, descreve-se o marco conceitual nesta matéria.

A definição operacional de rede **assistencial** que empregamos é: *"conjunto de estabelecimentos de saúde complementares e funcionalmente organizados segundo seu nível de complexidade, que apresentam processos de derivação (referência -contra-referência) entre si"*.[7]

Como parte substancial desta definição estão os dois elementos centrais das redes, isto é, os estabelecimentos de saúde (que também se denominam nós da rede)[8] e os processos de derivação e contra-derivação (que também se denominam interfaces da rede). Estes dois componentes centrais podem ser melhor compreendidos com a incorporação dos conceitos de complementaridade, *organização estrutural* (oferta de atenção onde se deve considerar o nível de complexidade) e *organização funcional* (analisa-se a acessibilidade geográfica e os recursos disponíveis, os procedimentos e conteúdos dos processos de derivação e contra-derivação dos serviços).

---

[7] 1 Dr. Ignacio Astorga, "Considerações para o Planejamento Hospitalar do Sistema Nacional de Serviços da Saúde", Junho 2002, Ministério da Saúde, Chile.

[8] NT- Termo que designa "entrelaçamento feito na extremidade ou no meio de uma ou de duas cordas, linhas ou fios, a fim de encurtá-los, marcá-los ou uni-los"

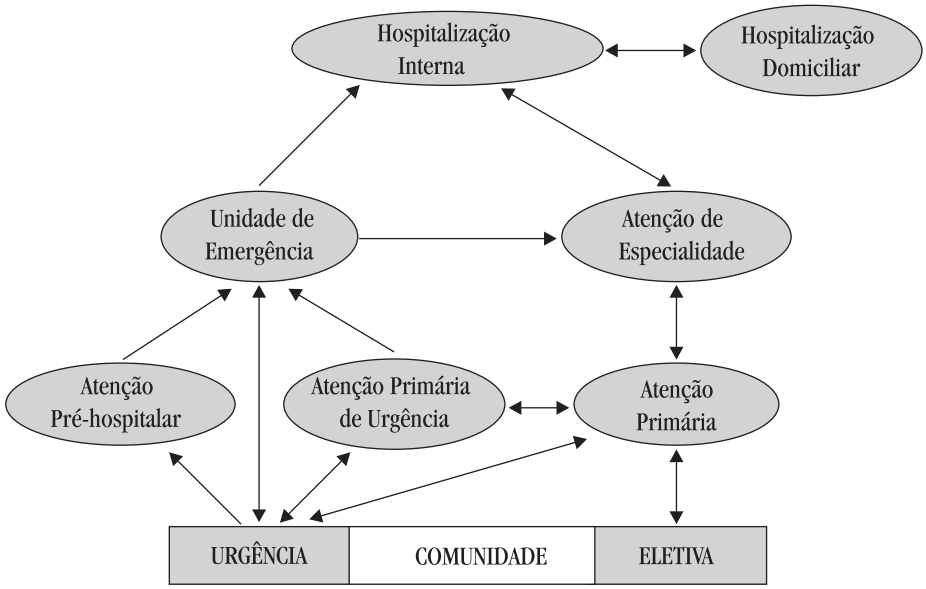
Na análise da rede não se utilizam todos os serviços, mas somente aqueles que têm o caráter de "traçadores", que são os serviços que, pela sua condição de circular pela rede, permitem verificar a existência de possíveis brechas ou variações de cobertura.

Uma das principais características deste enfoque é sua versatilidade para uma compreensão mais dinâmica e exaustiva das tarefas, permitindo analisar o sistema de saúde como um todo, levando em consideração os diferentes tipos de estabelecimentos, as diferentes inter-relações e complexidades; mas, é possível também, analisar o sistema de saúde segundo um tema em particular ou uma patologia em especial; por exemplo: Rede de Atenção Ambulatorial, Rede de Hospitalização Domiciliar, ou Rede de Atenção de Urgência (primeira fase deste estudo realizado no Chile e atualmente em fase de aplicação das recomendações), Rede de Neurocirurgia, Rede de Bancos de Sangue (em estudo e aplicando-se no Chile) e outros.

Atualmente, a definição e aplicação tradicional do conceito de rede, basicamente, leva em conta, na sua análise, o componente estrutural estabelecendo. Para tanto, propostas de desenvolvimento estrutural que tendem a solucionar os problemas identificados via investimento e/ou aumento do orçamento, sem aprofundar no próprio componente; isto é, nos processos de derivação e contra-derivação, nos processos para otimização dos recursos disponíveis (por exemplo, a infra-estrutura existente, a gestão da agenda médica, etc.) que devem merecer tanta preocupação como o funcionamento de cada estabelecimento per se. Neste contexto, um aporte interessante desta metodologia ou modelo de rede assistencial é a possibilidade de analisar de forma conjunta os componentes estruturais e funcionais do sistema de saúde.

No estrutural e funcional da rede, é possível identificar campos que se entrecruzam, como são a modalidade de atenção (ambulatorial – hospitalar) e o tipo de atenção (programada-urgência). Isso pode ser observado no seguinte esquema que representa os tipos de nós, associados ao atenção de urgência e programado.

Entre os nós, foram identificados com setas os fluxos de derivação e contra-derivação que devem ser regulados técnica, legal, financeira e administrativamente.



Fonte: Dr. Ignacio Astorga

A aplicação desses elementos, na análise da organização e da gestão das redes, permite a caracterização de:

- Modelo de organização da rede geral por tipo de atenção (ambulatorial – hospitalar) e nível de complexidade (baixo – médio – alto);
- Modelo programado e de urgência;
- Acessibilidade geográfica;
- Trabalho complementar versus competitivo entre os estabelecimentos (onde corresponder), com otimização de recursos produtivos da rede;
- Regulação dos processos de derivação e contra-derivação entre os nodos da rede, por tipo de rede (programada – urgência).

A rigor, esta definição de rede está centrada no atenção e fluxo das pessoas atendidas, mas tem-se aplicado o conceito de rede sustentável para todas as funções de suporte da função assistencial com o objetivo de lembrar que, dentro de uma rede assistencial, as funções de apoio tais como banco de sangue, laboratório, esterilização, etc., podem ser subministradas por meio de sistemas externos e/ou centralizados, que permitam aos estabelecimentos de saúde contar com os insumos ou produtos necessários para cumprir a sua função assistencial, sem que, necessariamente, eles sejam produzidos no local. Neste sentido dá-se especial ênfase à avaliação técnico-econômica das alternativas para provisão desses serviços de apoio.

Finalmente, por rede **de suporte** será entendida a *"provisão das funções de apoio (clínica-administrativa-industrial) para um conjunto de nodos da rede assistência, por meio de um sistema sustentável"* .

B. Metodologia do Estudo

1. Descrição

O estudo abrangeu o setor público e privado na área da saúde; considerou uma série de 5 anos, tendo como base o ano 2000 e foi desenvolvido conforme a seguinte metodologia: coleta e análise da informação, validação da informação, análise da demanda, análise da oferta, identificação de falhas, linhas tentativas de solução e propostas de desenvolvimento.

A coleta da informação foi realizada em dois níveis: primeiro, aplicando um formulário de coleta de informação em fontes primárias e secundárias nas cidades respectivas, por profissionais previamente capacitados pelos consultores e, segundo, foi levantada informação secundária pelos consultores, em Santiago do Chile, na Biblioteca da CEPAL e Internet.

A análise dessa informação foi sendo validada técnica e politicamente junto com os representantes de OPAS local e coordenadores locais, utilizando-se de correio eletrônico bem como de oficinas e reuniões de trabalho realizados em cada uma das cidades em estudo. A análise foi iniciada com uma caracterização do perfil epidemiológico da população de cada cidade (anos de vida potencialmente perdidos e mortalidade geral, neonatal, infantil, materna) com o objeto de identificar variações nas diferentes taxas. Como segundo ponto, foi analisada a produção dos diferentes estabelecimentos de saúde incluídos na rede, por meio de serviços "indicadores" (aqueles que circulam na rede: consultas de atenção primária, consultas de especialidades médicas, consultas de urgências, intervenções cirúrgicas, partos e altas hospitalares), revisando os registros históricos da produção dos últimos 5 anos, determinando taxas e tendências. Para a análise da demanda e da construção das taxas de atenção, trabalhou-se com a população

beneficiária do sistema público de saúde. Além disso, foi incorporada uma caracterização demográfica de cada cidade.

Como terceiro ponto, foi desenvolvido um estudo dos recursos produtivos da rede de saúde de cada cidade; isto é, recursos humanos, infra-estrutura, equipamento médico, industrial e veículos, além dos recursos financeiros.

Com a toda essa informação obtida, foi realizada uma análise combinada da rede estrutural e funcional de cada cidade, da dúplice e da tríplice fronteira. Nesta análise, foram incorporados os serviços públicos e privados, a área de influência e acessibilidade, as derivações extra-regionais, a compra de serviços e uma breve caracterização dos fluxos da demanda, segundo a modalidade de atenção.

Posteriormente foi analisada a produtividade, em termos da cobertura do atenção, produção, otimização, bem como a identificação de falhas. Finaliza-se o documento com um capítulo de conclusões e recomendações.

2. Recursos Produtivos

Dentro dos recursos produtivos analisados foram considerados:

- Recursos Humanos: situação base e otimização;
- Infra-estrutura: situação base e otimização;
- Equipamento Médico e Industrial (inclui veículos);
- Recursos Financeiros.

a) Recursos Humanos

As variáveis analisadas são:

- Evolução da disponibilidade de médicos nos últimos 5 anos (cargos urgência e programados);
- Determinação de horas disponíveis (Horas Contratadas – Absenteísmo);
- Distribuição do tempo disponível de cargos médicos a trabalhos assistenciais (IQ, visita à sala, consultas, procedimentos);
- Evolução da disponibilidade de cargos não médicos, nos últimos 5 anos;
- Descrição do mercado de trabalho, considerando a mobilidade do mercado, capacidade formadora local instalada, capacidade de retenção de pessoal qualificado.

b) Infra-estrutura

O diagnóstico proposto considera:

- Descrição do número e tipo de estabelecimentos assistenciais disponíveis;
- Estado da estrutura, instalações e acabamento;
- Relações funcionais (internas e externas).

c) Equipamento

O questionário de coleta de informação considera:

- Tipo de equipamento;
- Estado: bom-regular-ruim;
- Ano de instalação (VUR);
- Custo de reposição, em US$.

d) Recursos Financeiros

O formulário de coleta de informação solicita, para um período de 5 anos:

- Ingressos: caracterização da fonte;
- Gastos: pessoal, bens e serviços de consumo, investimentos, outros;
- Resultado Operacional.

3. Resultados

Das variáveis que caracterizam os resultados, foram considerados produção e gasto, mas já que o segundo componente foi descrito no capítulo de recursos financeiros, não será mencionado novamente.

Quanto à produção, trabalhou-se com os serviços abaixo descritos, que são considerados descritores do funcionamento da rede assistencial; isto é, que permitem estabelecer esquemas de derivação e contra-derivação, além de ser representativos do grosso do funcionamento assistencial.

- Consultas médicas de Atenção Primária;
- Consultas médicas de Especialidade;
- Consultas médicas de Urgência;
- Alta hospitalar e Uso de Leitos;
- Intervenções Cirúrgicas Maiores de Urgência e Programadas;
- Partos.

Para os serviços programados, foi proposta a aplicação de uma metodologia para identificar a demanda reprimida.

4. Análise Combinada

A partir da informação coletada, pretendia-se estabelecer várias relações, de maneira a identificar a evolução da produtividade dos recursos humanos, da infra-estrutura e do gasto, além da evolução do custo do pessoal, relações estas que se traduzem nas seguintes fórmulas:

- Produção – Recursos Humanos
- Produção – Infra-estrutura
- Produção – Gasto
- Gasto – Recursos Humanos
- Produção – Recursos Humanos – Infra-estrutura

V. Resultados

A. Perfil Epidemiológico

1. Anos de Vida Potencialmente Perdidos - AVPP

O indicador de anos de vida potencialmente perdidos é uma estimativa das causas de óbito que provocam falecimentos prematuros; isto é, que acontecem antes de uma determinada idade, que para o estudo foi estabelecida em 64 anos. Os resultados indicam quais deveriam ser os problemas considerados como prioridades sanitárias locais. Na tabela 2, somente são apresentados os resultados de Foz e Cidade do Leste (CDL), já que não foi possível obter a informação de Porto Iguaçu.

Tabela 2: Principais causas de AVPP por cidade – Tríplice Fronteira

Causas prioritárias	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Causas externas	Sem informação	1	1 (homicídio)
Afecções Perinatais	Sem informação	2	5
Doenças Aparelho Circulatório	Sem informação	3	
Malformações Congênitas	Sem informação	4	
Mal Definidas e Sem Assistência Médica	Sem informação	5	
Doenças Aparelho Respiratório	Sem informação		4
Doenças Infecciosas e Parasitárias	Sem informação		2 (Sepse)
Doenças Endócrinas e Nutricionais	Sem informação		3 (Diabetes)

Fonte: Relatórios Foz – Cidade do Leste – elaboração equipe consultora

Ao comparar Foz e CDL, observa-se que, em ambos os casos, as principais causas de AVPP são as externas, que correspondem a acidentes e violências, faltando saber se elas são produto de acidentes (automotores, laborais ou de outro tipo) ou a violências (com ou sem causa externa).

Para Foz, o segundo grande grupo corresponde a afecções perinatais, o que para CDL representa a quinta causa.

Chama a atenção que para as outras causas não há coincidência entre ambas cidades, o que pode estar associado a diferenças de critério, não registro ou a sub-registro de patologias.

Para Foz, outros problemas relevantes são os circulatórios e malformações congênitas e mal definidas.

Para CDL o perfil está determinado pelas patologias infecciosas, diabetes descompensada e patologia respiratória.

2. Mortalidade

a) Mortalidade Geral

Taxa de Mortalidade Geral

De acordo com o informado, Foz é a que apresenta as maiores taxas de mortalidade geral no período de análise, com tendência a alta. Por sua parte, CDL e Porto Iguaçu apresentam uma tendência descendente e estabilizada nos últimos anos.

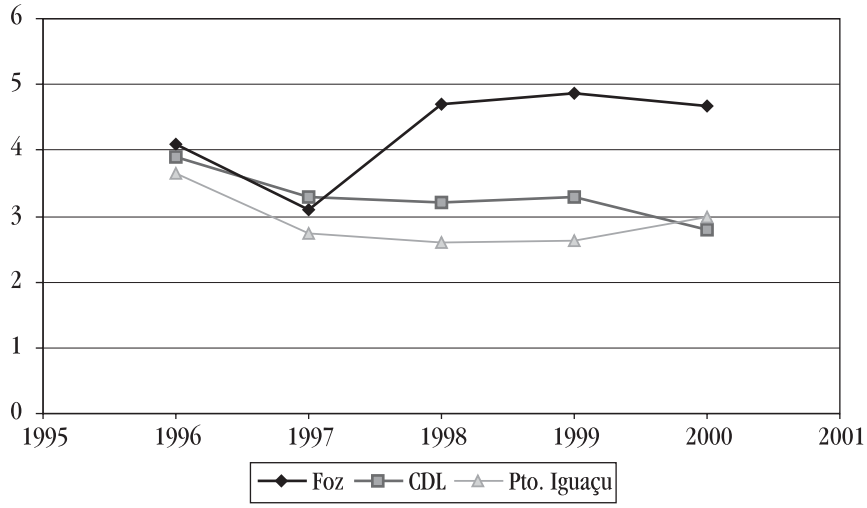
Para os efeitos de CDL existe preocupação acerca da integridade dos registros; isto é, se eles refletem fielmente 100% das pessoas falecidas.

Tabela 3: Evolução Taxa de Mortalidade Geral, Tríplice Fronteira

Ano	Porto Iguaçu	Foz	CDL
1996	3,66	4,09	3,9
1997	2,73	3,09	3,3
1998	2,59	4,70	3,2
1999	2,63	4,86	3,3
2000	2,98	4,66	2,8

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Gráfico 1: Evolução Taxa de Mortalidade Geral, Tríplice Fronteira 1996 – 2000



Principais causas de mortalidade geral

Ao analisarmos a mortalidade geral entre as três cidades, repete-se o padrão de patologia circulatória, neoplasias e patologia respiratória, como as cinco causas principais. A principal diferença reside em "causas externas", que ocupa o primeiro e segundo lugar em Foz e Cidade do Leste, respectivamente, enquanto que, em Porto Iguaçu, não aparece como sendo relevante.

Do padrão geral é possível assinalar que reflete o processo de envelhecimento da população, porquanto aparecem, dentro das principais causas, os problemas crônicos não transmissíveis, que podem ser observados, com maior importância, em Porto Iguaçu, onde se agregam as patologias de tipo nutricional, determinadas basicamente pela diabetes.

Em Cidade do Leste, por sua vez, observa-se que as patologias infecciosas são importantes, o que pode estar refletindo as condições de saneamento e desenvolvimento sócio-econômico.

Tabela 4: Principais causas de Mortalidade Geral, Tríplice Fronteira, 2000

Causa prioritárias	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Causas Externas		1	2
Doenças Aparelho Circulatório	2	2	1
Afecções originadas Período Perinatal		3	
Neoplasias	5	4	3
Doenças Aparelho Respiratório	4	5	4
Mal Definidas e Sem Atenção Médico	1		
Infecciosas e Parasitárias			5
Doenças Endócrinas e Nutricionais	3		

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

b) Infantil

Taxa de Mortalidade Infantil

Ao comparar os valores para Mortalidade Infantil entre as três cidades, observa-se que CDL apresenta valores permanentemente superiores (quase o dobro) a seus vizinhos (tabela 5).

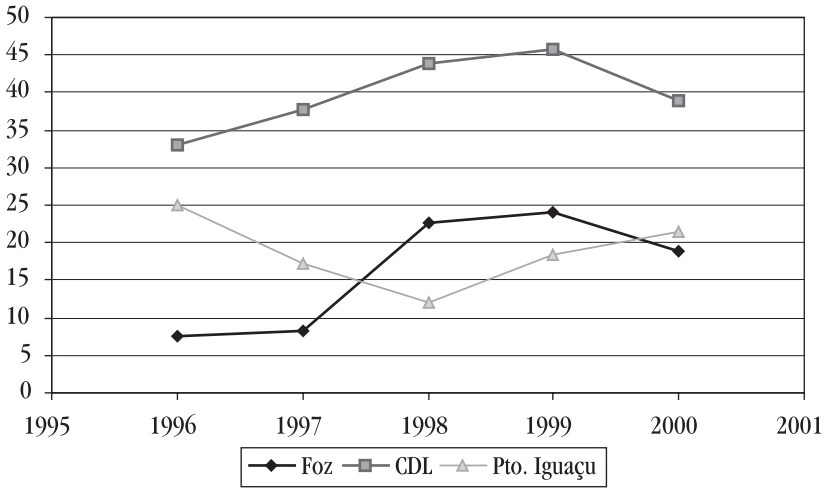
Tabela 5: Evolução Taxa de Mortalidade Infantil, Tríplice Fronteira, 2000

Ano	Porto Iguaçu	Foz	CDL
1996	25,00	7,45	33,0
1997	17,33	8,31	37,7
1998	11,98	22,6	43,8
1999	18,43	24,06	45,8
2000	21,48	18,83	38,8

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Outra situação que chama a atenção é a tendência crescente nos últimos anos, que deveria levar a refletir se estamos frente a um "alerta estatístico" ou frente a um problema real que está aumentando a mortalidade infantil. Recomenda-se, especialmente, efetuar uma revisão do programa infantil, de forma a identificar estes problemas e estabelecer as medidas corretivas correspondentes.

Gráfico 2: Evolução Taxas de Mortalidade Infantil 1996 - 2000, Tríplice Fronteira



Principais causas de Mortalidade Infantil

O padrão que se repete entre os três países corresponde às causas Perinatais, Infecciosas, Respiratórias e Malformações Congênitas.

Tabela 6: Cinco Principais causas de Mortalidade Infantil – Tríplice Fronteira, 2000

Causa	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Afecções originadas no período perinatal	1	1	4
Malformações Congênitas	4	2	5
Mal definidas	3	3	
Doenças Aparelho Respiratório	5	4	2
Algumas Doenças Infecto-contagiosas	2	5	1
Doenças Endócrinas e Nutricionais			3

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Em Foz e Porto Iguaçu coincidem as mal definidas como causa principal de mortalidade. Já em CDL as Doenças Endócrinas e Nutricionais correspondem à terceira causa de óbito.

Na medida em que os países vão reduzindo as taxas de mortalidade, as causas vão sendo associadas a problemas congênitos e de prematuridade extrema. Neste sentido, a coexistência desses problemas com os infecciosos, indica um perfil de transição epidemiológico.

c) Neonatal

Taxa de Mortalidade Neonatal

Na tabela 7 e no gráfico 3 podemos observar a evolução da taxa de mortalidade neonatal entre 1996 e 2000.

De maneira similar ao que ocorre com a mortalidade infantil, Cidade do Leste apresenta valores superiores às outras duas cidades. Porto Iguaçu apresenta um comportamento intermediário e Foz, os menores valores.

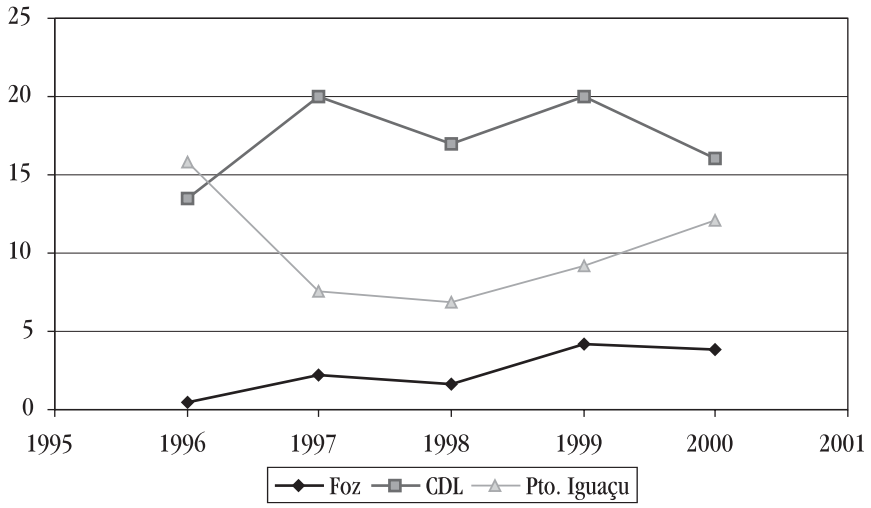
Ao analisar a tendência, nota-se que ela está discretamente em alta em Foz e Porto Iguaçu; pelo contrário, em CDL observa-se uma estabilidade média.

Tabela 7: Evolução Taxa de Mortalidade Neonatal, Tríplice Fronteira

Ano	Porto Iguaçu	Foz	CDL
1996	15,76	0,5	13,48
1997	7,58	2,2	20
1998	6,85	1,6	17
1999	9,23	4,2	20
2000	12,11	3,8	16

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Gráfico 3: Evolução Taxa de Mortalidade Neonatal, Tríplice Fronteira



Principais causas de Mortalidade Neonatal

Ao realizar a análise por causa, são identificadas as maiores coincidências entre CDL e Porto Iguaçu, para prematuridade, sepse e sofrimento fetal agudo e, da mesma forma, para transtornos respiratórios e cardiovasculares entre Foz e CDL.

A ausência de concordância entre algumas causas pode ser resultante de que, para um mesmo problema, tenham sido registradas duas denominações diferentes; por exemplo, os transtornos respiratórios e cardiovasculares de Foz podem coincidir com a Prematuridade de Cidade do Leste e Porto Iguaçu, dado que, provavelmente, a primeira causa de mortalidade neonatal é a dificuldade respiratória do recém nascido. Por isso, para fazer uma comparação mais precisa, é indispensável uma padronização dos diagnósticos nas três cidades.

Ao realizar a análise por tipo de causa, observa-se que para Cidade do Leste e Porto Iguaçu, as principais causas estão associadas ao acompanhamento da gravidez e do parto (Prematuridade e Sofrimento Fetal Agudo). Finalmente, para Cidade do Leste, a diarréia representa uma importante causa de mortalidade neonatal.

Tabela 8: Principais causas de Mortalidade Neonatal, Tríplice Fronteira, 2000

Causa	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Transtornos respiratórios e cardiovasculares		1	4
Malformações Congênitas do Aparelho Circulatório		2	
Anomalias Cromossômicas		3	
Prematuridade	1		1
Sepse	2		2
Sofrimento Fetal Agudo	3		3
Diarréia			5

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

d) Materna

Taxa de Mortalidade Materna

Na tabela 9 e gráfico 4, apresenta-se a evolução da taxa de mortalidade materna entre 1996 e 2000. Dentre elas, destaca-se o fato de que Cidade do Leste apresenta valores muito superiores aos de seus vizinhos, com uma tendência à elevação dos valores, nas três cidades.

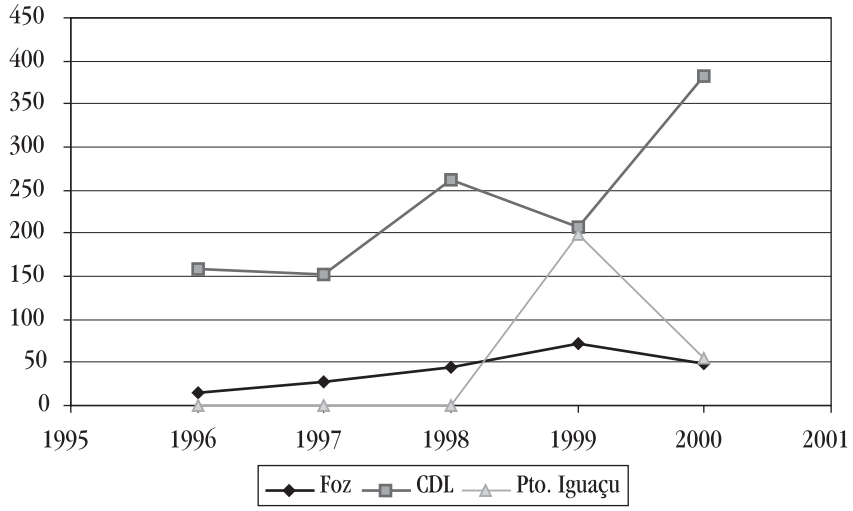
Cabe destacar a situação de Porto Iguaçu, onde a interpretação dos valores frente ao pequeno tamanho da população, visto que um pequeno número de casos pode gerar taxas muito elevadas. Para eles depois de três anos com uma mortalidade zerada, o valor elevou-se de maneira muito importante, diminuindo no ano seguinte.

Tabela 9: Evolução Taxa de Mortalidade Materna, Tríplice Fronteira (x100.000 nascidos vivos)

Ano	Porto Iguaçu	Foz	CDL
1996	0	14	158,6
1997	0	27,69	151,9
1998	0	44,02	261,3
1999	197,8	72,46	206,1
2000	55,1	47,55	382,5

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Gráfico 4: Evolução Taxa de Mortalidade Materna, Tríplice Fronteira 1996 – 2000



Principais causas da mortalidade materna

Ao realizar a análise por causa, observamos que as principais causas de óbito são as de tipo infeccioso, em Foz e CDL, associadas à gravidez ou aborto e hemorragia pós-parto. Em segundo lugar estão a hemorragia pós-parto e as complicações cirúrgicas. Somente em Porto Iguaçu aparece a Hipertensão Gestacional.

Cabe destacar que, das causas expostas, a maior parte dela está associada principalmente ao acompanhamento da gravidez, parto e puerpério imediato, pelo que é recomendável a revisão dos procedimentos técnicos em uso (Desenvolvimento de Guias de Prática Clínica. Medicina Baseada na Evidência).

Tabela 10: Principais causas de Mortalidade Materna, Tríplice Fronteira, 2000

Causa	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Doenças Infecciosas Específicas Gravidez		1	
Infecção		2	
Sepse Pós-Aborto			1
Hemorragia Pós-Parto (pós-cesárea/parto)	1		2
Complicações Cirúrgicas	2		3
Hipertensão Gestacional	3		

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

3. Morbidade

O perfil da morbidade está caracterizado por meio da análise das altas hospitalares, consultas de urgência e atenção primária.

a) Alta Hospitalar

A principal causa de alta na Tríplice Fronteira está relacionada com a gravidez e o parto ou puerpério; a segunda causa coletiva importante são as de tipo digestivo.

As patologias respiratórias repetem-se para Cidade do Leste e Porto Iguaçu.

Para Foz observa-se, além disso, um padrão de alta associado a neoplasias, doenças circulatórias e geniturinárias.

Para Cidade do Leste as lesões e abortos constituem importantes causas de alta, enquanto o que as motivam em Porto Iguaçu são as patologias osteomusculares e infecciosas.

Tabela 11: Principais causas de Alta Hospitalar, Tríplice Fronteira

Causa	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Gravidez, parto e puerpério	1	1	1
Neoplasias (tumores)		2	
Doenças aparelho circulatório		3	
Doenças aparelho geniturinário		4	
Doenças aparelho digestivo	2	5	3
Doenças aparelho respiratório	3		2
Osteomuscular	4		
Doenças infecciosas e parasitárias	5		
Causas externas			5
Aborto			4

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

A coincidência das causas obstétricas e digestivas entre as três cidades, torna recomendável que, entre elas, sejam analisadas e estabelecidas estratégias comuns para administrar adequadamente estes problemas, dado que a acessibilidade através da fronteira pode implicar no deslocamento dos pacientes entre as cidades.

b) Consultas Atenção Primária

Constituiu-se numa dificuldade, na análise da informação, a existência de diversas nomenclaturas para patologias similares. Neste sentido, a patologia respiratória representa uma importante causa que se repete nas três cidades, acrescentando-se os termos gripe e bronquite asmática em Porto Iguaçu.

Outra patologia comum para Foz e Porto Iguaçu é a Hipertensão Arterial. Para Cidade do Leste e Porto Iguaçu são comuns os acidentes e diarréia. Para Foz e Cidade do Leste repete-se a parasitose.

Causas importantes por cidade são: lombalgia em Foz e mordedura de animal em Cidade do Leste.

Tabela 12: Principais causas de Consulta de Atenção Primária, Tríplice Fronteira, 2000

Causa	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Infecção Via Aéreas Superior		1	1
Parasitose		2	4
Lombalgia		3	
Hipertensão Arterial	5	4	
Bronquite Asmática	2	5	
Acidentes	4		2
Diarréia	1		3
Mordedura Animal			5
Gripe	3		

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

c) Consultas de Urgência

A informação recebida de cada cidade nesta matéria foi irregular. A informação de Foz correspondia, principalmente, a procedimentos efetuados e não a motivo da consulta; em Cidade do Leste acrescentam-se a estas causas, as informações obstétricas que não foram mencionadas nos outros hospitais, apesar de efetuar-se esse tipo de atenções.

Como apresentado na tabela 13, as únicas causas comuns nas três cidades são os traumatismos. Para Cidade do Leste e Porto Iguaçu repetem-se as infecções respiratórias agudas.

Para Porto Iguaçu acrescentam-se, além disso, os problemas circulatórios, digestivos e mal definidos.

Tabela 13: Principais causas de Consultas de Urgência, Tríplice Fronteira

Causa	Porto Iguaçu	Foz (*)	CDL
Cesárea			1
Parto Normal			2
Feridas de Pele		3	
Traumatismos	4	4	3
Aborto Incompleto			4
Infecção Respiratória Aguda	1		5
Doenças Sistema Circulatório	2		
Mal definidos	3		
Doenças Sistema Digestivo	5		

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste.

* A informação de Foz considera principalmente procedimentos, pelo que somente foram mantidos aqueles associados aos diagnósticos.

B. Produção

A análise da produção que se apresenta a seguir contém a informação direta da produção e o respectivo cálculo das taxas de atenção, que permite comparar a cobertura de atenção oferecida à população beneficiária desses sistemas de saúde.

1. Consultas médicas de urgência nos hospitais

Em termos gerais, o maior volume de produção observa-se em Foz, seguido de Cidade do Leste e Porto Iguaçu. Contudo, ao analisarmos a cobertura da população, a maior taxa de atenção observa-se em Porto Iguaçu, com uma taxa de pouco mais de 0,3 consulta de urgência por beneficiário/ano. Em segundo lugar, encontra-se Foz e posteriormente Cidade do Leste.

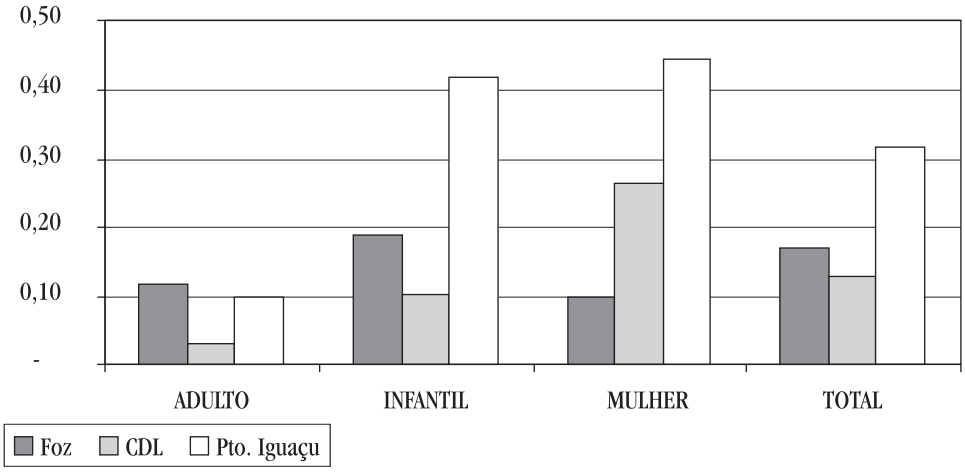
Porto Iguaçu apresenta as maiores taxas de atenção nos programas da saúde da mulher e nos infantis; Foz, ao contrário, apresenta a maior taxa de atenção para o adulto.

Tabela 14: Consultas Médicas de Urgência Hospitalar, Tríplice Fronteira, 2000

Programa	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Adulto	2.076	18.137	3.388
Infantil	4.844	15.451	6.354
Mulher	3.159	6.215	11.437
Total	10.079	39.803	21.179

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Gráfico 5: Taxas de Atenção de Urgência, Tríplice Fronteira, 2000



2. Consultas médicas de Atenção Primária ou Básica

a) Produção Observada

Na tabela 15 e no gráfico 6 apresentam-se as consultas de atenção primária por programa e cidade. Assim, Foz apresenta os maiores volumes de produção e taxas de atenção em todos os programas, exceto o programa da mulher, no qual a maior taxa de atenção corresponde a Porto Iguaçu.

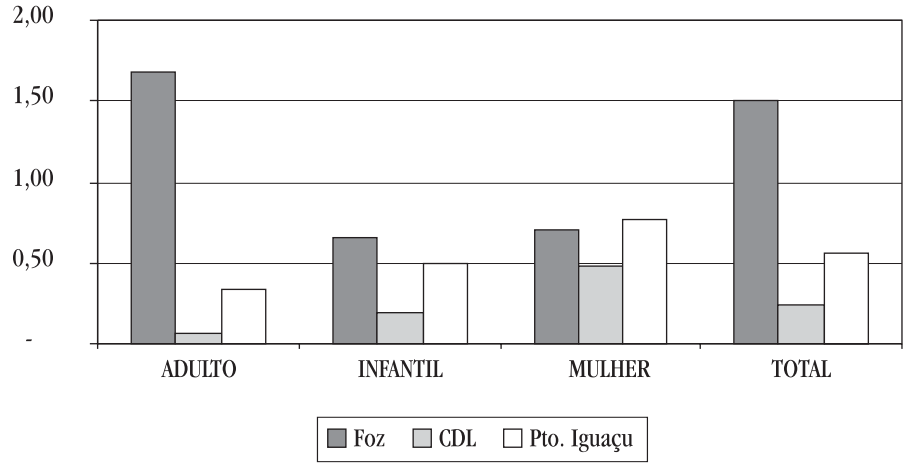
É importante assinalar que em Foz, as consultas de Pediatria e Obstetrícia são registradas como serviços de atenção primária e não de especialidade. Esta situação é analisada de forma comparativa, mais abaixo.

Tabela 15: Consultas Médicas Atenção Primária ou Básica, Tríplice Fronteira, 2000

Programa	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Adulto	6.668	255.509	6.109
Infantil	5.686	52.946	11.456
Mulher	5.508	44.166	20.620
Total	17.862	352.621	38.185

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Gráfico 6 : Taxa de Atenção Primária Tríplice Fronteira, 2000



b) Demanda Reprimida

Ao se analisar a existência de demanda reprimida obteve-se a seguinte informação:

Porto Iguaçu

Não há dados nem registro de demanda reprimida. De acordo com o informado pelo diretor do hospital, não existiria demanda reprimida.

Foz do Iguaçu

De acordo com a informação entregue pela equipe do Município de Foz, atualmente não existe demanda reprimida, uma vez que foram implementados os terceiros turnos de atenção nos núcleos de saúde, o que permite oferecer atenção por períodos de tempo mais prolongados.

Sem prejuízo dessa informação, é necessário observar que o levantamento de dados sobre demanda reprimida foi efetuado no mês de dezembro, justamente antes do Natal, cujos resultados não são confiáveis porque indicavam que, em termos gerais, a demanda por atenção era inferior à produção, salvo nas especialidades de dermatologia, endocrinologia e gastroenterologia, que mostravam brechas de atenção. Neste sentido, concluiu-se que o período de aplicação não é representativo do comportamento médio da população, sendo recomendável sua realização em um período neutro.

Cidade do Leste

Como resultados da pesquisa para determinar a demanda reprimida, obteve-se que corresponde a 3% da produção. Em termos de número de consultas, este percentual representa 1200 consultas.

A validade destes valores é discutível, já que de acordo com os resultados da Pesquisa Familiar (Encuesta de Hogares) realizada em 1999, 44 % da população que apresentou uma doença ou sofreu um acidente leve, não solicitou consulta médica. A causa dessa conduta é explicada em 75% pela prática da auto-medicação e, em 22% dos casos, pelo preço da consulta.

3. Consultas médicas de especialidade

Produção Observada

Na tabela 16 são apresentadas as consultas de especialidade por cidade. Cabe reforçar o anteriormente descrito quanto ao registro dos serviços, já que, em Foz, têm-se incorporado Pediatria e Obstetrícia como serviços de atenção primária. No que diz respeito a medicina interna, ela não é registrada como tal, e sim como sub-especialidade.

Por outra parte, é importante assinalar que em Foz, os serviços descritos são os efetuados no Centro de Especialidades Médicas, existindo também outros atenções deste tipo, pagos diretamente a instituições privadas.

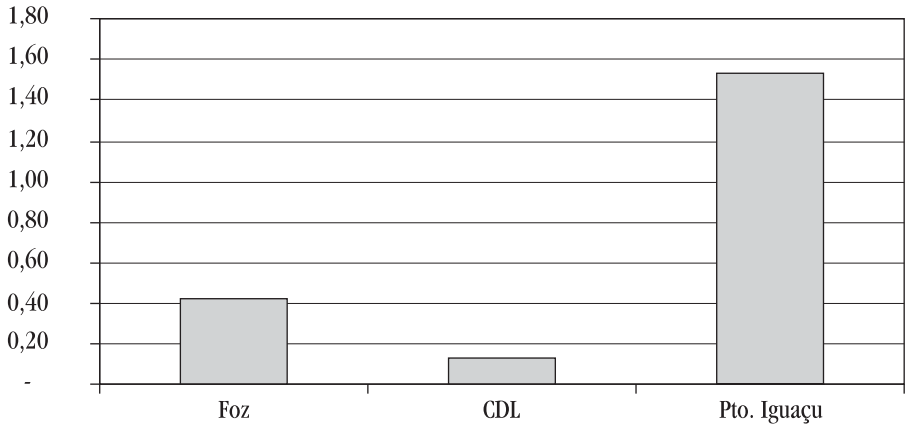
Tabela 16: Consultas Médicas de Especialidade, Tríplice Fronteira, 2000

	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Trabalho		112	
Alergia e imunologia		1.878	
Oncologia sem quimioterapia		2.720	
Cardiologia		5.713	
Cirurgia geral	3.084	5.004	1186
Cirurgia pediátrica		1.157	
Cirurgia plástica		1.775	
Cirurgia vascular		1.684	
Dermatologia		2.399	325
Endocrinologia	273	2.275	
Ginecologia e Obstetrícia	**6.105**		**11.437**
Gastroenterologia	134	1.491	
Hematologia		771	
Medicina Interna	**19.117**		**1542**
Nefrologia		11.204	
Neurologia		7.483	
Oftalmologia	330	9.776	
Ortopedia	2.634	15.016	772
Otorrinolaringologia.	390	3.832	
Pneumologia		1.570	
Proctologia		2.822	
Psiquiatria		7.855	
Pediatria	**13.557**		**5.784**
Tisiologia		1.335	
Urologia	272	5.967	
Hanseniase		2.700	
DST / AIDS			
Total	48.896	96.539	21.179

Fonte: Relatórios Foz – Cidade do Leste – Porto Iguaçu

Ao relacionar diretamente as consultas indicadas na tabela anterior com a população beneficiária das três cidades, a informação resultante (gráfico 7) mostra a taxa de atenção de especialidade por cidade. De posse desses dados podemos observar que Porto Iguaçu gera 1,5 consulta de especialista/ano por beneficiário. Foz, enquanto isso, alcança um valor levemente superior a 0,4 e Cidade do Leste, a 0,1.

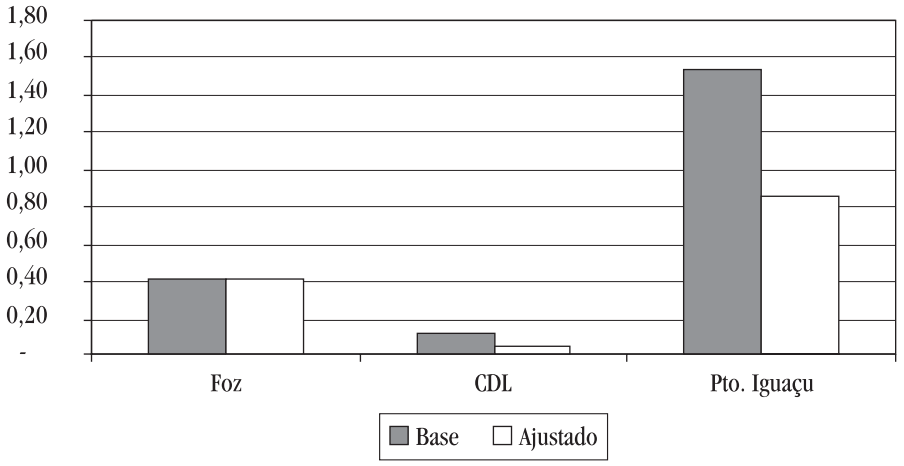
Gráfico 7: Taxa Bruta de Atenção de Especialidade, Tríplice Fronteira, 2000



Em virtude de haver diferenças no registro, padronizou-se o registro de especialidades, considerando como tais a todas as assinaladas na tabela 16, excetuando Pediatria e Obstetrícia. Ao recalcular as taxas de atenção, as de Foz foram mantidas e as de Porto Iguaçu e Cidade do Leste reduziram-se (0,04 Consulta de Especialidade/Beneficiário/Ano).

Ressalta-se o fato de que, apesar do ajuste, Porto Iguaçu mantém a maior taxa de atenção de especialidade.

Gráfico 8: Comparação Taxas Consulta de Especialidade Base e Ajustada, Tríplice Fronteira, 2000

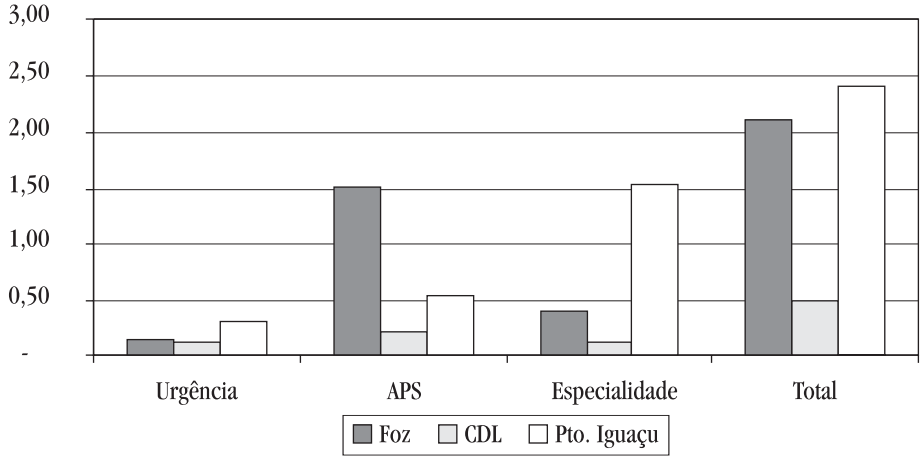


4. Urgência + Atenção Primária + Especialidade

Dada a diversidade de registros, o efeito da conexão entre as consultas médicas e com o objetivo de comparar de maneira integral a cobertura das mesmas, construiu-se um indicador agregado que soma as consultas de especialidade, atenção primária e de urgência. Os resultados são apresentados no gráfico 9.

Desta análise pode-se ressaltar que a população de Porto Iguaçu recebe, anualmente, cerca de 2,4 consultas médicas por beneficiário; a população de Foz um pouco mais de 2,1 consultas; e a população de Cidade do Leste, 0,5 consultas.

Gráfico 9: Taxas de Consulta Médica, Tríplice Fronteira, 2000



Demanda Reprimida

Não foi possível diferenciar entre os serviços de atenção primária e os de especialidade na pesquisa de demanda reprimida.

5. Atenção ao parto e puerpério

A atenção ao parto é decrescente em toda a Tríplice Fronteira, situação que se reflete na tabela 17 e no gráfico 10, onde é apresentada a evolução dos partos, por cidade.

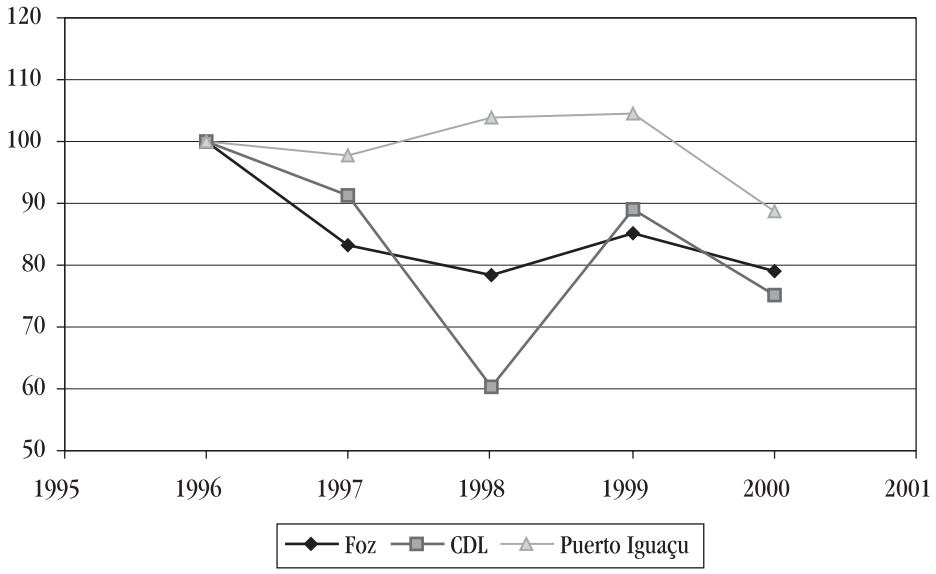
A tendência é mais marcante em Cidade do Leste, com uma queda de 22% no período analisado.

Tabela 17: Atenção ao Parto por cidade, Tríplice Fronteira

Cidade	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	6.122	5.088	4.790	5.213	4.832
CDL	1.499	1.370	906	1.337	1.128
Porto Iguaçu	854	834	886	892	758

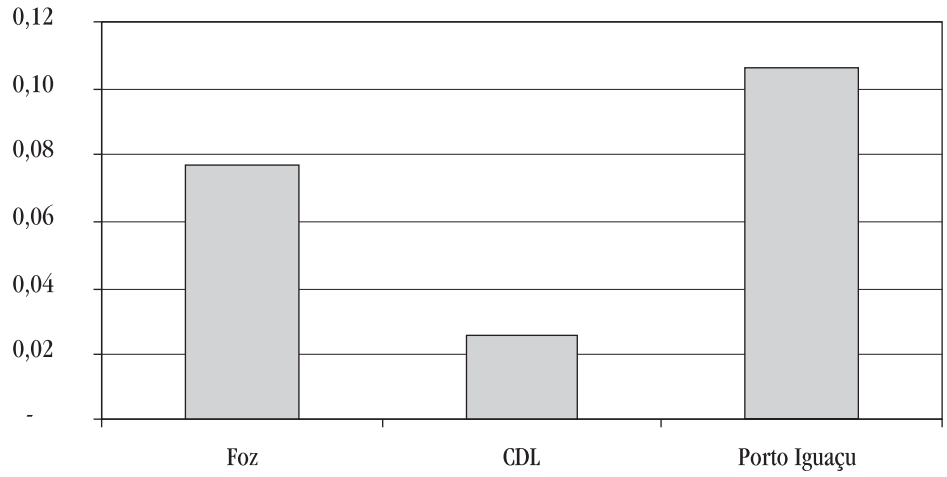
Fonte: Relatórios Foz – Cidade do Leste – Porto Iguaçu

Gráfico 10: Evolução Partos, Tríplice Fronteira 1996 – 2000



Ao comparar a quantidade de partos relacionada à população de mulheres em idade fértil, os maiores valores estão em Foz do Iguaçu e Porto Iguaçu, como demonstra o gráfico 11. Cabe ressaltar que as informações vindas de Cidade do Leste indicam a existência de um importante número de partos domiciliares e no setor privado, o que diminui as estatísticas de partos atendidos no Hospital de Cidade do Leste.

Gráfico 11: Número de partos por 1000 Mulheres em idade fértil (15-44), Tríplice Fronteira, 2000



6. Intervenções Cirúrgicas Maiores

Por cirurgias maiores entende-se aquelas das quais participa, de forma direta, um anestesista e que são efetuadas em um centro cirúrgico.

Na tabela 18 e no gráfico 12 apresenta-se a evolução do total de Cirurgias Maiores, de urgência e programadas por cidade.

Tabela 18: Evolução Intervenções Cirúrgicas Programadas e Urgência, Tríplice Fronteira

	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	3.529	2.464	3.254	4.648	5.191
CDL	2.892	2.123	3.447	3.310	3.840
Porto Iguaçu	1.040	908	913	1.079	684

Fonte: Relatórios Foz – Cidade do Leste – Porto Iguaçu

Observa-se que Foz e Cidade do Leste apresentam um número crescente de Cirurgias Maiores, enquanto Porto Iguaçu apresenta um número relativamente estável até 1999 e no ano de 2000 registra uma importante queda.

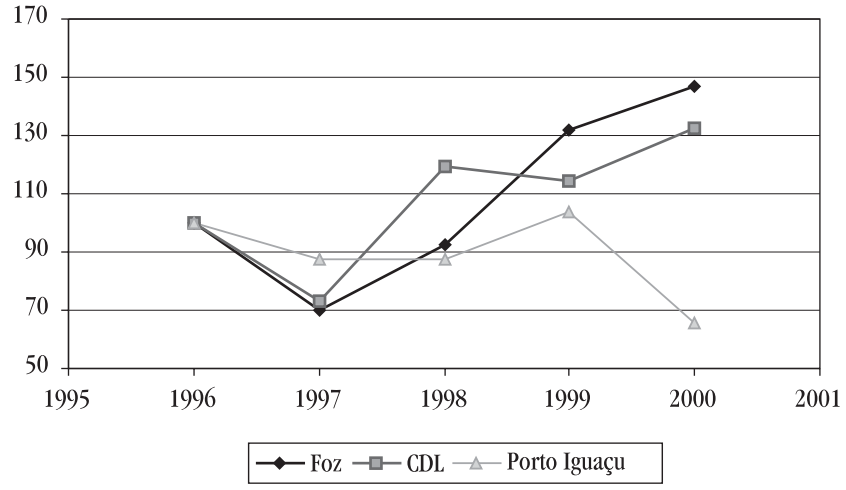
Para nenhuma das cidades existe uma estimativa da demanda reprimida por cirurgias.

Em Foz, as cirurgias são efetuadas diretamente nos hospitais e registradas pelos médicos, sem ter contato direto com a Secretaria da Saúde.

Em Cidade do Leste, quase todas as cirurgias são efetuadas com base ao atenção de urgência, portanto, não existe registro de listas de espera.

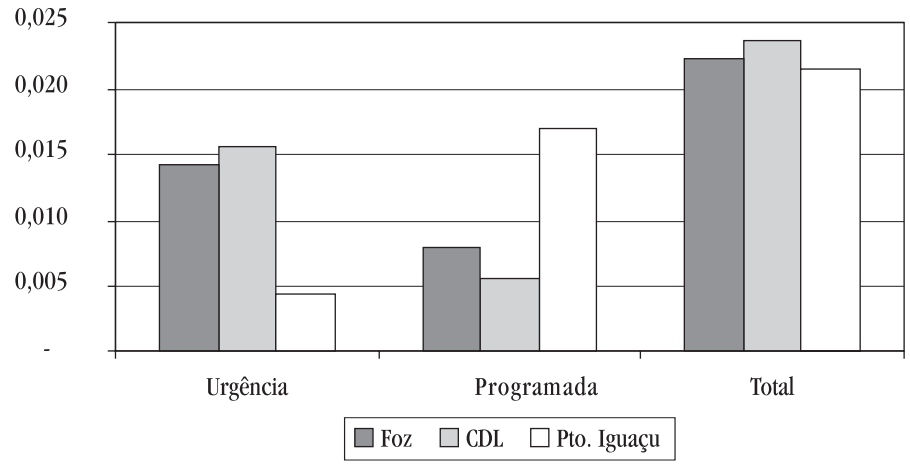
Em Porto Iguaçu, apesar de existir um sistema de inter-consulta e derivação não existem registros de listas de espera.

Gráfico 12: Evolução Cirurgia Maior Beneficiários Públicos, Tríplice Fronteira 1996 – 2000



Ao analisarmos a cobertura populacional, as três cidades apresentam coberturas similares; Cidade do Leste com 24 IQ cada 1.000 beneficiários, seguido de Foz com 22 e Porto Iguaçu com 21. Esta situação pode ser observada no gráfico 13.

Gráfico 13: Taxa de Cirurgia Maior, Beneficiários Públicos, Tríplice Fronteira, 2000



Este gráfico também permite observar que existe uma relação ineficiente entre as cirurgias programadas e as de urgência. Na tabela 19 apresenta-se a mistura de cirurgias programada e de urgência por cidade para o ano 2000. Nela, é possível observar que, para Cidade do Leste e Foz do Iguaçu, mais de 60% das cirurgias maiores correspondem a urgências, enquanto que para Porto Iguaçu este valor corresponde a 21%.

Tabela 19: Cirurgias Maiores de Urgência e Programada, Tríplice Fronteira, 2000

	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Urgência	144	3.316	2.551
Programada	540	1.875	930
Total	684	5.191	3.840

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Esta predominância de cirurgia de urgência é pouco eficiente, já que o custo médio das intervenções de urgência é maior do que as programadas. Este fenômeno pode estar sendo afetado por problemas na organização da rede de atenção, em particular aqueles aspectos vinculados à relação entre a consulta ao especialista e à cirurgia. Outro aspecto que deve ser avaliado em Foz e CDL é a existência de incentivos para efetuar mais intervenções de urgência em detrimento das programadas.

7. Altas e uso de leitos

Na tabela 20 apresentam-se os leitos disponíveis para o atenção da população beneficiária de cada cidade da Tríplice Fronteira. No gráfico 14 podemos observar a disponibilidade de leitos por 1.000 beneficiários. A maior disponibilidade de leitos encontra-se em Porto Iguaçu com 1,6 leito; seguido de Foz com 1,2 e, finalmente, Cidade do Leste com 0,6.

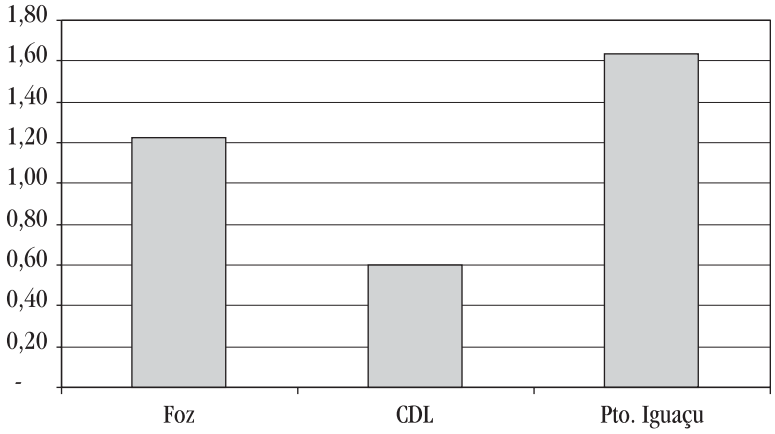
O maior número de leitos está dado por obstetrícia, clínica médica e pediatria.

Tabela 20: Leitos Disponíveis para atenção de beneficiários do sistema público, Tríplice Fronteira, 2000

	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Cirurgia	7	61	6
Obstetrícia	10	86	37
Clínica Médica	16	58	36
Pediatria	10	70	18
UTI	4	20	
TOTAL	52	285	97

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Gráfico 14: Disponibilidade de leitos por 1000 beneficiários, Tríplice Fronteira, 2000



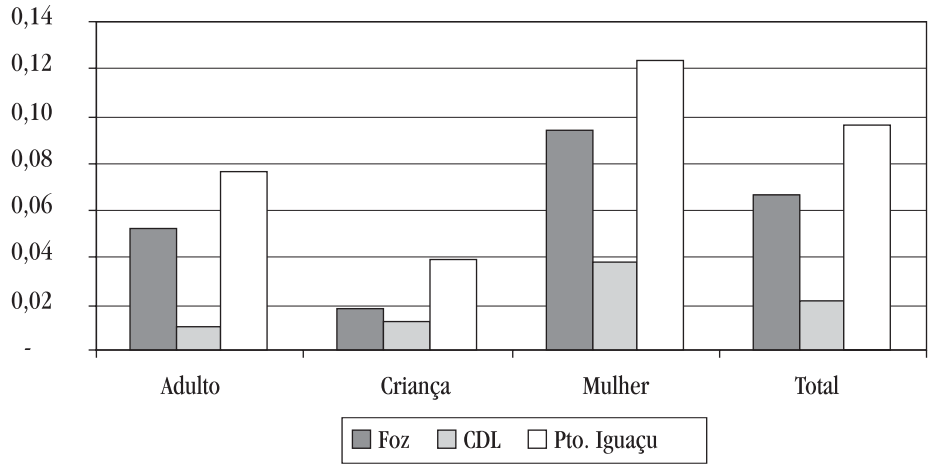
Ao se analisar as altas hospitalares, observa-se o mesmo comportamento da disponibilidade de leitos, com Porto Iguaçu, apresentando as maiores taxas e Cidade do Leste, as menores, como demonstram a tabela 21 e o gráfico 15.

Tabela 21: Altas Hospitalares, Tríplice Fronteira, 2000

	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Clínica cirúrgica	597	5.191	411
Obstetrícia	881	5.877	1.663
Clínica médica	958	2.619	718
Pediatria	456	1.530	838
Psiquiatria – hospital dia		259	
UTI	159		
TOTAL	3051	15.476	3.630

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Gráfico 15: Taxa de Alta por beneficiários sistema público, Tríplice Fronteira, 2000



Quanto à evolução das altas por serviço clínico, observa-se que para Cirurgia, a tendência é crescente em Foz e Cidade do Leste, enquanto que, em Porto Iguaçu, este valor é decrescente, como se constata ao se analisar a tabela 22.

Chama a atenção que para esta especialidade, o número de altas em Cidade do Leste é inferior ao número de cirurgias, o que deve estar mostrando que os pacientes operados foram hospitalizados em outras unidades ou não foram ingressados no hospital.

Tabela 22: Evolução Altas Clínica Cirúrgica, Hospitais, Tríplice Fronteira

Cidade	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	3.529	2.464	3.254	4.648	5.191
CDL	266	261	226	403	411
Porto Iguaçu	936	473	540	495	597

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Como demonstra a tabela 23, a evolução em Obstetrícia segue um comportamento similar à dos partos, com uma tendência decrescente em todas as cidades.

Tabela 23: Evolução Altas Obstetrícia, Hospitais Tríplice Fronteira

Cidade	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	7.291	6.062	5.807	6.382	5.877
CDL	2.062	1.877	1.306	1.788	1.663
Porto Iguaçu	1.239	1.224	1.111	858	881

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

As altas de Clínica Médica apresentam, em geral, um comportamento errático nas diversas cidades. Em Foz observa-se uma brusca queda em 1997, com uma recuperação e estabilização nos anos seguintes. Em Cidade do Leste, após um incremento em 1997, cai os dois anos seguintes para novamente aumentar em 2000. Porto Iguaçu apresenta um aumento nas altas até 1998, para logo decrescer e se estabilizar nos anos seguintes.

Tabela 24: Evolução Altas Clínica Médica, Hospitais Tríplice Fronteira

Cidade	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	3.436	1.800	2.515	2.387	2.619
CDL	530	693	516	555	718
Porto Iguaçu	720	1076	1254	951	958

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

As altas pediátricas são decrescentes em Foz e Porto Iguaçu mas, em Cidade do Leste, o número mantém-se estável.

Tabela 25: Evolução Altas Pediatria, Hospitais Tríplice Fronteira

Cidade	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	2.182	1.471	1.718	1.549	1.530
CDL	798	880	832	767	838
Porto Iguaçu	719	635	533	449	456

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Nas tabelas 26 e 27 efetua-se um exercício de otimização do número de leitos que seria demandado, caso fossem planejados os leitos com um Índice Ocupacional (IO) médio de 80%.

Na primeira delas calcula-se o número de leitos demandados a partir das altas e dias de internação por ano, assumindo que, em média, deveria atingir um Índice Ocupacional de 80%. De posse dessas informações, pode-se observar que esta demanda tem sido decrescente em Foz, crescente em Cidade do Leste e estável em Porto Iguaçu. Em CDL este fenômeno está determinado, em maior grau, pelo incremento do período de hospitalização, mais que pelo aumento das altas. Junto com o anterior, é importante destacar que otimizando o uso do recurso leito, via aumento dos I.O. e diminuição dos PDE (resultado possível graças a uma melhor gestão do recurso, pool de leitos, implementação de modelos de atenção inovadores como a hospitalização domiciliar e a cirurgia maior ambulatorial, entre outros) haveria uma superestimação de 98, 42 e 19 leitos no ano 2000, em Foz, CDL e Porto Iguaçu, respectivamente, o que significa que essas cidades têm uma oferta suficiente para fazer frente à demanda de altas hospitalares. Porém, considerando o comportamento da demanda no período em estudo, deveria ser estudada a possibilidade de se elaborar um plano de re-alocação ou reabsorção dos profissionais envolvidos no processo, caso necessário.

Tabela 26: Evolução Demanda de leitos (com I.O. 80%), Hospitais Tríplice Fronteira

Cidade	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	206	151	173	178	177
CDL	43	48	40	52	55
Porto Iguaçu	31	28	29	27	28

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Tabela 27: Evolução Perda de Leitos, Hospitais Tríplice Fronteira

Cidade	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	152	124	102	97	98
CDL	30	25	33	11	42
Porto Iguaçu	16	19	18	9	19

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

C. População

Estima-se que, no ano 2000, a população da Tríplice Fronteira alcançará os 552.401 de habitantes, dos quais 423.200 serão beneficiários dos sistemas públicos de saúde (tabela 28).

Tabela 28: Composição Populações Tríplice Fronteira, 2000

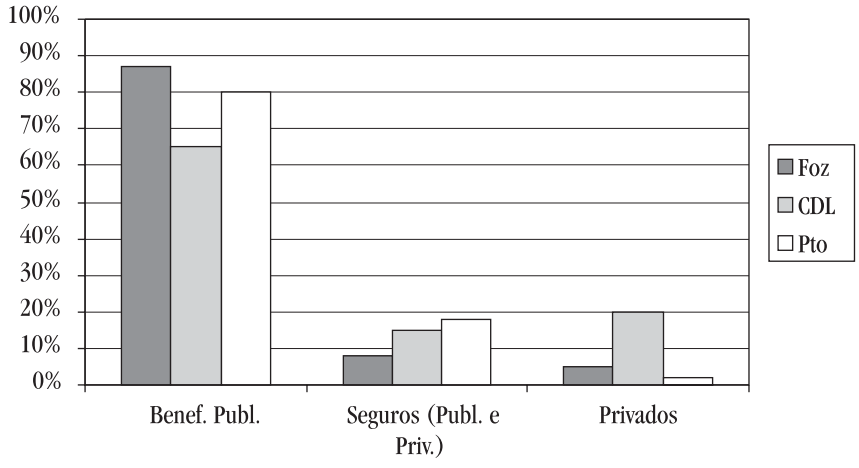
Cidade	Total	BeneficiáriosPúblicos	Seguros(Público e Privado)	Privados
Foz do Iguaçu	268.188	233.324	21.455	13.407
Cidade do Leste	249.966	162.478	37.495	49.993
Porto Iguaçu	34.247	27.398	6.164	685
Total	552.401	423.200	65.114	64.085

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Segundo o apresentado na tabela 28, em Cidade do Leste encontra-se o maior número de beneficiários de seguros públicos (IPS) e privados, além de um importante número de pacientes que fazem uso do sistema privado de maneira direta. Por isso, Cidade do Leste apresenta o menor percentual de população beneficiária, alcançando só 65% da população total.

Foz é a que apresenta o maior percentual, chegando a mais de 85%.

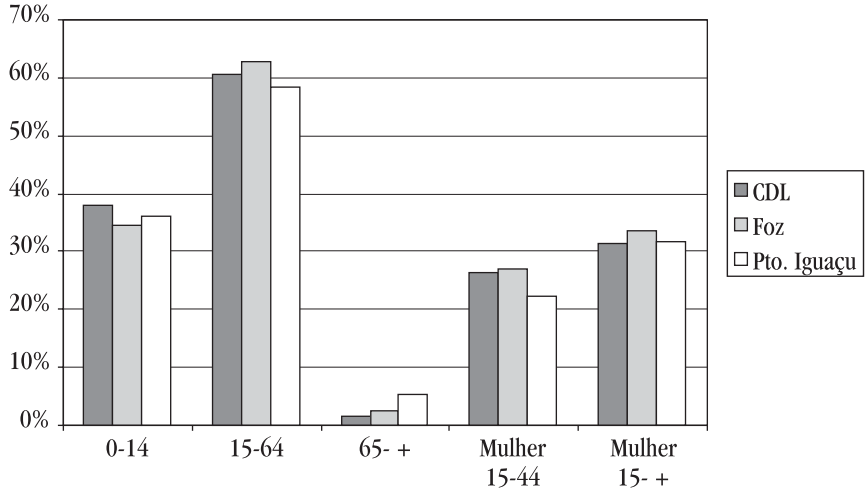
Gráfico 16: Composição População Usuária por Sistema de Saúde, Tríplice Fronteira, 2000



Ao analisarmos a estrutura por sexo e idade das três populações, observa tratar-se de populações jovens, com alta predominância do grupo de 0 -14 anos, que representa mais da terceira parte da população. Por outra parte, Porto Iguaçu apresenta o maior percentual de adultos maiores.

No gráfico 17 apresentam-se os percentuais por idade e sexo para as três cidades da Tríplice Fronteira.

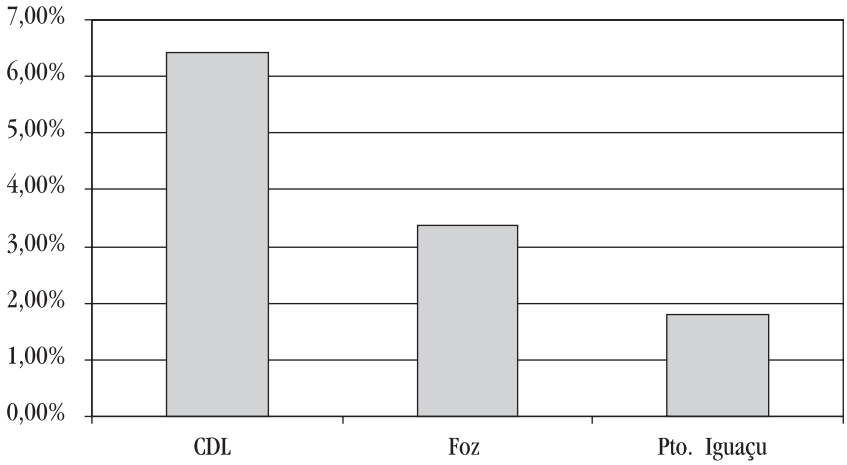
Gráfico 17: Estrutura por idade e Sexo, Cidades Tríplice Fronteira, 2000



Um fenômeno relevante é o crescimento populacional. Segundo os valores populacionais por cidade, as três cidades apresentam dinâmicas distintas, sendo Cidade do Leste a que mostra maior crescimento, com uma taxa entre anos superior a 6%; seguida de Foz, com 3,4 % e, finalmente, Porto Iguaçu com um 2%.

O gráfico 18 apresenta a taxa de crescimento entre anos para o período 1999-2000.

Gráfico 18: Taxa de Crescimento Anual Populacional, Cidades Tríplice Fronteira, 1999 – 2000



O impacto das taxas assinaladas é o rápido crescimento esperado para Cidade do Leste e Foz, já que, mantendo essa dinâmica, o tempo de duplicação de sua população seria de:

- Cidade do Leste: 11 anos
- Foz do Iguaçu: 21 anos
- Porto Iguaçu: 39 anos

Segundo essas projeções e desde sejam que mantidas as taxas de crescimento atuais, a população da Tríplice Fronteira chegaria a um milhão de habitantes, em 12 anos (2012).

É recomendável que as equipes de planejamento local revisem a consistência destes quantitativos, visto que esses valores são contraditórios com relação ao decrescimento das atividades obstétricas e pediátricas. Além disso, em todos os cálculos efetuados no presente estudo foram considerados como dados oficiais os informados pelas equipes locais, exceto para Porto Iguaçu onde a falta de informação local obrigou à equipe consultora a estimar a população.

D. Caracterização dos recursos humanos

1. Disponibilidade de pessoal por estabelecimento e território

No capítulo seguinte, apresenta-se a disponibilidade de recursos humanos contratados pelo Município de Foz para realização dos trabalhos de Atenção Primária e de Especialidade pelo Hospital de Cidade do Leste, para atenção no ambulatório do hospital e para atenção fechada no mesmo estabelecimento, e pelo Hospital de Porto Iguaçu, para executar funções de atenção aberto e fechado.

Lamentavelmente, não foi possível contar com informação homogênea sobre as horas que cada médico destina às diversas atividades, de forma a contar com um adequado estudo de produtividade.

a) Médico

Na tabela 29 está caracterizada disponibilidade de cargos médicos equivalentes a jornadas de 40 horas semanais. Para analisar essa tabela, deve-se lembrar o mencionado anteriormente, no sentido de que a informação de Foz só reflete os cargos destinados à atenção ambulatorial, e não são considerados os recursos destinados à atenção hospitalar, já que a segunda contratada serviços privados, é por isto que os valores de Foz "sub-representam" a disponibilidade de recursos da cidade.

Os aspectos mais destacados são:

- O município de Foz conta com 84 médicos assistenciais; Cidade do Leste com 51 e Porto Iguaçu com 24.
- Não há especialistas em medicina física nem saúde pública.
- Em Foz há 70 dentistas, enquanto nas outras duas cidades a quantidade é consideravelmente menor. Ao calcularmos a disponibilidade por população destes especialistas observa-se que, em Foz, há 3 dentistas para cada 10.000 beneficiários; em Porto Iguaçu há 1,88 e em Cidade do Leste, 0,12 dentista para cada 10.000 beneficiários.
- Considerado que o município de Foz contrata especialidades do sistema privado, não é possível inferir outras conclusões quanto à disponibilidade geral de especialistas, visto que as especialidades informadas por Foz são somente aquelas disponíveis para atenção ambulatorial.

- Ao calcularmos a disponibilidade de médicos assistenciais para 1.000 beneficiários, temos que, em Porto Iguaçu há 0,75 médico; em Foz, 0,36 e, em Cidade do Leste, 0,31. É necessário ter presente que o valor de Foz está subestimado porquanto não temos a informação dos cargos contratados nos hospitais.

Tabela 29: Caracterização Cargos Médicos – Ano 2000 – Município Foz do Iguaçu, Hospital Cidade do Leste, Hospital Porto Iguaçu

Especialidade	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Cirurgia	3		10
Anestesiologia	2		1
Cirurgia infantil		1	1
Dermatologia		2	1
Medicina geral	6	26	10
Medicina interna		1	
Medicina física			
Neurocirurgia			
Neurologia		1	
Neuropsiquiatria			1
Obstetrícia e ginecologia	4	20	9
Oftalmologia		4	1
Otorrinolaringologia	1	1	1
Pediatria		16	13
Psiquiatria		2	
Traumatologia	2	6	3
Urologia		2	
Anatomia patológica	1		
Laboratório clínico	3		
Radiologia	2	2	
Médicos assistenciais	**24**	**84**	**51**
Saúde pública			
Químico farmacêutico	1		5
Bioquímicos	3		8
Chefias	3		11
Dentista	2	70	6

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Na tabela 30, apresenta-se a disponibilidade de médicos do setor privado de Porto Iguaçu e de Cidade do Leste. Não foi possível obter informação de Foz.

Cabe ressaltar a maior disponibilidade de especialistas no setor privado que no setor público.

Tabela 30: Disponibilidade de Médicos do Setor Privado

Especialidade	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Cirurgia		s.i.	10
Anestesiologia	1	s.i.	5
Cirurgia infantil		s.i.	1
Cirurgia geral	4	s.i.	
Dermatologia		s.i.	3
Medicina geral		s.i.	
Medicina interna	1	s.i.	
Medicina física		s.i.	
Neurocirurgia		s.i.	
Neurologia	1	s.i.	3
Neuropsiquiatria		s.i.	
Obstetrícia e ginecologia	5	s.i.	22
Oftalmologia		s.i.	6
Otorrinolaringologia		s.i.	6
Pediatria		s.i.	21
Psiquiatria		s.i.	
Traumatologia		s.i.	7
Urologia		s.i.	3
Anatomia patológica		s.i.	
Laboratório clínico		s.i.	
Dentista		s.i.	
Radiologia		s.i.	2
Saúde pública		s.i.	
Químico farmacêutico		s.i.	
Bioquímicos		s.i.	
Medicina do trabalho		s.i.	
Cardiologia		s.i.	4
Proctologia		s.i.	1
Ecografia		s.i.	6

Fonte: Padrão Médico Província de Missões (Argentina); Equipe de Cidade do Leste

b) Pessoal não Médico

Com relação ao pessoal não médico, somente contamos com informação sobre as cidades de Foz e Cidade do Leste. A despeito desta informação, aplica-se a ressalva feita para os médicos no sentido de que o pessoal de Foz só considera quem realiza atenção aberta (primária e de especialidade) excluindo os que trabalham nos hospitais.

Para todos as categorias analisadas, Foz possui duas a três vezes mais pessoal que Cidade do Leste. A menor diferença observa-se na categoria "auxiliares", onde a diferença é menor.

Tabela 31: Disponibilidade Pessoal Profissional, Município Foz, Hospital Cidade do Leste, 2000

Categoria	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Enfermeiras universitárias	s.i.	44	9
"Matronas"-parteiras universitárias	s.i.		9
Bioquímicos	s.i.	11	6
Assistente social	s.i.	6	2
Psicólogo	s.i.	15	
Nutricionista	s.i.	3	
Químico farmacêutico	s.i.		4
Total	s.i.	79	30

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Tabela 32: Disponibilidade Pessoal Técnico, Município Foz, Hospital Cidade do Leste, 2000

Categoria	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Técnico de enfermaria	s.i.	20	
Técnico de gesso	s.i.	3	
Assistente administrativo	s.i.	24	
Assistente executivo	s.i.	10	
Técnico anestesiologista	s.i.		7
Técnico transfusionista	s.i.		5
Técnico citotecnologista	s.i.		2
Técnico laboratorista	s.i.		3
Técnico radiologista	s.i.		3
Total	s.i.	57	20

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Tabela 33: Disponibilidade Pessoal Auxiliar, Município Foz, Hospital Cidade do Leste, 2000

Categoria	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Auxiliar de enfermagem	s.i.	156	87
Recepcionista	s.i.	21	4
Atendente farmácia	s.i.	9	
Auxiliar de laboratório	s.i.		2
Auxiliar administrativo	s.i.		20
Auxiliar secretaria	s.i.		1
Auxiliar estatística	s.i.		1
Auxiliar senasa	s.i.		1
Total	s.i.	186	117

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Tabela 34: Disponibilidade Pessoal com formação mínima, Município Foz, Hospital Cidade do Leste, 2000

Categoria	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Agente comunitário de saúde	s.i.	221	
Secretária	s.i.		3
Preceptora	s.i.		5
Estadígrafa	s.i.		1
Educadora sanitária	s.i.		2
Encarregado de patrimônio	s.i.		1
Motorista	s.i.		4
Porteiro	s.i.		5
Jardineiro	s.i.		2
Faxineira	s.i.		5
Cozinheira	s.i.		2
Arrumadeira	s.i.		11
Recepcionista	s.i.		1
Vigia noturno	s.i.		1
Chefe pessoal	s.i.		1
Chefe de transporte	s.i.		1
Lavanderia	s.i.		2
Manutenção	s.i.		1
Cozinha	s.i.		5
Serviços gerais	s.i.		13
Encarregado da lavanderia	s.i.		1
Encarregado da rouparia	s.i.		1
Encarregado da cozinha	s.i.		1
Comunicador social	s.i.		1
Administrador	s.i.		1
Secretária saúde pública	s.i.		1
Operadora de pc.	S.i.		1
Total	s.i.	221	73

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

2. Caracterização do mercado de trabalho

Na tabela 35 foram esquematizadas as diversas variáveis relevantes que descrevem o mercado de trabalho.

Tabela 35: Caracterização do Mercado de Trabalho

	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Oferta de Trabalho	Baixa	Alta	Média
Capacidade Formadora	Nenhuma	Sem Informação	Alta
Retenção de pessoal	Alta	Alta	Alta

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

a) Oferta de Trabalho

Foz é a cidade que apresenta a maior oferta de trabalho na Tríplice Fronteira, seguida de CDL e finalmente, Porto Iguaçu. Isto pelo tamanho da população e pelos sistemas de financiamento que geram um mercado de maior tamanho. Por sua parte, Porto Iguaçu conta com um mercado pequeno e pouco dinâmico.

b) Capacidade Formadora

Cidade do Leste conta com escolas de 3 Universidades e 5 Institutos, que formam em Medicina, Licenciatura em Enfermaria e Obstetrícia, além de Técnicos de Enfermagem, que lhe permite incorporar, ao mercado de trabalho, novos profissionais. Em Porto Iguaçu, não existem centros formadores. De Foz não há informação.

c) Retenção de pessoal

A variável de maior homogeneidade é a capacidade de retenção do pessoal, padrão que se repete nas três cidades porque o pessoal contratado tende a permanecer na cidade.

E. Análise de Recursos Financeiros

Somente dispomos de informação acerca dos recursos financeiros do Município de Foz do Iguaçu, portanto, não é possível estabelecer comparações com os outros países.

De acordo com os antecedentes entregues, o gasto per capita do Município de Foz alcançou, no ano 2000, R$ 121,00. A informação completa está disponível no relatório de Foz do Iguaçu.

F. Diagnóstico de infra-estrutura

Não há informação sobre Porto Iguaçu e Foz do Iguaçu, o que não permite efetuar os exercícios de otimização e projeção de requerimentos de re-investimento.

A informação completa sobre Cidade do Leste está disponível no relatório de CDL.

G. Equipamento Médico, Industrial e Veículos

O cadastro de equipamento e veículos mostra uma clara diferença na dotação de ambos entre Foz e CDL.

O cadastro de equipamento e veículos de Foz só considera aqueles utilizados pelo município, enquanto que, em CDL foram incorporados tanto os atenções ambulatoriais de especialidade, como os que são utilizados no hospital.

Tabela 36: Cadastro Valorizado de Equipamento Médico, Tríplice Fronteira

Item	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Equipamento	s.i.	2.125.450	413.300
Veículos	s.i.	544.800	35.000
Total	s.i.	2.670.250	448.300

Fonte: Relatórios – Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

A grande diferença na disponibilidade de tecnologia permite estimar que Foz apresenta uma maior complexidade no atenção e, portanto, uma maior capacidade de resolução que seu vizinho.

De Porto Iguaçu não há informação.

Outro aspecto que merece ser ressaltado é que a maior parte dos equipamentos, em CDL, foi adquirida em 1998 e, em Foz, entre 1999 e 2000. Isso tem como conseqüência que a maior parte do equipamento encontra-se, atualmente, em boas condições, mas é fundamental prever que serão necessários recursos para repor os mesmos, entre 2004 e 2006.

H. Análise da rede: estrutural e funcional

A análise estrutural mede a capacidade da rede para responder à atenção de saúde, por meio da identificação e caracterização dos serviços públicos e privados da região em estudo.

Serviços Públicos: tipo e localização dos estabelecimentos de saúde, modalidade de atenção (aberta: ambulatorial; fechada: não ambulatorial), complexidade e relação entre vias de comunicação e estabelecimentos.

Serviços Privados: tipo e localização dos estabelecimentos de saúde, caracterização de seus recursos: boxes, centros cirúrgicos, leitos.

1. Análise por Cidade

a) Prestadores Públicos

Modalidade de Atenção e Complexidade

Por complexidade entende-se a diversidade de atenção efetuada nos estabelecimentos, sendo mais complexos aqueles hospitais que produzem maior diversidade e quantidade de serviços.

Quanto ao tipo de atenção, são considerados os estabelecimentos que outorgam atenção fechada (hospitalização) e estabelecimentos que oferecem atenção aberta (ambulatório).

Na tabela 37 apresenta-se a estrutura da rede de atenção ambulatorial de cada cidade. Os dados indicam que, nas três cidades, existe atenção de baixa e média complexidade, mas só existe atenção especializada de alta complexidade em Foz.

Caso os pacientes de Porto Iguaçu requeiram atenção de alta complexidade, eles são encaminhados a Dourado ou Pousadas.

Para Cidade do Leste, a referência é Assunção; contudo, a oferta de atenção é limitada e dependerá da capacidade de pagamento do paciente ou da família, embora seja beneficiário do sistema público.

Tabela 37: Modelo de Atenção Ambulatorial – Tríplice Fronteira

Complexidade\Modalidade Atenção	Porto Iguaçu	Foz	Cidade do Leste
Alta	Não	Centro de Especialidades Médicas (1)	Não
Média	Consultório Hospital Porto Iguaçu	Núcleos de Saúde (5)	Consultório Hospital Cidade do Leste
Baixa	Periféricos	Unidades Básicas de Saúde (21)	Postos e Centros de Saúde

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Na tabela 38 apresenta-se o modelo de atenção hospitalar. Destaca-se o fato de que, nas três cidades, o nível de hospitalização é de média complexidade, salvo em Foz, onde a Santa Casa possui alguns elementos de alta complexidade. Contudo, repete-se a situação descrita para o atenção ambulatorial em CDL e Porto Iguaçu, onde a ausência desse nível implica no encaminhamento dos pacientes para as cidades citadas anteriormente.

Ressalta-se que, em Foz, os hospitais (*) são de propriedade privada, mantendo um convênio com o SUS. À data do estudo, a prefeitura tinha feito uma intervenção na Santa Casa. Esta particularidade de Foz, onde não há hospitais públicos, delimita a análise de produtividade somente aos estabelecimentos de propriedade do município.

Tabela 38: Modelo de Atenção Hospitalar – Tríplice Fronteira

Complexidade\Modalidade Atenção	Porto Iguaçu	Foz	Cidade do Leste
Alta	Não há	Santa Casa (*)	Não há
Média	Hospital Porto Iguaçu	Costa Cavalcanti (*)	Hospital Cidade do Leste
Baixa	Não há	Não há	Não há

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Como pode ser observado na tabela 39, o fator diferenciador entre os hospitais das três cidades é a possibilidade de atenção aos pacientes em estado crítico, visto que Cidade do Leste não conta com leitos intensivos nem intermediários; Porto Iguaçu conta com intermediários e Foz tem de ambas unidades, além de Diálise.

Tabela 39: Caracterização por Hospitais com Convênio SUS, Foz do Iguaçu, CDL e Porto Iguaçu, 2000

	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Serviços Clínicos			
Medicina	X	X	X
Cirurgia	X	X	X
Pediatria	X	X	X
Obstetrícia	X	X	X
Ginecologia	X	X	X
Neonatologia	X	X	X
Unidade Intensiva		X	
Unidade Intermediária	X	X	
Traumatologia	X	X	X
Unidades de Apoio Clínico Terapêutico			
Unidade Emergência	X	X	X
Imagenologia	X	X	X
Laboratório	X	X	X
Banco de Sangre	X	X	X
Diálises		X	

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Na tabela 40 são caracterizados os estabelecimentos que oferecem atenção ambulatorial, segundo suas especialidades e unidades de apoio diagnóstico-terapêutico.

Nesta análise, repete-se o padrão descrito, em que Foz conta com uma maior disponibilidade de especialidades, seguida de CDL e, finalmente, por Porto Iguaçu.

Tabela 40: Caracterização por estabelecimentos públicos de atenção aberta, Tríplice Fronteira, 2001

	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Adulto			
Medicina geral	x	x	x
Cirurgia geral	x	x	x
Patologia mamária		x	
Traumatologia	x	x	x
Urologia		x	
Oftalmologia		x	x
Otorrino	x	x	x
Dermatologia		x	x
Medicina interna	x	x	x
Gastroenterologia		x	
Cardiologia		x	x
Reumatologia		x	
Broncopulmonarpneumonologia			x
Neurologia		x	
Endocrinologia		x	x
Psiquiatria		x	x
Hematologia		x	x
Nefrologia		x	
Oncologia		x	
Neurocirurgia		x	
Infantil			
Cirurgia		x	x
Traumatologia			x
Dermatologia			x
Pediatria		x	x
Broncopulmonar			x
Neurologia		x	
Seguimento neonatal		x	x
Da mulher			
Ginecologia	x	x	x
Obstetrícia		x	x

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Funcionalidade da rede Pública

Na análise acerca da funcionalidade, considera-se a organização do modelo de atenção e a articulação entre os diversos componentes. Para tanto, foram contemplados dois modelos complementares, a saber: atenção de urgência e atenção programada.

(a) Componentes e Articulação da Rede de Urgência

Na tabela 41 observa-se a disponibilidade de recursos para atenção de urgência, em cada uma das cidades.

Tabela 41: Componentes da Rede de Urgência, Tríplice Fronteira, 2001

	Porto Iguaçu	Foz	Cidade do Leste
Pré Hospitalar	Nº 107	SIATE 196	Não
Atenção Primária	Sim	Sim	Sim
Hospital – Unidade de Emergência	Hospital Porto Iguaçu	Santa Casa	Hospital CDL
Unidade Intensiva/Intermediária	Intermediária	Ambas	Não tem

Fonte: Relatórios Porto Iguaçu – Foz – Cidade do Leste

Porto Iguaçu

Em Porto Iguaçu existem quase todos os componentes para a atenção de urgência: Atenção Pré-hospitalar ativado via telefone, discando o 107; Unidade de Emergência com as especialidades básicas durante 24 horas, nos 365 dias do ano e, também, unidades intermediárias. A atenção primária conta, também, com serviços de urgência, sem articulação (coordenação) com o hospital.

Nas três cidades não há um sistema coordenador e articulador da atenção de urgência de forma integral, salvo no atenção pré-hospitalar em Foz do Iguaçu e Porto Iguaçu, cujo desempenho está centrado no atenção de pacientes na via pública.

No caso de Porto Iguaçu, se precisarem de atenção de cuidados intensivos, os pacientes são encaminhados para Dourado.

Foz do Iguaçu

Em Foz há todos os elementos possíveis de serem identificados na rede de urgência, desde o atenção pré-hospitalar de acesso universal (196) até o atenção na unidade de cuidados intensivos. Cabe ressaltar que a administração de cada um deles responde a diferentes organizações. O sistema pré-hospitalar é administrado pelo município e o Corpo de Bombeiros; a atenção primária é administrado pelo município; o atenção de urgência hospitalar é efetuado por um hospital em convênio com o SUS.

Por outra parte, caso seja necessária uma hospitalização, existe uma unidade que coordena a disponibilidade dos leitos entre todos os estabelecimentos.

Cidade do Leste

As urgências são tratadas na atenção primária e, caso necessário, os pacientes são encaminhados para o Hospital de Cidade do Leste, que tem uma Unidade de Emergência que cobre as especialidades básicas, as 24 horas dos 365 dias do ano. Não há atenção pré-hospitalar, de cobertura populacional, salvo na estrada, em concessão. A atenção primária de urgência não está articulada (coordenada) com o hospital. Para os pacientes com compromisso vital, o hospital não conta com unidades de cuidados intensivos e intermediários. Caso seja requerido este tipo de atenção, os pacientes podem ser encaminhados para hospitais privados ou para Assunção, dependendo da disponibilidade de recursos para financiar este procedimento.

(b) Articulação Rede Programada

A seguir, são descritos os mecanismos de articulação entre os diferentes componentes da rede programada de cada cidade.

Os aspectos mais relevantes desta análise estão relacionados à organização baseada nos níveis de complexidade crescente e à articulação entre eles.

Tal como apresentado nas tabelas 37 e 38, existe uma organização da atenção baseada nos estabelecimentos de diversa complexidade mas, as principais falências são encontradas nos processos de derivação e contra-derivação entre os diversos níveis os que, salvo exceções, não estão regulados. Isso implica no ineficiente uso dos recursos disponíveis, na medida que a população pode aceder, diretamente, a atenção de especialidade sem opinião de um médico geral.

A seguir, a situação de cada cidade.

Porto Iguaçu

De forma similar à Cidade do Leste, apesar de existirem diversas estruturas para a atenção primária e de especialidade, a rede não está regulada, portanto as pessoas podem consultar espontaneamente, tanto no atenção primário como no de especialidade. Há, contudo, um aspecto que merece ser ressaltado no âmbito das cirurgias maiores, que são, principalmente programadas, indicando a existência de um procedimento de coordenação entre as equipes que efetuam o atenção ambulatorial bem como e os de hospitalização.

Em termos gerais, deveria ser adotada a figura funcional de um coordenador (articulador) local da rede assistencial (urgência e programada) que poderia ser chamado de Gestor da Rede Assistencial de Saúde, cuja principal função seria a de zelar para que fosse satisfeita a demanda da população, num contexto de eqüidade, oportunidade, satisfação dos pacientes e qualidade, fazendo uso adequado dos fatores produtivos disponíveis, desenvolvendo protocolos de atenção e cooperação entre os estabelecimentos da rede, redistribuindo a oferta dos fatores produtivos do setor, dentre outros.

Com a finalidade de operacionalizar e institucionalizar a figura do Gestor da Rede, faz-se necessário definir o papel dele, identificando normas e protocolos de operação, necessidades de suporte estrutural, financeira, recursos humanos e de informática, para seu funcionamento, de acordo com a demanda e oferta disponíveis. Neste sentido, o impacto do Gestor da Rede deveria manifestar-se na administração eficiente dos recursos produtivos (infra-estrutura, recursos humanos e equipamento) em função da demanda de serviços.

Um exemplo disso é a administração das agendas médicas, articulação dos leitos agudos, intermediários e complexos, a reorientação da demanda, a derivação e contra-derivação no contexto de rede, responsabilizando o setor pelo paciente, a fim de assegurar um acesso oportuno e eqüitativo aos serviços, dentre outros.

Foz do Iguaçu

Há um sistema hierarquizado de derivação e contra-derivação entre a atenção primária e de especialidade. Com base nas observações, gera-se um vácuo na articulação entre o consultório de especialidades e as hospitalizações programadas, já que os médicos dos hospitais em convênio com o SUS, administram sua própria agenda o que se reflete na alta proporção de cirurgias de urgência em detrimento das programadas que, em média, deveriam ser de menor custo e risco, visto que é possível agendá-las.

Cidade do Leste

Apesar de existir uma rede de atenção primária e de concentrar a atenção de especialidades no Hospital de Cidade do Leste, não existe um sistema hierarquizado de derivação e contra-derivação, efetuando as consultas de especialidade a partir da demanda espontânea dos pacientes. As cirurgias são efetuadas, principalmente, como resposta à atenção de urgência, sem uma base programada.

A falta de regulamentação entre atenção primária e de especialidade tem como efeito uma ineficiência no uso do recurso médico especialista que, com certeza, está atendendo a pacientes que podem ser tratados por um médico geral. Por outra parte, o problema do desequilíbrio entre as cirurgias de urgência e as programadas traduz uma deficiente coordenação entre a consulta programada de cirurgia e a intervenção às que, pela organização do hospital, são efetuadas principalmente na modalidade de urgência, com os efeitos mencionados anteriormente para o caso de Foz.

b) Prestadores Privados

Tanto em Cidade do Leste como em Foz do Iguaçu há uma extensa gama de estabelecimentos privados que oferecem atenção com diversos níveis de complexidade.

Cidade do Leste conta com 8 clínicas privadas que possuem maior complexidade que o hospital do sistema público. O acesso a estes estabelecimentos depende da capacidade de pagamento da população, o que limita o seu acesso. Em Foz do Iguaçu, além dos estabelecimentos em convênio com o SUS, há 4 hospitais privados. Em Porto Iguaçu, não há hospitais privados, somente consultórios médicos. Também há consultórios médicos particulares, descritos na tabela 30.

Tabela 42: Disponibilidade de serviços e unidades em hospitais privados em Cidade do Leste e Foz do Iguaçu, 2000

	Porto Iguaçu	Foz	CDL
Serviços Clínicos			
Medicina	Não há	X	X
Cirurgia	Não há	X	X
Pediatria	Não há	X	X
Obstetrícia	Não há	X	X
Ginecologia	Não há	X	X
Neonatologia	Não há	X	X
Unidade Intensiva	Não há	X	X
Unidade Intermediária	Não há	X	X
Odontologia	Não há	X	X
Urologia	Não há		X
Cardiologia	Não há		X
Gastroenterologia	Não há		X
Endocrinologia	Não há		X
Hematologia	Não há		X
Oftalmologia	Não há		X
Clínico Geral	Não há		X
Otorrinolaringologia	Não há		X
Neurologia	Não há		X

Reumatologia	Não há		X
Traumatologia	Não há		X
Proctologia	Não há		X
Alergologia	Não há		X
Nefrologia	Não há		X
Cirurgia plástica	Não há		X
Nutricionista	Não há		X
Flevologia	Não há		X
Neurologia Infantil	Não há		X
Cardiologia Infantil	Não há		X
Fonoaudiologia	Não há		X
Dermatologia	Não há		X
Unidades de Apoio Clínico Terapêutico			
Unidade Emergência	Não há	X	X
Imaginologia	Não há	X	X
Laboratório	Não há	X	X
Banco de Sangue	Não há	X	X
Fisioterapia	Não há		X
Psicologia	Não há		X
Patologia	Não há		X
Eletrocardiograma	Não há		X
Tomografia	Não há		X
Mamografia	Não há		X
Ecografia	Não há		X
Ecocardiograma	Não há		X

2. Atenção à Saúde entre Países

Dada a configuração geográfica em termos de acesso, história, cultura e desenvolvimento socioeconômico da Tríplice Fronteira, há livre trânsito de pessoas entre os países. Considerando a proximidade geográfica e configuração econômica, o maior fluxo dá-se entre Cidade do Leste e Foz do Iguaçu. Esta última atua como dobradiça entre o Paraguai e a Argentina devido a sua localização geográfica.

Soma-se a isso escasso controle de fluxo de pessoas entre CDL e Foz, o que facilita, ainda mais, o intercâmbio.

Pela localização e desenvolvimento em matéria de saúde, Foz do Iguaçu é um pólo de atração quando se trata da saúde, tanto para pacientes vindos do Paraguai, quanto de outros municípios localizados na região.

Segundo os antecedentes coletados no local, não existem mecanismos formais de derivação e contra-derivação entre os países, embora, ocasionalmente, sejam recebidas solicitações de atenção desde o Hospital de Cidade do Leste para a Santa Casa. Este é um fato relevante para análise, já que a maior parte das consultas é espontânea.

Quanto aos pacientes de outras nacionalidades atendidos nos estabelecimentos públicos ou com convênio, somente Foz reunia um volume importante de atenção, os quais estão descritos na tabela 43, que também inclui a atenção a pacientes provenientes de outras regiões do Brasil. Em Porto Iguaçu, este número era escasso e, em CDL, não existia registro.

Tabela 43: Origem da demanda, Foz do Iguaçu, 2000

Número	Argentina	Brasil	Paraguai
Consulta Urgência	01	314	1.141
Altas Hospitalares	01	381	1.246
Partos			389
Consulta Atenção Primária			22.062
Vacinas			
Consulta Especialidade			10.827
Diálise		3.250	

Como a atenção solicitada entre os diversos países não são similares para todos os serviços, aprofundar-se-á o estudo de cada um dos "indicadores" considerados. Para tanto, foram calculados diversos indicadores úteis para a análise territorial, utilizando como base a tabela seguinte, que contém os dados necessários para construir esses indicadores.

A tabela foi desenhada considerando a existência das cidades A e B, que apresentam diversos níveis de intercâmbio entre si. Para sua construção, é necessário conhecer os seguintes dados:

α: número de pacientes da cidade A que são atendidos na cidade A

β: número de pacientes da cidade A que são atendidos na cidade B

γ: número de pacientes da cidade B que são atendidos na cidade A

δ: número de pacientes da cidade B que são atendidos na cidade B

		Cidade de Destino		
		A	**B**	**Total**
Cidade de Origem	**A**	a	b	a+b
	B	g	d	g + d
	Total	a + g	b + d	g + d+ b + d

Fonte: elaboração própria

A partir desses dados, são construídos os seguintes indicadores:

• Capacidade Resolutiva Territorial:

Corresponde ao percentual de atenção que demanda a população de uma cidade ou território, que são resolvidos no mesmo território.

Exemplo: Capacidade Resolutiva Territorial Cidade A= $\frac{\alpha}{\alpha+\beta}$

Este indicador indica o percentual de produção demandada pela população da cidade A que está sendo resolvido na cidade A. A diferença está dado no atenção aos habitantes da cidade A na cidade B, que pode corresponder a consultas espontâneas ou derivação formal até a cidade B.

Um indicador complementar a este é o percentual que representa o atenção de pessoas da cidade A na cidade B, relacionados ao total de atenção à disposição da população A que se expressa na seguinte fórmula:

Índice Complemento Capacidade Resolutiva Territorial Cidade A= $\frac{\beta}{\alpha+\beta}$

• Índice de Atenção da cidade de origem:

Corresponde aos atenção efetuados na cidade de destino à população da cidade de origem, em relação aos atenção totais, na cidade de origem.

Índice Serviços Origem Cidade A= $\frac{\beta}{\alpha+\gamma}$

Este indicador mostra o percentual de produção demandada pela população da cidade A na cidade B, vinculado à produção da cidade A. Ele permite estimar a possibilidade de que a cidade A fique responsável pela demanda que está sendo atendida fora dela, ou estabelecer a informação base para determinar as medidas de intercâmbio entre elas.

• Índice de Atenção da cidade de destino:

Corresponde à atenção realizada na cidade de destino à população da cidade de origem, em relação às atenções totais da cidade de destino.

Índice Serviços Destino Cidade A= $\frac{\beta}{\beta+\delta}$

A seguir, aplicam-se estes conceitos para analisar a relação entre as cidades da Tríplice Fronteira. Dado que a principal relação existente na fronteira é entre CDL e Foz, as análises centrar-se-ão neste binômio, em particular na definição das relações de dependência entre CDL e Foz.

a) Altas Hospitalares

Ao analisar as Altas Hospitalares, a produção de Cidade do Leste representa o 75% das altas recebidas pelos cidadãos paraguaios, considerando este país (Paraguai) Foz e Porto Iguaçu.

Em Foz, a atenção realizada aos paraguaios corresponde a 8% do seu total; em Porto Iguaçu, atinge 1%.

Tabela 44: Análise Origem – Destino Altas Hospitalares, Tríplice Fronteira

		Destino		
		Foz	**Porto Iguaçu**	**CDL**
Origem	**Brasil**	14229	5	0
	Argentina	1	3044	0
	Paraguai	1246	26	3630

Fonte: Elaboração Própria

Ao calcular os indicadores para as altas hospitalares temos:

- Capacidade Resolutiva Territorial CDL _____ 75%
- Índice Complemento Capacidade Resolutiva Territorial – CDL _____ 25%
- Índice de atenção de cidade de origem – CDL _____ 34%
- Índice de atenção de cidade de destino – CDL – Foz _____ 8%

Das altas hospitalares, o maior número está concentrado em obstetrícia e cirurgia.

Tabela 45: Hospitalizações de cidadãos paraguaios em Hospitais de Foz do Iguaçu, 2001

Serviço Clínico	Santa Casa	Costa Cavalcanti	Clinipar
Obstetrícia	410	43	32
Cirurgia	254	55	02
Pediatria	163	20	02
Medicina Geral	153	07	
Total	980	125	36

Nas entrevistas, o pessoal que trabalha no Pronto Socorro da Santa Casa, declarou ser freqüente ver cidadãos paraguaios chegando de forma espontânea para solicitar consultas e que, em alguns casos, são inclusive transladados em ambulância, sem qualquer comunicação prévia.

b) Consultas de Atenção Primária

Na Atenção Primária, a produção de Cidade do Leste representa 63% das consultas efetuadas por cidadão paraguaios, considerando este país (Paraguai) e Foz.

Para Foz, a atenção efetuada aos paraguaios corresponde a 6% de seu total.

Tabela 46: Análise Territorial Atenção Primária, Tríplice Fronteira, 2000

		Destino		
		Foz	**CDL**	**Total**
Origem	**Brasil**	330.559	0	330.559
	Paraguai	22.062	38.185	60.247
	Total	352.621	38.185	390.806

Ao calcular os indicadores para atenção primária, temos:

- Capacidade Resolutiva Territorial – CDL _____ 63%
- Índice Complemento Capacidade Resolutiva Territorial – CDL _____ 37%
- Índice de prestação de atenção de cidade de origem – CDL _____ 58%
- Índice de prestação de atenção de cidade de destino – CDL – Foz _____ 6%

c) Consultas de Urgência

Quanto à Atenção de Urgência, a produção de Cidade do Leste representa 95% das consultas efetuadas por cidadãos paraguaios, considerando este país (Paraguai) e Foz.

Em Foz, a atenção dispensada aos paraguaios corresponde a 3% da sua totalidade.

Tabela 47: Análise Territorial Consultas de Urgência, Tríplice Fronteira, 2000

		Destino		
		Foz	**CDL**	**Total**
Origem	**Brasil**	38.662	0	38.662
	Paraguai	1.141	21.179	22.320
	Total	39.803	21.179	60.982

Ao calcular os indicadores para as consultas de urgência, temos:

- Capacidade Resolutiva Territorial – CDL _____ 95%
- Índice Complemento Capacidade Resolutiva Territorial – CDL _____ 5%
- Índice de prestação de Atenção da cidade de origem – CDL _____ 5%
- Índice de prestação de Atenção da cidade de destino – CDL – Foz _____ 5%

d) Consultas de Especialidade

Nas Consultas de Especialidade, a produção de Cidade do Leste representa 66% das consultas efetuadas a cidadãos paraguaios considerando este país (Paraguai) e Foz.

Em Foz, a atenção aos paraguaios corresponde a 11% da sua produção.

Tabela 48: Análise Territorial Consultas de Especialidade, Tríplice Fronteira, 2000

		Destino		
		Foz	**CDL**	**Total**
Origem	**Brasil**	85.712	0	85.712
	Paraguai	10.827	21.179	32.006
	Total	96.539	21.179	117.718

Ao calcular os indicadores para as consultas de especialidade, temos:

- Capacidade Resolutiva Territorial – CDL _____ 66%
- Índice Complemento Capacidade Resolutiva Territorial – CDL _____ 4%
- Índice de prestação de Atenção de cidade de origem – CDL _____ 51%
- Índice de prestação de Atenção de cidade de destino – CDL – Foz _____ 11%

Na tabela 49, são apresentadas as consultas por especialidade feitas por cidadãos do Paraguai.

O maior volume de consultas está concentrado na atenção dentária. Dentro das especialidades médicas, as que concentram o maior número de atenções são Oftalmologia, Ortopedia, Neurologia e Cardiologia.

Tabela 49: Encaminhamento Consultas Médicas de Especialidade, Município Foz do Iguaçu, 2001

Tipo de Especialidades	Pacientes do Paraguai
Cirurgia	281
Cardiologia	649
Cirurgia infantil	101
Dermatologia	188
Endócrino	195
Nefrologia	299
Gastro	52
Oncologia	359
Neurologia	750
Proctologia	189
Obstetrícia e ginecologia	530
Oftalmologia	1.078
Otorrinolaringologia	265
Pediatria	616
Psiquiatria	595
Ortopedia	1.067
Urologia	479
Cirurgia plástica	99
Dentista	2.580
Total	10.827

Tabela 50: Encaminhamento de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, Município Foz do Iguaçu, 2001

Tipo de Procedimentos	Paraguai
Fonoaudiologia	285
Fisioterapia	4.000
Eletrocardiograma	278
Eletroencefalograma	95
Exame Patologia Clínica	26.000
Raios X	1.786
Citopatologia	15
Total	32.459

e) Partos

Quanto à Atenção de Partos, a produção de Cidade do Leste representa 74% dos partos realizados em mulheres paraguaias considerando este país (Paraguai) e Foz.

Em Foz, a atenção a paraguaias corresponde a 8% de sua totalidade.

Tabela 51: Análise Territorial Atenção de Partos, Tríplice Fronteira, 2000

		Destino		
		Foz	**CDL**	**Total**
Origem	**Brasil**	4.443	0	4443
	Paraguai	389	1128	1517
	Total	4832	1128	5960

Ao calcular os indicadores para partos, temos:

- Capacidade Resolutiva Territorial – CDL _____ 74%
- Índice Complemento Capacidade Resolutiva Territorial – CDL _____ 26%
- Índice de prestação de Atenção de cidade de origem – CDL _____ 34%
- Índice de prestação de Atenção de cidade de destino – CDL – Foz _____ 8%

f) Síntese

Na tabela 52 e gráfico 19 são apresentados diversos indicadores de resolução territorial dos serviços analisados.

Tabela 52: Resumo Indicadores Análise Territorial – Tríplice Fronteira, 2000

	Altas	**Urgência**	**APS**	**Especialidade**	**Partos**
Capacidade Resolutiva Territorial – CDL	74%	95%	63%	66%	74%
Índice Complemento Capacidade Resolutiva Territorial – CDL	26%	5%	37%	34%	26%
Índice Origem – CDL	34%	5%	58%	51%	34%
Índice Destino – CDL – Foz	8%	3%	6%	11%	8%

Quando analisados os diversos padrões é possível verificar que se comportam de forma diferente, dependendo do tipo de serviço.

Basicamente, podemos estabelecer três padrões de comportamento:

Alta Dependência de CDL quanto à atenção primária e de especialidade, refletido em uma baixa Capacidade Resolutiva Territorial, onde o percentual de atenção efetuada em

Foz a cidadãos paraguaios, representa mais da metade da produção de atenção primária e de especialidade de CDL.

Por outra parte, em Foz, este volume de produção representa entre 6% e 11% da atenção primária e de especialidade, respectivamente.

Cabe ressaltar que, dado o caráter eletivo destes serviços, eles são os mais facilitados pelo livre trânsito de pessoas entre as cidades.

Segundo os estudos realizados em Foz, aparentemente, o maior fluxo de paraguaios está concentrado nos centros de saúde próximos ao rio e à ponte, visto que a população pode aceder à pé desde CDL, o que reforça a caracterização deste padrão de demanda.

Dependência Média de CDL a altas hospitalares e atenção de partos, onde a Capacidade Resolutiva Territorial chega o 75%, e o percentual de serviços efetuados em Foz a cidadãos paraguaios representa mais do que a terça parte da produção de CDL.

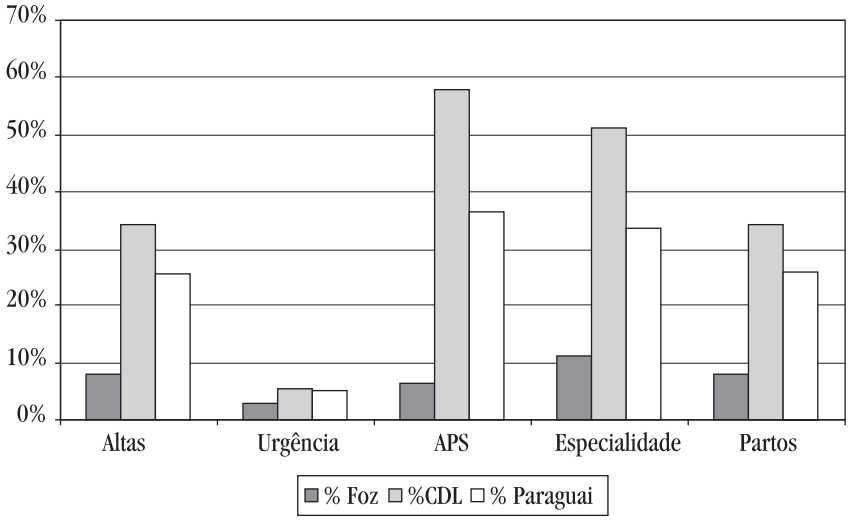
Cabe ressaltar que o padrão de altas e partos é praticamente idêntico nos diversos indicadores; contudo, as altas alcançam a 1.246 e os partos a 389.

Em Foz, o volume de produção representa 8% da sua produção hospitalar e de seus partos.

Baixa Dependência de CDL vinculada à atenção de urgência, em que a Capacidade Resolutiva Territorial chega a 95% e, o percentual de serviços efetuados em Foz a cidadãos paraguaios, representa 5% da produção de CDL.

Em Foz, este volume de produção representa 3% da sua produção hospitalar e de seus partos.

Gráfico 19: Indicadores de Funcionamento Territorial, Cidade do Leste – Foz do Iguaçu, 2000



g) Articulação entre países

Segundo os antecedentes citados, não existem instâncias formais de derivação e contra-derivação entre os três países. Ocasionalmente ajudam-se mutuamente, em caso de algumas urgências vitais.

Neste sentido, os fluxos entre os países correspondem, essencialmente, à demanda espontânea das pessoas, situação fortemente enraizada do ponto de vista histórico e social, sendo muito difícil mudanças. Isto pode ser visto nos diversos padrões de produção analisados, já que, quanto mais programável é o serviço, maior é a demanda proveniente de CDL para Foz, facilitada pela permeabilidade das barreiras de atenção em Foz.

A atenção de urgência entre países, eticamente, não é possível objetar; dado o risco vital, a população deve ser atendida sem se discriminar a origem dos pacientes, mas os serviços programados podem ser regulados pelos diversos serviços, ou seja, o acesso pode ser condicionado.

VI. Conclusões e Recomendações

Para efetuar as recomendações é conveniente lembrar os objetivos da consultoria:

- Elaborar o diagnóstico da capacidade atual de produção potencial dos estabelecimentos hospitalares e o estrutural-funcional da rede de atenção dos setores mencionados.
- Estabelecer propostas para o desenvolvimento e a cooperação entre os países, que permitam otimizar os recursos atuais e orientar futuros encaminhamentos.

Este capítulo está organizado levando em consideração aspectos de tipo geral que resumem o diagnóstico solicitado; que se constituem em elementos a considerar na gestão sanitária da região; e aspectos específicos que se relacionam, diretamente, às propostas de desenvolvimento solicitadas.

A. Gerais

1. Qualidade e Oportunidade da Informação

Considerando que o estudo foi executado majoritariamente a partir de fontes secundárias, um problema recorrente foi a qualidade e a oportunidade desta nos seguintes âmbitos:

- Disponibilidade de registros;
- Confiabilidade e suficiência dos registros;
- Método de cálculo dos indicadores;
- População;
- Definição de termos e conceitos;
- Homologação de termos entre países;
- Validação da informação.

Neste contexto, as recomendações estão associadas à revisão e à adequação dos sistemas de registro de informação, para a geração de indicadores de gestão sanitária e administrativas, que tornem mais eficazes e eficientes as ações dos sistemas de saúde, e que sirvam como insumo atualizado permanentemente para a tomada de decisões.

É recomendável que, naquelas matérias de interesse comum para os três países, os sistemas de informação sejam compatíveis entre si, para o que é indispensável um trabalho de homologação de termos e conceitos, além dos sistemas de coleta e análise da informação.

Em todo caso é indispensável considerar como ponto de partida do sistema de informação, a definição do ou dos objetivos do mesmo.

2. Perfil Epidemiológico e Prioridades Sanitárias

Ao analisar os indicadores de perda associados à mortalidade, AVPP e perfil de consultas e de altas hospitalares, observam-se alguns padrões comuns entre as três cidades e outros que são próprios de cada uma delas.

Quanto aos indicadores de mortalidade, Cidade do Leste apresenta uma taxa geral inferior a Foz do Iguaçu e similar a Porto Iguaçu. Em conformidade com o expressado por diversos profissionais consultados, existiria sub-registro de informação de óbitos em CDL, o que faz pouco confiável o dado.

Contudo, para todos os outros indicadores de mortalidade (Infantil, Neonatal, Maternal), CDL apresenta taxas significativamente superiores a seus vizinhos, o que indica um maior nível de perda.

Um aspecto que causa preocupação é que nas três cidades foi observada uma tendência crescente de alguns destes indicadores associados a problemas da mulher grávida e da criança.

Ao analisar os problemas que se repetem nas três cidades, expressados por meio das causas de óbito, Anos de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) e principais causas de consulta e alta, observa-se um padrão misto composto por problemas associados ao parto, violência e outros, derivados de patologias crônicas não transmissíveis, associadas ao envelhecimento da população:

- Violências e Traumatismos;
- Patologia Obstétrica e Perinatal;
- Patologia Cardiovascular;
- Neoplasias;
- Patologia Respiratória;
- Patologia Digestiva;
- Hipertensão Arterial;
- Diabetes.

Um aspecto merece especial destaque ao se analisar o perfil de perda é sua relação com as ações que atualmente desempenham os diferentes sistemas, isto é, verificar se atualmente são realizadas intervenções orientadas para melhoria dos problemas.

Por outra parte, o perfil de perda observado em Cidade do Leste informa sobre as condições sócio-sanitárias, que são mais precárias que as de seus vizinhos, o que evidencia a importância das patologias infecciosas e parasitárias.

Um elemento a ser considerado é a relevância dos problemas do adulto que paulatinamente vão deslocando os de tipo maternal e infantil, de dentro daqueles considerados prioritários para os efeitos de intervenção. Esta situação é especialmente preocupante em Cidade do Leste, onde as ações assistenciais se centram na atenção materno-infantil, com uma cobertura muito baixa dos serviços associados ao atenção do adulto. Esta seria uma linha interessante que mereceria ser aprofundada, para caracterizar com maior precisão (idade-sexo-patologia) o perfil da demanda dos paraguaios em Foz, já que, presumivelmente, a população paraguaia deve demandar serviços em Foz que são escassos em Cidade do Leste.

Neste contexto, seria um benefício para a região estabelecer estratégias comuns de prevenção e administração destes problemas de saúde pública, que poderiam fazer parte das Prioridades Sanitárias da Tríplice Fronteira. O interessante de uma estratégia desta natureza é que permite incorporar, nos programas de colaboração, outros aspectos além dos do tipo infecto-contagioso, que constituem habitualmente a preocupação central dos programas de colaboração entre países fronteiriços.

A geração desse plano deveria partir dos problemas que mais prejuízo provocam à população, dentre os quais, no mínimo, devem estar considerados os descritos anteriormente.

Ao estudar os problemas é necessário enfrentá-los de maneira integral, identificando e incorporando ações (eficazes e eficientes, baseadas nas evidências) nos seguintes níveis de intervenção:

- Promoção e prevenção;
- Diagnóstico, tratamento e reabilitação;
- Cuidados paliativos.

Embora os diversos problemas possam exigir ações específicas, com estratégias próprias, há elementos do modelo de atenção que são aplicáveis ao conjunto. Estes elementos são a organização e a articulação da rede de assistência. Um exemplo disso é a rede de urgência, que à luz dos problemas descritos, pode servir para atender Traumatismos e Violências; Patologia Cardiovascular descompensada; Patologia Obstétrica e Perinatal, etc. Um avanço concreto nesta matéria seria a formalização de sistemas de colaboração entre os três países, de forma a assegurar, para a população, o atenção dos problemas de saúde que representam uma urgência vital.

3. Cobertura Assistencial

Ao analisar as consultas médicas é possível observar a existência de dois padrões: o primeiro, relacionado às consultas de urgência e o segundo, às consultas do tipo programadas.

Para a atenção de urgência observa-se uma cobertura assistencial similar entre Cidade do Leste e Foz do Iguaçu, apresentando Porto Iguaçu uma maior taxa de atenção.

Ao considerar as consultas médicas de atenção primária e de especialidade, a cobertura de atenção é similar entre Foz do Iguaçu e Porto Iguaçu, mas os valores observados em Cidade do Leste são muito inferiores aos de seus vizinhos. Considerando o comportamento programático, observa-se que tanto em Cidade do Leste como em Porto Iguaçu há uma maior cobertura maternal e infantil, com uma menor cobertura do adulto. Em Foz do Iguaçu pode ser observado um padrão inverso. Este último é um fenômeno importante e deve ser observado, já que, como não existe demanda reprimida de APS em Foz, é provável que a menor cobertura materno -infantil esteja provocando um fenômeno de diminuição da demanda por parte destes grupos.

As medições de demanda reprimida (Cidade do Leste e Foz) têm apresentado baixos valores , e as explicações para este fato podem ser:

- Os valores de demanda reprimida refletem efetivamente as necessidades da população.
- No levantamento de dados, o instrumento não foi aplicado adequadamente, pelo que não reflete fielmente o problema.
- A demanda está auto-reprimida por carência crônica da mesma; e a demanda pode estar se resolvendo via medicina tradicional ou auto-cuidado, dependendo da complexidade da mesma.
- Segundo os estudos da rede assistencial realizados no Chile, um fenômeno que se repetiu em condições de déficit crônico de atenção de especialidade foi que a demanda total (produção + demanda reprimida) era inferior em cidades onde existia uma maior disponibilidade de recursos.

Em todo caso, independentemente da explicação que possa ser considerada a mais correta, é conveniente estabelecer um sistema de medição de demanda reprimida que seja efetivo, com uma linguagem e interpretação única, consensuado pelo setor e sistemático na aplicação.

Paradoxalmente, os serviços que apresentam menores iniqüidades na distribuição entre as três cidades são as cirurgias maiores, que, naturalmente, são serviços de alto custo, dado o volume e a complexidade dos recursos necessários para sua administração. Ao comparar os serviços programados e de urgência, observa-se que, tanto em Cidade do Leste como em Foz há um excesso de intervenções de urgência em relação às programadas. Aparentemente, este fenômeno está explicado pelo sistema de administração de cirurgias, que tanto em Foz quanto em Cidade do Leste, considera a urgência a principal porta de entrada para este tipo de serviços, existindo uma disjunção entre a atenção ambulatorial de especialidade e as cirurgias, que são efetuadas por equipes diferentes. Esta situação não se dá em Porto Iguaçu, onde existe uma maior continuidade das equipes assistenciais.

Quanto à disponibilidade e uso dos leitos hospitalares, observam-se, também, dois padrões: um em alta e outro decrescente. Os serviços que se encontram em baixa são pediatria (exceto em Cidade do Leste) e obstetrícia. Os serviços cirúrgicos apresentam uma tendência a alta (salvo em Porto Iguaçu, onde as altas estão em queda). Os serviços de medicina têm um comportamento mais irregular, sendo difícil estabelecer um padrão.

Os baixos índices ocupacionais indicam que os leitos utilizados são em menor número que os disponíveis, o que reflete um excedente na disponibilidade de leitos. Pelo anteriormente exposto, é necessário medir o impacto nos serviços relacionados, nas unidades de apoio e nos serviços gerais. Tudo isso, acompanhado de uma análise do rendimento do RRHH, entregaria resultados do ponto de vista da real necessidade das instâncias associadas à demanda, otimização dos fatores produtivos e à aplicação de modelos de atenção emergentes.

A ausência de informação sobre a disponibilidade de recursos limita a análise da produtividade , mas um fato preocupante consiste em que, apesar da baixa cobertura de CDL, existe capacidade ociosa; isto é, considera-se possível incrementar o atenção.

Neste contexto, é recomendável aplicar estratégias de reconversão de leitos, de forma a contar com um pool de leitos que permita enfrentar as demandas nas áreas onde existe déficit (por exemplo, em Cirurgia) com os recursos instalados, e destinar o delta positivo (RRHH) a outras áreas, ou realizar uma reconversão.

Ao analisar a disponibilidade de recursos humanos, em especial a de médicos assistenciais por cada 1.000 beneficiários, vemos que Porto Iguaçu conta com 0,75 médico; Foz, com 0,36 (este valor somente considera os médicos destinados ao atenção ambulatorial) e Cidade do Leste, 0,31; logo, é possível estabelecer um paralelismo entre os recursos disponíveis e a produção. Para elaborar uma análise mais fina necessita-se de informações que as respectivas cidades não conseguiram entregar.

Em síntese, as maiores diferenças entre as três cidades são observáveis nos serviços programados, que estão associados, diretamente, a uma menor disponibilidade de recursos.

4. Funcionamento da Rede

O maior desenvolvimento da rede verifica-se em Foz do Iguaçu e Porto Iguaçu, em virtude da existência de recursos e organização disponíveis mas, sob o ponto de vista da articulação da rede, o processo é insuficiente, nas três cidades.

Em Porto Iguaçu e Cidade do Leste não há uma regulação explícita entre o nível primário e a atenção de especialidade, o que gera ineficiência no uso dos recursos, já que os especialistas estão disponíveis para a atenção de morbidade geral. A recomendação para esta cidade está centrada no estabelecimento de um sistema de derivação formal entre o nível primário e o de especialidade, além das derivações da especialidade ambulatória à hospitalar.

Apesar de existir, em Foz, uma hierarquização deste processo, o déficit é gerado na articulação com o nível hospitalar da Santa Casa, que tem uma lógica própria de funcionamento. A recomendação, neste sentido, é implementar uma instância de articulação entre o atenção de especialidade ambulatorial e a hospitalar, de forma a otimizar os processos de derivação e contra-derivação entre eles.

Neste sentido, recomenda-se revisar os critérios de organização e gestão da rede, que não é somente a definição de normas ou manuais de derivação, mas também a geração de todo um sistema que deve combinar:

- Aspectos técnicos, que considerem os critérios de derivação e contra-derivação entre os estabelecimentos.

- Aspectos administrativos que considerem a existência e gestão de agendas médicas.
- Aspectos financeiros, dependendo de cada situação.

No que diz respeito à rede de urgência, somente Foz conta com todos os níveis e capacidades assistenciais instalados, tendo Cidade do Leste e Porto Iguaçu uma menor complexidade assistencial. É recomendável a organização dos recursos disponíveis com uma visão de rede, de forma a hierarquizar as solicitações de atenção vindas da comunidade.

A particularidade da rede de urgência é que deve estar em operação 24 horas por dia, durante todo o ano; para isso, quando da sua organização,deve-se considerar o planejamento e a gestão desde a porta de entrada à rede (atenção pré-hospitalar; atenção primária ou de urgência hospitalar), assim como os níveis de resolução de baixa, média e alta complexidade. Em especial, na Tríplice Fronteira o recurso mais raro é o leito intensivo para pacientes públicos, já que somente Foz os possui.

Quanto aos serviços privados, tanto Cidade do Leste como Foz oferecem uma ampla gama deles. Na CDL, os serviços privados têm uma complexidade superior à existente no hospital público. No caso de Foz, dado que existem convênios com o SUS, os hospitais são todos privados e vendem serviços ao município via convênio. Os beneficiários públicos então, fazem uso deles valendo-se dos convênios existentes.

B. Específicos: Atenção entre Países

1. Conclusões

A informação disponível indica que a maior transferência de atenção existe entre Cidade do Leste e Foz do Iguaçu. Apesar de que em Porto Iguaçu são atendidos cidadãos do Paraguai, este número é relativamente pequeno, se comparado aos fluxos em direção a Foz.

Este fenômeno pode ser explicado, basicamente, pela acessibilidade geográfica associada a condições sociais e comerciais, que se traduzem num livre trânsito entre Cidade do Leste e Foz.

O atenção que os cidadãos do Paraguai solicitam em Foz equivale a algo entre 5 e 55% dos serviços produzidos em Cidade do Leste, sendo o Atenção Primária e de Especialidade os mais procurados pela população paraguaia.

Os serviços mais demandados pela população paraguaia são aqueles onde há maior diferença entre Cidade do Leste e Foz, que são precisamente, os serviços ambulatoriais de especialidade. Segundo os estudos de Foz, aparentemente o maior fluxo de paraguaios concentra-se nos centros de saúde próximos ao rio e à ponte, dado que a população pode se deslocar a pé desde CDL.

Apesar de existir em Cidade do Leste existe uma alta disponibilidade de serviços privados, a população vai para Foz para ser atendida. Isso, provavelmente, pode ser explicado pelo pagamento que o sistema privado exige, em contraposição à ausência desta exigência no sistema público.

Outro aspecto relevante que surge ao se analisar o acesso à atenção está relacionado ao pagamento, visto que no sistema paraguaio, todos devem pagar pelos serviços recebidos, sendo a gratuidade uma isenção e não um direito.

A demanda de CDL à Foz é espontânea, isto é, não é determinada pelo encaminhamento do hospital de CDL a Foz. Isso é facilitado pela ausência de barreiras de acesso à atenção em Foz.

As solicitações de encaminhamento de CDL a Foz são escassas e limitadas à atenção de urgência.

Sintetizando, é possível ressaltar que a demanda de atenção de CDL a Foz deve-se, principalmente, ao:

- Déficit de atenção em CDL.
- Cobrança pela atenção em CDL e ausência de pagamento em Foz.

2. Propostas

Antes de realizar propostas é importante ter presente, contextualizando, que os elementos que condicionam os encaminhamentos da demanda de CDL a Foz respondem a aspectos estruturais, como são a disponibilidade geral de recursos no Paraguai (que é menor que no Brasil) e às políticas de saúde pública do país, que determinam as prioridades nacionais e os critérios de distribuição de recursos.

Por outra parte, o movimento da população entre CDL e Foz indica a existência de uma população flutuante de grande magnitude, com vínculos familiares (família trans-fronteiriça), comerciais e laborais muito estreitos, o que explicaria a alta mobilidade e a adaptação às novas condições. Mencionou-se durante o estudo, que a estreita vinculação entre a população de ambas as cidades, faz com que muitas pessoas possuam uma dupla identificação. Dada sua localização na fronteira, o padrão de vida dessa população se ajusta às mudanças econômicas que ocorrem em cada país.

Um terceiro aspecto refere-se ao tratamento dos temas de saúde, que não podem ser administrados independentemente de outras situações próprias da fronteira, em especial os aspectos sociais e culturais mencionados anteriormente, além dos aspectos econômicos envolvidos. Deve-se ter presente que os vínculos econômicos entre as duas cidades são em benefício mútuo e que as tentativas das autoridades para incrementar regulamentos têm encontrado uma forte oposição social, que, em alguns casos, terminariam no fechamento da fronteira, com os conseqüentes efeitos econômicos que isto acarretaria.

Neste cenário, enquadram-se as seguintes propostas classificadas como decisões em nível local e outras de caráter nacional.

a) Decisões em nível local

Embora as relações entre os países estejam reguladas pelos níveis centrais dos governos nacionais, existe um conjunto de ações que podem ser materializadas em nível local, visto que têm como pano de fundo a otimização dos recursos disponíveis na cidade ou na região.

O ponto de partida para uma iniciativa desta natureza é contar com um programa de trabalho que enquadre as diversas ações e programas. Uma proposta neste sentido seria a elaboração de um Plano de Prioridades Sanitárias da Tríplice Fronteira, que identifique as áreas e estratégias de intervenção comuns.

Para sua materialização pode ser adotado um modelo que, paulatinamente, vá incorporando novos âmbitos de colaboração, sendo o ponto de partida o intercâmbio de informação entre os países, de modo que responda a um modelo estável e que não sofra variações substanciais em conseqüência da mudança dos responsáveis locais.

Neste sentido, a coordenação fluida entre os países é o primeiro passo para uma coordenação de esforços maiores, pelo que é recomendável incorporar, inicialmente, neste processo, os seguintes temas: vigilância epidemiológica, uso de serviços e preparação coletiva para emergências e catástrofes.

Além do anteriormente exposto, é recomendável considerar um programa de trabalho conjunto levando em conta os seguintes aspectos:

1. Padronização dos sistemas e critérios para o registro da informação, considerando, pelo menos, as variáveis mencionadas no presente estudo. Um exemplo disso seria a medição da demanda por atenção entre os países.

2. Unificação dos sistemas de projeção demográfica, já que se estima existir erros nos métodos utilizados.
3. Estabelecimento de estratégias conjuntas para formulação e avaliação dos programas de saúde, uma vez que o livre fluxo de pessoas, em particular entre Cidade do Leste e Foz, requer intervenções combinadas, para que as medidas de saúde pública tenham impacto na saúde da população; por exemplo, campanhas de vacinação.
4. Estabelecimento de redes de cooperação técnica e colaboração em torno dos problemas prioritários; por exemplo, atenção de urgências com risco de morte. Para isso deve-se formalizar um procedimento de derivação e contra-derivação entre os três países, de modo a otimizar os recursos disponíveis no território. Para tanto, deve-se:
    - Estabelecer protocolos de derivação e contra-derivação.
    - Estabelecer sistemas ágeis de comunicação.
5. Criar e aplicar programas de capacitação tanto em temas clínicos quanto de gestão de serviços.

b) Decisões em nível nacional

As instâncias em nível nacional são as responsáveis pelo estabelecimento do marco político em que atuam os níveis regionais e locais; nesse sentido, estabelecem as prioridades sanitárias nacionais e os mecanismos de financiamento para sua consecução.

(1) Âmbito Programático

Com relação à cobertura programática, um aspecto que merece ser revisado pelo Ministério da Saúde do Paraguai é o relacionado com a Atenção Primária, já que sua cobertura deveria ser assegurada, pelo estado, a 100% da população. O tema da especialidade pode ser compreensível, levando em conta que importantes recursos financeiros são requeridos para seu desenvolvimento.

(2) Âmbito de Gestão

Recomenda-se a revisão das propostas de articulação das redes em cada país, uma vez que, segundo o diagnóstico descrito anteriormente, existem, nos países, diversos problemas na gestão das redes locais.

Além disso, é recomendável a incorporação de indicadores de eficácia e eficiência do sistema de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis.

(3) Âmbito Financeiro

Uma das expectativas do estudo foi a medição do intercâmbio entre os países, seja monetária ou não monetária, de acordo com a absorção da demanda por atenção. Contudo, dadas as iniqüidades socioeconômicas refletidas nos indicadores de saúde, e a menor disponibilidade de recursos em Cidade do Leste quando comparada a Foz, torna-se difícil sustentar uma proposta desta natureza.

Ao anterior soma-se o fato de que a maior parte das consultas realizadas em Foz é espontânea, isto é, não foram solicitadas formalmente pelos representantes do Ministério da Saúde do Paraguai da região. Por sua vez, eles têm sido atendidos no Brasil, em concordância com o princípio da não discriminação (acesso universal), que regula o modelo de saúde brasileiro.

Pelo fato de se tratarem de consultas espontâneas, limita-se a formalização de cobrança destes serviços, já que não foram solicitados formalmente, pelo país.

Vista de Foz, a principal limitação nesta matéria é que o financiamento é realizado per cápita, uma vez que considera à população do município e não às pessoas de outros países que consultam em sua

rede; por isso, a intervenção nos níveis regionais e nacionais é de extraordinária importância, dado que o volume de atenção e recursos envolvidos não representa uma quantia marginal.

Sendo este um dos temas mais polêmicos é conveniente considerar, na análise, a fatibilidade econômica, legal e social para implementá-la em ambos países.

C. Por País

O capítulo seguinte contém o resumo das conclusões e recomendações de cada uma das cidades da Tríplice Fronteira, cujos tomos completos estão à disposição para consulta em cada um dos países e representações da OPAS.

1. Argentina – Porto Iguaçu

Do ponto de vista da disponibilidade de informação, observam-se deficiências no registro ou na administração da mesma, já que não foi possível contar com alguns módulos epidemiológicos, de infra-estrutura, de recursos humanos e de recursos financeiros, o que, evidentemente, restringe a análise e as possibilidades de inferir o comportamento da demanda, segundo a oferta disponível.

O perfil da mortalidade geral está representado por doenças do sistema cardiorespiratório, morte súbita, AVE, dentre outros. Dos indicadores analisados destacam-se a deterioração das taxas de mortalidade infantil e neonatal, que estão em evidente aumento desde 1998, assim como a taxa de mortalidade maternal que aumentou, vertiginosamente, no ano 1999 para cair em 2000. O anteriormente exposto torna recomendável efetuar uma avaliação e o ajuste dos programas materno e infantil.

Em termos globais, os números de Porto Iguaçu mostram uma mudança nos padrões da demanda por atenção, com um discreto aumento até o ano 1999 dos serviços associados ao parto, gravidez e puerpério, além dos pediátricos. Isso remete a um aumento nos grupos de menor idade, fenômeno refletido nos dados da população. Por outra parte, a demanda de atenção associada à atenção do adulto e ao envelhecimento, apresenta um crescimento constante, que se reflete fortemente nas consultas de atenção primário em algumas especialidades médicas.

O perfil de produção de cirurgias maiores, a diferença de Pousadas, apresenta um padrão de composição urgência-programada normal, já que cerca de 80% das cirurgias são efetuadas sob a modalidade programada, o que significa que a grande maioria das pessoas é operada oportunamente.

As altas hospitalares mostram uma tendência estável, com uma faixa inferior maior que 3.000 e uma superior levemente maior que 3.700. A maior produção de serviços clínicos está representada pela atenção de Obstetrícia e Medicina que correspondem, em média, a 61% do total de altas hospitalares (de 1996 a 2000).

Junto com o anteriormente citado é importante destacar que, otimizando o uso do recurso leito, via aumento dos I.O. e diminuição dos PDE (resultado possível graças a uma melhor gestão de recursos; pool de leitos, implementação de modelos de atenção inovadores como a hospitalização domiciliária e a cirurgia maior ambulatorial, dentre outros), haveria um superavit de 19 leitos em 2000, significando que Porto Iguaçu conta com uma oferta suficiente para fazer frente à demanda de altas. Contudo, e levando em consideração que a demanda estava se estabilizando no período em estudo, deveria ser repensada a necessidade das mesmas, bem como ser estudada a possibilidade de se elaborar um plano para a realocação ou reabsorção dos profissionais envolvidos no processo, se necessário.

Do ponto de vista da satisfação da demanda, não é possível obter conclusões com relação à existência ou não de demanda reprimida em APS e nas consultas médicas de especialidade, porque não há informação sobre o tema. Além disso, a evolução das consultas de urgência, que geralmente serve de comunicador com a atenção aberta, mostra uma tendência à baixa, o que não explicaria uma situação de demanda insatisfeita da atenção aberta.

Pelo anteriormente exposto, recomenda-se levar registros estatísticos da demanda insatisfeita com a finalidade de explicitar a realidade, avaliar as alternativas de como fazer frente a essa demanda (otimização dos fatores produtivos disponíveis, melhoria da gestão, inversão, compra de serviços, estabelecimento de protocolos de derivação e contra-derivação, complementação entre estabelecimentos, dentre outros).

A falta de informação sobre a disponibilidade de horas médicas e sua distribuição nas consultas, intervenções cirúrgicas e outras, limitou a possibilidade de aprofundar a análise, dado que não é possível realizar um exercício de otimização nesses aspectos.

Não foi possível efetuar uma análise de otimização e de necessidade de investimentos, uma vez que não se conta com informação sobre este item.

Em termos gerais, sugere-se adotar a figura funcional de um coordenador local da rede assistencial (urgência e programada) que poderia ser chamado de Gestor da Rede Assistencial de Saúde, cuja principal função seria a de zelar pela resposta à demanda da população, em um contexto de eqüidade, oportunidade, satisfação dos pacientes e qualidade, fazendo uso adequado dos fatores produtivos disponíveis, desenvolvendo protocolos de atenção e cooperação entre os estabelecimentos da rede, redistribuindo a oferta dos fatores produtivos do setor, dentre outros.

Com a finalidade de operacionalizar e institucionalizar a figura do Gestor da Rede, faz-se necessário definir o papel do Gestor, identificando normas e protocolos de operação, necessidades de suporte estrutural, financeiro, recursos humanos e de informática, para seu funcionamento, de acordo com a demanda e oferta disponíveis. Neste sentido, o impacto do Gestor da rede manifestar-se-á na administração eficiente dos recursos produtivos (infra-estrutura, recursos humanos e equipamento) em função da demanda de serviços. Um exemplo é a administração das agendas médicas, articulação dos leitos agudos, intermediários e complexos, a reorientação da demanda, a derivação e contra-derivação num contexto de rede, responsabilizando o setor pelo paciente, com a finalidade de assegurar um acesso oportuno e eqüitativo dos serviços, dentre outros.

Dada a realidade de Porto de Iguaçu, onde não existe um centro regulador da urgência, havendo só um despachante de ambulâncias no caso do atenção pré-hospitalar, propomos iniciar o processo de regulação e articulação da rede, partindo com a rede de urgência. Para tanto, propõe-se desenvolver um Programa de Rede de Urgência com diferentes níveis de resposta às necessidades da população, que seja crescente em complexidade e integrada, com o propósito de que o paciente flua pela Rede.

Neste contexto, deve-se desenvolver um **Centro Regulador da Rede de Urgência**, que tenha como função responder à demanda da população em acidentes na via pública (Atenção Pré-hospitalar tipo SAMU), articular a oferta nas Unidades de Emergência Hospitalar e, se necessário, o fluxo de pacientes para os leitos de agudos e leitos críticos (UCI e UTI), bem como coordenar também, o atenção de urgência em nível primário, com os níveis de maior resolução e complexidade, quando necessário.

2. Brasil – Foz do Iguaçu

O preenchimento da informação solicitada ao Município de Foz de Iguaçu foi expedito, o que mostra a existência de um bom sistema de registro da informação. Contudo, é recomendável a homologação das séries de dados, de modo a facilitar o processo de análise e, neste sentido, da tomada de decisões.

Os dados populacionais merecem importantes reparos, de acordo ao assinalado no capítulo específico, uma vez que existem informações contraditórias quanto ao aumento dos grupos populacionais. É recomendável revisar as bases de projeção da população, porque pode estar superestimada a população infantil e subestimada a do adulto maior.

O perfil de mortalidade caracteriza-se pela combinação de problemas derivados do envelhecimento, tais como câncer e patologias cardiovasculares, com traumatismos e violências, além das patologias perinatais. Chama atenção a relevância dos problemas de violência.

Dentro dos indicadores analisados destaca-se a deterioração das taxas de mortalidade infantil, neonatal e maternal. Este fenômeno é muito importante já que, em primeiro lugar, deve-se verificar se não se trata de um efeito de maior registro ou se estamos perante a deterioração real dos programas. Neste sentido, é recomendável efetuar uma avaliação exaustiva dos programas materno e infantil.

Em termos gerais, os valores de Foz mostram uma mudança nos padrões de demanda por atenção, com uma diminuição ou estabilização dos serviços associados ao parto, gravidez e puerpério, além dos pediátricos. Isso nos mostra uma redução dos grupos de menor idade, fenômeno que não fica evidenciado nos dados sobre a população.

Por outra parte, a demanda de atenção associada ao adulto e ao envelhecimento apresenta um crescimento constante.

Partindo da satisfação da demanda, não é possível obter conclusões sobre se existe ou não demanda reprimida no programa do adulto na atenção primária, como nas especialidades. Existem indícios de que pode existir uma demanda reprimida, vinculada particularmente ao atenção primário do adulto em especialidade e cirurgias maiores.

No que diz respeito à atenção primária, pode-se estimar este fenômeno visto que a grande expansão das consultas médicas de urgência do adulto, obedece, na maior parte, a problemas de morbidade geral.

Somando todas as consultas, temos que, no total, cada beneficiário do SUS chega a 2,091 consultas por ano, das quais quase 75% está determinado pela Atenção Primária, número levemente inferior às 2,2 consultas que apresenta o Brasil.

O perfil de produção de cirurgias maiores apresenta uma distorção, uma vez que 63% das cirurgias é efetuada sob a modalidade de urgência, fenômeno que deveria, pelo menos, ter um comportamento inverso, pois pode significar que as pessoas não são operadas de maneira oportuna, mas somente quando sua patologia se agravou.

É importante ter presente a mudança do perfil de hospitalizações, já que tem diminuído a demanda de leitos obstétricos e pediátricos e aumentado, especialmente, os cirúrgicos. A análise destas tendências pode ajudar para ter uma maior clareza sobre o tipo de recursos que é necessário contratar por meio do SUS, evitando sobre-contratar recursos que não serão utilizados ou sub-contratar outros que se verão limitados.

A falta de informação sobre a evolução dos cargos médicos disponíveis limitou a possibilidade de aprofundar a análise.

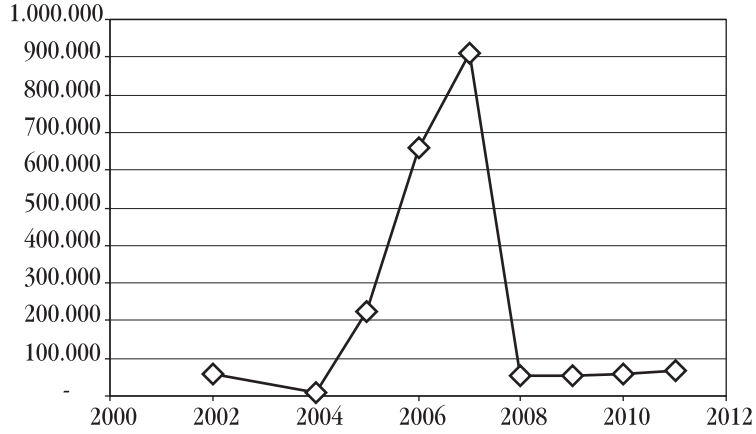
Sobre o pessoal não médico, este experimentou um importante crescimento no período da análise; porém, não é possível tirar conclusões acerca da sua produtividade, já que não foram incorporados na análise de produção, serviços onde a participação desse pessoal é intensa.

Com relação ao mercado de trabalho, observa-se que, em Foz, este é bastante dinâmico, favorecendo a permanência de recursos especializados.

Não foi possível efetuar uma análise de otimização e de requerimentos de inversão, uma vez que não se contou com informação sobre este item.

Dado o estoque de equipamento e veículos que, em conjunto, alcança US$ 2.670.250,00, é conveniente programar com antecedência a reposição dos mesmos. Segundo a informação disponível, o equipamento médico é mais novo e está em melhores condições que os veículos que foram adquiridos, em sua maior parte, entre 1999 e 2000. Sempre, no que diz respeito aos veículos, apesar de que a grande maioria deles encontra-se em bom estado ou tem uma Vida Útil Residual maior que zero, estima-se que a maior exigência de recursos para repor os veículos acontecerá em 2005, enquanto que o de equipamento será em 2006 e 2007.

Gráfico 20: Requerimentos de Investimentos para Reposição Equipamento e Veículos, Foz do Iguaçu, em US $



Foz apresenta a particularidade de contar com uma rede integrada entre os serviços públicos e privados, onde os primeiros são responsáveis pelo atenção primário e de especialidade, enquanto todos as serviços de maior complexidade ou que exigem atenção fechado são realizados nos estabelecimentos privados. Nesta perspectiva, a otimização dos recursos privados é de responsabilidade desses estabelecimentos, enquanto o Município mantém a responsabilidade de realizar a atenção primária e de especialidade. Não tendo disponível informação sobre a disponibilidade de infra-estrutura por centro de atenção, não é possível assinalar se existe ou não capacidade disponível.

Em conformidade com os antecedentes entregues, aparentemente há uma adequada articulação da rede de urgência. Seria recomendável verificar:

- Se o SIATE efetivamente realiza todo tipo de atenção pré-hospitalar ou somente traumatismos;
- Se existe uma relação preferencial entre as unidades básicas (APS), o SIATE e o Pronto Socorro.

No funcionamento da rede existe, aparentemente, um sistema organizado de a APS até a atenção de especialidade. Não se sabe se na atenção de especialidade existe alguma entidade técnica que ordene e estruture as interconsultas solicitadas pela atenção primária, de forma a evitar erros de derivação ou postergação de atenção, que seja indispensável efetuar.

Onde existe uma falta de coordenação é entre o nível de especialidade e a hospitalização, já que a maior parte dos ingressos é produzida através da urgência e, em menor proporção, como conseqüência da derivação programada. Um exemplo disso são as cirurgias, que são definidas e tramitadas diretamente pelos cirurgiões, sem a participação de um regulador da demanda.

Complementaridade Público-privado

Em Foz, observa-se uma grande complementaridade entre o sistema público e o privado, por causa da compra de serviços para beneficiários do SUS. No que se refere a este processo é relevante ter presente a mudança do perfil da demanda de produtos, em especial a diminuição dos partos e da atenção pediátrica, enquanto há um incremento da demanda de urgência e cirurgia.

3. Paraguai – Cidade do Leste

Em geral, a informação entregue é completa e permite avançar na análise, mas detectam-se algumas deficiências nos seguintes temas:

- Mortalidade Geral: valores de taxas muito baixas; existência de sub-registros, necessidade de melhorar os registros e diferenciar por residência/ocorrência, identificando o país de origem para verificar a importância das taxas.
- Consultas Médicas de Urgência – Consultas Médicas de Especialidades: são os mesmos dados. Verificar os dados, de modo a levar um registro confiável de produção.
- Recursos Financeiros e Infra-estrutura: a falta de informação não permite realizar análise de produtividade (evolução do gasto vinculado à produção e recursos humanos) nem de otimização e, portanto, não há condições para emitir recomendações para o uso eficiente do recurso produtivo.
- Mortalidade Geral: melhorar os registros e diferenciar por residência/ocorrência, identificando o país de origem para conhecer o peso.

O perfil de mortalidade caracteriza-se por combinar problemas derivados do envelhecimento e das precárias condições socioeconômicas, tais como câncer, patologia cardiovascular, traumatismos e violências, e ainda diarréia e sepse em mortalidade infantil. A causa de homicídio ocupa o segundo lugar entre as 10 principais causas de mortalidade e, a diarréia – sepse são a primeira e segunda causa de mortalidade infantil no ano 2000, em Cidade do Leste.

Dentro dos indicadores analisados destaca-se a deterioração das taxas de mortalidade infantil, neonatal e especialmente maternal (que se duplica no período em estudo), o que faz recomendável efetuar uma avaliação e ajuste nos programas materno-infantil.

Em termos gerais, os valores de Cidade do Leste mostram uma mudança nos padrões de demanda de atenção, com uma importante diminuição dos serviços associados ao parto, gravidez e puerpério, indicando uma redução nos grupos de menor idade, fenômeno refletido nos dados de população.

Por outra parte, a demanda de atenção associada ao adulto e ao envelhecimento (medicina interna) apresenta um crescimento constante.

Observando a satisfação da demanda, existe demanda reprimida no programa do adulto, no infantil e no da mulher em atenção primário, mas com maior peso na atenção da mulher. Neste nível, o maior percentual de rejeição (produto do questionário aplicado) observa-se no procedimento denominado Pap e colposcopia, e nas especialidades de otorrino, ginecologia, dermatologia e traumatologia, todas elas denominadas especialidades em "falência", pela sua condição de sub-oferta ou escassez. Em especialidades, o comportamento é similar.

O perfil de produção de cirurgias maiores apresenta uma distorção, já que 66% das cirurgias são efetuadas sob a modalidade de urgência, fenômeno que deveria, pelo menos, ter um comportamento inverso ou similar, pois significa que as pessoas não são operadas de maneira oportuna, mas só quando sua patologia se agrava.

A evolução dos cargos médicos disponíveis indica um importante aumento, particularmente em obstetrícia e ginecologia, traumatologia e cirurgia. Há concordância com o aumento de produção nestas duas últimas especialidades mas, na primeira, chama a atenção a taxa negativa de altas (-19%) e a diminuição dos partos em 25%. No primeiro caso – traumatologia e cirurgia – o aumento da demanda traduz-se num aumento da oferta mas, no segundo caso, observa-se que a clara diminuição da demanda (altas e partos) não se reflete na oferta (aumento na disponibilidade de cargos); isto é, estamos frente a um problema de gestão, porque não relacionamos de forma integral a oferta com a demanda, produzindo uma deficiência no uso do recurso médico especializado.

Quanto ao pessoal não médico, este teve um importante crescimento no período da análise; contudo, não é possível obter conclusões acerca da sua produtividade, já que não foram incorporados, na análise de produção, os serviços onde a participação deles é intensiva.

Considerando o estoque de equipamentos e veículos que, somados, chegam a US$ 448.300,00 é conveniente programar com antecedência a reposição dos mesmos. Quanto ao equipamento, é importante considerar que dos 28 aparelhos, 26 terminam sua vida útil em 2005 e se consideramos que é necessário manter a capacidade de produção instalada, é imprescindível planejar com tempo uma estratégia de financiamento.

Com relação aos veículos, 2 de 3 estão em estado regular, o que implica em destinar um montante de US$ 25.000,00 para reposição. Chama atenção, o reduzido número de ambulâncias frente a população existente, sem considerar a população flutuante que, existe provavelmente considerando a importante migração inter-paises.

Cidade do Leste apresenta a particularidade de um "desequilíbrio" entre a rede pública e a rede privada; na primeira, operam 51 médicos; na segunda, 100 médicos. Na primeira, operam 3 estabelecimentos; na segunda, 8. Além disso, pela escassa informação obtida, não há integração entre serviços públicos e privados. Também não há integração ou derivação entre o hospital Tesay e IPS, dado que este último só atende a seus beneficiários. Levando em conta o contexto, recomenda-se aprofundar o nível de integração, de forma a identificar possíveis áreas de negócio público-público e público-privado, principalmente. São numerosas as especialidades presentes no setor privado que estão ausentes no setor público.

Considerando o exposto, sugere-se a adoção da figura funcional de um coordenador local da rede assistencial (urgência e programada) cuja principal função seria a de zelar pela satisfação da demanda da população, em contextos de eqüidade, oportunidade, satisfação dos pacientes e qualidade, fazendo uso adequado dos fatores produtivos disponíveis, desenvolvendo protocolos de atenção e cooperação entre os estabelecimentos da rede, redistribuindo a oferta dos fatores produtivos do setor, dentre outros. Além disso, seria o responsável operativo da coordenação junto com o coordenador local da rede de saúde da Argentina. Neste contexto de migração e demanda cruzada de atenção de saúde, ambas figuras teriam a tarefa de produzir informação para fazer acordos em prol de uma articulação.

Com a finalidade de operacionalizar e institucionalizar a figura do Gestor da Rede, faz-se necessário definir o papel do Gestor, identificando normas e protocolos de operação, necessidades de suporte estrutural, financeiro, de recursos humanos e de informática para seu funcionamento, em concordância com a demanda e ofertas disponíveis. Mas o mais estratégico seria contar com o respaldo técnico-político que permita ao Gestor providenciar os produtos comprometidos.

Este Gestor da Rede, além de identificar as possíveis "áreas" de negócio com o setor privado, pode implementar estratégias na administração das agendas médicas, na articulação dos leitos agudos,

intermediários e complexos, na reorientação da demanda, na derivação e contra-derivação, tudo isso no contexto de rede.

Não tendo informação sobre a infra-estrutura por centro de atenção, não é possível dizer se existe ou não capacidade disponível, portanto, não são feitas recomendações.

Observando a realidade de Cidade do Leste, onde não existe um centro regulador de urgência, e onde a urgência pré-hospitalar só dá cobertura aos oriundos do setor privado, e não aos beneficiários do sistema público, e onde, ainda, há uma oferta de atenção em todos os estabelecimentos públicos e privados, propõe-se iniciar um processo de regulação e articulação da Rede, iniciando-o com a Rede de Urgência. Para tanto, propõe-se desenvolver um Programa de Rede de Urgência, onde sejam identificados diferentes níveis de resposta às necessidades da população, que seja crescente em complexidade assim como integrada, com a finalidade de que o paciente flua pela Rede.

Neste contexto, deve-se potencializar este centro despachante e convertê-lo em um **Centro Regulador da Rede de Urgência**, que tenha como função responder às demandas da população em acidentes na via pública (Atenção Pré-hospitalar tipo SAMU), articular a oferta nas Unidades de Emergência Hospitalar e, se necessário, o fluxo de pacientes para os leitos de agudos e leitos críticos (UCI e UTI) deve, também, coordenar o atenção de urgência em nível primário, com níveis de maior resolução e complexidade, quando necessário.

Esta proposição é tão mais importante quando se observa que a segunda causa de mortalidade geral na cidade são os homicídios e quando se observa que os hospitais públicos não contam com unidades de paciente crítico (intensivo e intermediário); portanto, é necessário vincular este recurso com o privado. Se for realizado de forma organizada, por meio de um regulador médico, os resultados podem trazer maiores benefícios para os pacientes.

Do ponto de vista da atenção programada, atualmente, todos os níveis da rede estão prestando serviços de atenção primário, inclusive o Hospital Regional. Quanto à atenção de especialidade, só o Hospital Regional e o Centro da Secretaria de Saúde oferecem à população atenção deste tipo.

No Hospital Regional misturam-se atividades de atenção primária e de especialidade.

Funcionalmente, não existe um sistema de derivação e contra-derivação formal desde a atenção primária à de especialidade e vice-versa; tudo depende da iniciativa e dos recursos das pessoas.

As hospitalizações correspondem, na sua grande maioria, a patologias agudas. Uma amostra disso é que a maior parte das cirurgias é efetuada como sendo de urgência.

Considerando o anteriormente exposto, a funcionalidade da rede programada é deficiente por essa falta de coordenação, que deve levar à perda de recursos e a demandas não satisfeitas, complicando-se com o tempo, agravando as patologias que, finalmente, terminam entrando no sistema pela via de urgência, com um custo de saúde maior para as pessoas e um custo monetário maior para o sistema como um todo.

O mercado privado é mais dinâmico que o público, mas em conformidade com o exposto, não há complementaridade. É importante ter presente as mudanças no perfil da demanda de produtos. Um exemplo disso é, por um lado, a diminuição dos partos e, por outro, o crescimento de 33% nas cirurgias maiores. Um fenômeno similar reflete-se na demanda de leitos hospitalares, com uma menor demanda de atenções pediátricas e obstétricas e um aumento das cirúrgicas.

BIBLIOGRAFIA

- Guia Metodológica de Estudios de Red Asistencial – Ministerio de Salud, Chile, 1997
- Informe País Estudios de Red Asistencial – Ministerio de Salud, Chile, 1999
- Estimación y Proyecciones de Población 1950 – 2050, Boletín Demográfico Nº 69 América Latina y Caribe, Febrero, 2002. CEPAL – CELADE
- Panorama Social de América Latina 2000 – 2001, Septiembre, 2001. CEPAL
- MSAS: "Decreto Nº 578 / 93", en: "Hospital Público de Autogestión y Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Legislación)", Buenos Aires, 1996

Estudio de la Red de Servicios de Salud en la Región de Frontera

Argentina – Brasil – Paraguay

2001-2002

Organización Panamericana de la Salud
de Argentina – Brasil – Paraguay

Ministerios de Salud de
Argentina – Brasil - Paraguay

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Estudio de la Red de Servicios de Salud en la Región de Frontera

Argentina – Brasil – Paraguay

2001-2002

Organización Panamericana de la Salud de Argentina – Brasil – Paraguay

Ministerios de Salud de Argentina – Brasil – Paraguay

Estudio de la Red de Servicios de Salud en la Región de Frontera

Argentina – Brasil – Paraguay

2001-2002

Organización Panamericana de la Salud de Argentina – Brasil – Paraguay

Ministerios de Salud de Argentina – Brasil – Paraguay

Equipo Consultor

Dr. Ignacio Astorga J.

Lic. Ana María Pinto C.

Ing. Marco Figueroa M.

© Organización Mundial de la Salud, 2004
Todos los derechos reservados. Es permitida la reprodución total o parcial de dicha obra, desde que sea citada la fuente y no sea para venta o cualquier finalidad comercial.
Las opiniones expresadas en el documento por autores denominados son de su entera responsabilidad.

Informaciones sobre esta publicación pueden ser solicitada al:
Proyecto de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud/OPS – Brasil
SEN, lote 19 – Brasília – DF
Cep: 70.756-090
Tel: 61 426-9595 Fax: 61 426-9591
http://www.opas.org.br/servico/paginas/index.cfm

1. Coordinador del Proyecto
Julio Manuel Suárez
2. Equipo Técnico/OPS
Luciana de Deus Chagas
Rosa Maria Silvestre
3. Normalización
CEDOC/OPAS
4. Revisión en español
Rosa Febles
5. Capa, Proyecto Gráfico y DTP
Formatos Design
6. Tiraje
1.000 ejemplares

Impreso en Brasil

Ficha catalográfica elaborada por Centro de Documentación de la
Organización Panamericana de la Salud – Representación de Brasil

Astorga J., Ignacio
Estudio de la Red de Servicios de Salud en la Región de Frontera Argentina, Brasil e Paraguay: 2001-2002 / Ignacio Astorga J., Ana María Pinto C. e Marco Figueroa M. – Brasília: Organización Panamericana de la Salud, 2004.

Bibliografía
ISBN 85-84943-42-1

1. Salud de frontera. 2. Áreas de frontera. 3. Brasil. 4. Argentina. 5. Paraguay. 6. Servicios de salud. I. Ana María Pinto C. II. Marco Figueroa M. III. Título IV. Organización Panamericana de la Salud.

NLM:

SUMARIO

Lista de gráficos **7**

Lista de tablas **9**

Prefacio **11**

I. Resumen Ejecutivo **13**

II. Antecedentes **18**
A. Términos de Referencia de la Consultoría 18
1. Contexto 18
2. Propósito 19
3. Objetivos 19
B. Desarrollo de la Consultoría 19

III. Contexto de los países y la frontera **21**
A. Perfil de los países 21
B. Perfil de los servicios públicos 23
1. Argentina 23
2. Brasil 25
3. Paraguay 26
C. Caracterización de las Migraciones Transfronterizas: Argentina – Brasil – Paraguay 27
D. Breve Reseña Histórica de la Trifrontera y sus Ciudades 31

IV. Metodología **34**
A. Marco Conceptual de la Metodología 34
1. Modelos para Estudiar las Necesidades de Salud 34
2. Modelo de Red Asistencial: un marco de organización de la atención 35
B. Metodología del Estudio 37
1. Descripción 37
2. Recursos Productivos 38
3. Resultados 39
4. Análisis Combinado 39

V. Resultados 40
A. Perfil Epidemiológico 40
1. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP 40
2. Mortalidad 41
3. Morbilidad 47
B. Producción 49
1. Consultas médicas de urgencia en hospitales 49
2. Consultas médicas de atención primaria o básica 50
3. Consultas médicas de especialidad 51
4. Urgencia + Atención Primaria + Especialidad 54
5. Atención del parto y puerperio 54
6. Intervenciones Quirúrgicas Mayores 56
7. Egresos y uso de camas 57
C. Población 61
D. Caracterización de los recursos humanos 63
1. Disponibilidad de personal por establecimiento y territorio 63
2. Caracterización del mercado de trabajo 68
E. Análisis de Recursos Financieros 68
F. Diagnóstico de infraestructura 68
G. Equipamiento Médico, Industrial y Vehículos 69
H. Análisis de la red: estructural y funcional 69
1. Análisis por Ciudad 69
2. Atención de Salud entre Países 76

VI. Conclusiones y Recomendaciones 84
A. Generales 84
1. Calidad y Oportunidad de la Información 84
2. Perfil Epidemiológico y Prioridades Sanitarias 84
3. Cobertura Asistencial 86
4. Funcionamiento de la Red 87
B. Específicos: Atención entre Países 88
1. Conclusiones 88
2. Propuestas 89
C. Por País 91
1. Argentina – Puerto Iguazú 91
2. Brasil – Foz de Iguazú 93
3. Paraguay – Ciudad del Este 95

Bibliografía 99

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Evolución Tasa de Mortalidad General, Trifrontera 1996 – 2000 41
Gráfico 02: Evolución Tasas de Mortalidad Infantil 1996 – 2000, Trifrontera 43
Gráfico 03: Evolución Tasa de Mortalidad Neonatal, Trifrontera. 44
Gráfico 04: Evolución Tasa de Mortalidad Materna, Trifrontera 1996 – 2000 46
Gráfico 05: Tasa de Atención de Urgencia, Trifrontera, 2000 49
Gráfico 06: Tasa de Atención Primaria Trifrontera, 2000 50
Gráfico 07: Tasa Cruda de Atención de Especialidad, Trifrontera, 2000 53
Gráfico 08: Comparación Tasas Consulta de Especialidad Base y Ajustada, Trifrontera, 2000 53
Gráfico 09: Tasa de Consulta Médica, Trifrontera, 2000 54
Gráfico 10: Evolución Partos, Trifrontera 1996 – 2000 55
Gráfico 11: Nº de partos por 1000 Mujeres en Edad Fértil (15-44), Trifrontera, 2000 55
Gráfico 12: Evolución Cirugía Mayor Beneficiarios Públicos, Trifrontera 1996 – 2000 56
Gráfico 13: Tasa de Cirugía Mayor, Beneficiarios Públicos, Trifrontera, 2000 57
Gráfico 14: Disponibilidad de Camas por 1000 beneficiarios, Trifrontera, 2000 58
Gráfico 15: Tasa de Egreso beneficiarios sistema público, Trifrontera, 2000 59
Gráfico 16: Composición Población Usuaria por Sistema de Salud, Trifrontera, 2000 61
Gráfico 17: Estructura por Edad y Sexo, Ciudades Trifrontera, 2000 62
Gráfico 18: Tasa de Crecimiento Anual Poblacional, Ciudades Trifrontera 1999 – 2000 62
Gráfico 19: Indicadores de Funcionamiento Territorial, Ciudad del Este – Foz de Iguazú 2000 83
Gráfico 20: Requerimientos Inversión de Reposición Equipos y Vehículos, Foz de Iguazú US$ 94

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Ficha Técnica General por país: Argentina, Brasil, Paraguay 21
Tabla 2: Principales causas de AVPP por ciudad – Trifrontera 40
Tabla 3: Evolución Tasa de Mortalidad General, Trifrontera. 41
Tabla 4: Principales causas de Mortalidad General , Trifrontera, 2000 42
Tabla 5: Evolución Tasa de Mortalidad Infantil, Trifrontera. 42
Tabla 6: Cinco principales causas de Mortalidad Infantil – Trifrontera, 2000 43
Tabla 7: Evolución Tasa de Mortalidad Neonatal, Trifrontera 44
Tabla 8: Principales causas de Mortalidad Neonatal, Trifrontera, 2000 45
Tabla 9: Evolución Tasa de Mortalidad Materna, Trifrontera (x 100.000 nacidos vivos) 45
Tabla 10: Principales causas de Mortalidad Materna, Trifrontera, 2000 46
Tabla 11: Principales causas de Egreso hospitalario (alta) Trifrontera 47
Tabla 12: Principales causas de Consulta de Atención Primaria, Trifrontera, 2000 48
Tabla 13: Principales causas de Consultas de Urgencia, Trifontera 48
Tabla 14: Consultas Médicas Urgencia Hospitalaria, Trifrontera, 2000 49
Tabla 15: Consultas Médicas Atención Primaria o Básica, Trifrontera, 2000 50
Tabla 16: Consultas Médicas de Especialidad, Trifrontera, 2000 52
Tabla 17: Atención del Parto por ciudad, Trifrontera 54
Tabla 18: Evolución Intervenciones Quirúrgicas Electivas y Urgencia, Trifrontera 56
Tabla 19: Cirugías Mayores de Urgencia y Electiva, Trifrontera, 2000 57
Tabla 20: Camas en Trabajo/Disponibles de Trifrontera para atención de beneficiarios del sistema público, 2000 58
Tabla 21: Egresos Hospitales Trifrontera 58
Tabla 22: Evolución Egresos Clínica Quirúrgica, Hospitales Trifrontera 59
Tabla 23: Evolución Egresos Obstetricia, Hospitales Trifrontera 59
Tabla 24: Evolución Egresos Clínica Médica, Hospitales Trifrontera 60
Tabla 25: Evolución Egresos Pediatría, Hospitales Trifrontera 60
Tabla 26: Evolución Demanda de Camas (con I.O. 80%), Hospitales Trifrontera 60
Tabla 27: Evolución Brecha de Camas, Hospitales Trifrontera 61
Tabla 28: Composición Poblaciones Trifrontera, 2000 61
Tabla 29: Caracterización Cargos Médicos – Año 2000 – Municipio Foz de Iguazú, Hospital Ciudad del Este, Hospital Puerto Iguazú 64
Tabla 30: Disponibilidad de Médicos Sector Privado 65
Tabla 31: Disponibilidad Personal Profesional, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000 66
Tabla 32: Disponibilidad Personal Técnico, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000 66
Tabla 33: Disponibilidad Personal Auxiliar, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000 66
Tabla 34: Disponibilidad Personal con formación mínima, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000 67
Tabla 35: Caracterización del Mercado del Trabajo 68
Tabla 36: Cadastro Valorizado de Equipamiento Médico, Trifrontera 69
Tabla 37: Modelo de Atención Ambulatoria – Trifrontera 70
Tabla 38: Modelo de Atención Hospitalaria – Trifrontera 70

Tabla 39: Caracterización por Hospitales Convenio SUS, Foz de Iguazú, CDE y Puerto Iguazú, 2000 71
Tabla 40: Caracterización por establecimientos públicos de atención abierta, Trifrontera , 2001 72
Tabla 41: Componentes Red de Urgencia, Trifrontera, 2001 73
Tabla 42 Disponibilidad de servicios y unidades en clínicas privadas de Ciudad del Este y Foz de Iguazú, 2000 75
Tabla 43: Origen de la demanda, Foz de Iguazú, año 2000 77
Tabla 44: Análisis Origen – Destino Egresos Hospitalarios Trifrontera 78
Tabla 45: Hospitalizaciones de ciudadanos paraguayos en Hospitales de Foz de Iguazú, 2001 79
Tabla 46: Análisis Territorial Atención Primaria, Trifrontera, 2000 79
Tabla 47: Análisis Territorial Consultas de Urgencia, Trifrontera, 2000 80
Tabla 48: Análisis Territorial Consultas de Especialidad, Trifrontera, 2000 80
Tabla 49: Derivaciones Consultas Médicas de Especialidad, Municipio Foz de Iguazú, 2001 81
Tabla 50: Derivaciones de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, Municipio Foz de Iguazú, 2001 81
Tabla 51: Análisis Territorial Atención del Parto, Trifrontera, 2000 82
Tabla 52: Resumen Indicadores Análisis Territorial – Trifrontera, 2000 82

PREFACIO

Esta edición bilíngüe del "Estudio de la Red de Servicios de Salud en la Región de la Frontera: Argentina – Brasil – Paraguay – 2001-2002" es fruto de la asociación de las Representaciones de la Organización Panamericana de la Salud de estos tres países y de sus respectivos Ministerios de Salud.

La presente publicación estableció un diagnóstico de la situación de los servicios de salud de las ciudades fronterizas de Puerto Iguazú/Argentina, Foz de Iguazú/Brasil y Ciudad del Este/Paraguay. Bajo este diagnóstico, fueron apuntadas propuestas de planificación del sector salud, con miras a su calidad propulsora de desarrollo sustentable y de integración económico-social de las regiones de frontera.

Estudiar la dimensión internacional de los servicios de salud en municipios de la frontera implica el establecimiento de una nueva lógica de las relaciones entre los países, con cambios en el campo social y cultural. En ese sentido, todo conocimiento sobre la zona de frontera de estos países, local privilegiado de las transformaciones que formarán parte del proceso de integración, se reviste de particular importancia. En el campo de la salud, estudiar esos espacios contribuirá para planear y fortalecer estrategias de atención a estas poblaciones y diseñar y formular nuevos y mas efectivos caminos hacia la Salud para Todos.

Considerando las dimensiones históricas, sociales, culturales, económicas y políticas entre las diferentes poblaciones fronterizas, la Organización Panamericana de la Salud espera, a través de esta publicación, fomentar acciones de integración en el ámbito del Mercado Común del Cono Sur (MERCOSUR) y de otros países interesados, estimulando el debate de políticas de salud que aporten el mayor rédito al bienestar de la población.

Juan Manuel Sotelo Figueiredo
Representante de la OPS/OMS en Argentina

Antonio Horacio Toro
Representante de la OPS/OMS en Brasil

Carmen Rosa Serrano
Representante de la OPS/OMS en el Paraguay

I. Resumen Ejecutivo

El área de frontera entre Argentina – Brasil – Paraguay, constituida por las ciudades de Puerto Iguazú, Foz de Iguazú (Foz) y Ciudad del Este (CDE), es un sector con un importante flujo de personas entre los tres países, el que tiene impacto en la demanda de atención de salud de los tres países, en un grado que es necesario conocer.

Con este fin se contrató una consultoría que en primer lugar permitiera establecer un diagnóstico de la situación de los sistemas de salud en las tres ciudades fronterizas a partir del cual fuera posible establecer una propuesta trinacional para solucionar los principales problemas de interés común.

Para llevar adelante el estudio se aplicó la metodología de análisis de Red Asistencial elaborado y aplicado en Chile por los técnicos del Ministerio de Salud. Ella consistió en la elaboración y aplicación de una pauta de recolección de información, asociada a la visita de los consultores a los tres países. De la información requerida, no fue posible contar con la totalidad de ella, sin embargo se pudo establecer un nivel que permite realizar análisis y propuestas para la región.

El estudio abarcó las ciudades de la trifrontera (Ciudad del Este, Foz de Iguazú y Puerto Iguazú) y de la bifrontera (Posadas y Encarnación). Para cada ciudad se elaboró un documento específico, de los cuales sólo se agrega un resumen final en el presente documento. Además se elaboró un documento para la Bifrontera.

A continuación se describen las principales conclusiones y recomendaciones del estudio.

Conclusiones y recomendaciones generales

1. Calidad y Oportunidad de la Información

Dado que el estudio se construyó mayormente a partir de fuentes secundarias, un problema recurrente fue la calidad y oportunidad, respecto a la disponibilidad de registros; confiabilidad y suficiencia de los registros; método de cálculo de los indicadores; estimación de población; definición de términos y conceptos; homologación de términos entre países y validación de la información.

Recomendación

Es recomendable que en aquellas materias de interés común entre los tres países, el primer paso de la cooperación se centre en la generación de un sistema de información común, con definiciones, sistemas de recolección y de análisis de la información similares.

2. Perfil Epidemiológico y Prioridades Sanitarias

En los indicadores de mortalidad, CDE presenta una tasa de mortalidad general inferior a Foz y similar a Puerto Iguazú. De acuerdo a lo señalado por diversos profesionales consultados, se estima la existencia de subregistro de información de muertes en CDE, lo que hace poco confiable el dato. Sin embargo para todos los otros indicadores de mortalidad (Infantil, Neonatal, Materna), CDE presenta tasas significativamente superiores a sus vecinos, lo que indica un mayor nivel de daño.

Al analizar las causas de daño asociados a mortalidad, Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y perfil de consultas y egresos se observan algunos patrones comunes entre las tres ciudades y otros que son propios de cada una de ellas.

Dentro de los problemas que se repiten entre la tres ciudades se observa un patrón mixto compuesto por problemas asociados al embarazo y parto, violencias y otras derivadas de patologías crónicas no transmisibles asociadas al envejecimiento de la población (patología cardiovascular, diabetes y cáncer). Frente a estos problemas no existe una respuesta adecuada en todas las ciudades, en particular para los problemas del adulto en CDE.

Recomendaciones

Frente a este mix de problemas es recomendable establecer estrategias comunes de prevención y manejo de estos problemas de salud pública que podrían traducirse en el establecimiento de las **Prioridades Sanitarias de la Trifrontera**, que podrían incorporar dentro de los programas de colaboración entre países otros aspectos además de los de tipo infectocontagioso, que constituyen habitualmente el contenido central de este tipo de programa.

Este plan debería velar por la consistencia entre perfil de daño y acciones sanitarias (eficaces y eficientes) en sus diferentes niveles de aplicación (Promoción y prevención; Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; Cuidados paliativos), promoviendo la colaboración entre los países en materias especificas, tales como intercambio de información, estudios epidemiológicos, evaluación de programas y capacitación.

3. Cobertura Asistencial

Al analizar las consulta médicas es posible observar dos patrones, el primero, relacionado con las consultas de urgencia y el segundo con las consultas de tipo electivo. Para la atención de urgencia se observa una cobertura asistencial similar entre CDE y Foz, presentando Puerto Iguazú una mayor tasa de atención.

Al considerar las consultas médicas de atención primaria y de especialidad la cobertura de atención es similar entre Foz y Puerto Iguazú, sin embargo los valores observados en CDE son **muy inferiores** a sus vecinos. Si se considera el comportamiento programático se observa que tanto en Ciudad del Este como Puerto Iguazú hay una mayor cobertura maternal e infantil, con una menor cobertura del adulto. En Foz se observa un patrón inverso.

Paradójicamente la prestación que presenta menores inequidades en su distribución, entre las tres ciudades, son la cirugías mayores, que de por si son prestaciones de alto costo, dado el volumen y complejidad de los recursos requeridos para su manejo. Sin embargo hay una mezcla ineficiente de cirugías de urgencia y electivas en CDE y Foz, con un exceso de intervenciones de urgencia en relación a las electivas.

Al analizar la disponibilidad y uso de las camas hospitalarias, se observan igualmente dos patrones, uno al alza y otro a la baja. Los servicios que se encuentran a la baja son pediatría (a excepción de CDE) y obstetricia. Los servicios quirúrgicos presentan una tendencia al alza (salvo en Puerto Iguazú que los egresos están en descenso). Los servicios de medicina tienen un comportamiento más irregular siendo difícil establecer un patrón. Los ejercicios de optimización del recurso cama demuestran que existe capacidad ociosa en las tres ciudades.

Las diferencias de coberturas se asocian directamente a la disponibilidad de recursos asistenciales, así como la disponibilidad de médicos asistenciales x 1000 beneficiarios, es de 0,75 en Puerto Iguazú, 0,36 en Foz (solo médicos de atención ambulatoria) y 0,31 en Ciudad del Este.

Recomendaciones

En este contexto es recomendable aplicar estrategias de reconversión de camas, de manera de contar con un pool de camas (camas indiferenciadas) que permita establecer compensaciones entre servicios de baja demanda (que presentan exceso de camas)con los de alta demanda (donde existe un déficit, ej. Cirugía).

4. Funcionamiento de la Red

El mayor desarrollo de la red se verifica en Foz y Puerto Iguazú, lo que está dado por los recursos y organización disponibles. Sin embargo la **articulación de la red** es insuficiente en las tres ciudades.

En Puerto Iguazú y CDE no hay una regulación explícita entre el nivel primario y la atención de especialidad, lo que genera ineficiencia en el uso de los recursos, al estar los especialistas abiertos a la atención de morbilidad general. A pesar que en Foz existe una jerarquización de este proceso, el déficit se genera en la articulación con el nivel hospitalario de Santa Casa, el que tiene su propia lógica de funcionamiento.

Respecto a la red de urgencia, solo Foz cuenta con todos los niveles y capacidades asistenciales instalados, teniendo CDE y Puerto Iguazú una menor complejidad asistencial.

Respecto a los prestadores privados, tanto CDE como Foz tienen una amplia gama de ellos. En el CDE los privados tienen una complejidad superior a la existente en el hospital público, sin embargo el acceso a ellos está limitada por la disponibilidad de recursos. En el caso de Foz, gran parte de los privados son parte de la red del Sistema Unico de Salud (SUS).

Recomendaciones

Las principales recomendaciones en estas materias se relacionan con la generación de instancias de articulación de la red que verifique la oportunidad y pertinencia de los procesos de derivación y contraderivación, además de optimizar el conjunto de recursos disponibles para la atención. La generación de este tipo de iniciativas puede permitir optimizar un volumen considerable de recursos y redestinarlo hacia áreas de atención falentes.

Conclusiones y recomendaciones específicas

La información disponible indica que la mayor transferencia de atención se genera entre CDE y Foz. A pesar de que en Puerto Iguazú se atiende también a ciudadanos de Paraguay, este número es relativamente pequeño en comparación con los flujos existentes hacia Foz.

La atención que los ciudadanos de Paraguay solicitan en Foz equivale entre un 5 y 55% de las prestaciones producidas en CDE, constituyendo la Atención Primaria y de Especialidad las más demandadas por la población paraguaya. Es igualmente para estas prestaciones donde hay mayor diferencia entre CDE y Foz, por lo que se estima que este déficit de CDE es manejado por la población a través de la derivación de su consulta hacia Foz. Cabe destacar que esta demanda **es espontánea**, es decir no está regulada por derivación desde el hospital de CDE a Foz, siendo las solicitudes formales de derivación muy escasas y limitadas a atenciones de urgencia.

A pesar de que en CDE existe una alta disponibilidad de prestadores privados, la población concurre a Foz para ser atendida. Ello probablemente se explica por el pago por las prestaciones que el sistema privado exige. Criterio que también se aplica en una escala menor en los establecimientos públicos donde la gratuidad es una potestad de la autoridad y no un derecho.

Toda propuesta de regulación en esta materia debe considerar que los elementos que condicionan la derivación de la demanda desde CDE a Foz responden a aspectos estructurales como son la disponibilidad general de recursos en Paraguay (la que es menor que en Brasil) y a las políticas de salud pública del país, que determinan las prioridades nacionales y los criterios de distribución de recursos.

El patrón migratorio observado es múltiple, tanto a nivel de trabajadores, estudiantes y familias, que se asocian a grupos humanos con fuertes lazos sociales, comerciales y laborales entre grupos a ambos lados de la frontera. En este contexto los temas de salud no pueden ser manejados de manera independiente a otras situaciones de la frontera, en particular a los aspectos sociales y culturales señalados anteriormente además de los aspectos económicos involucrados, de manera que si se pretende incorporar regulaciones al proceso de atención en salud, se pueda estimar el impacto en otras áreas.

Frente a esta situación existen diversas propuestas a analizar por los niveles locales y nacionales.

1. Decisiones de nivel local

Sin perjuicio que las relaciones entre países están reguladas por los niveles centrales de cada gobierno nacional, existen un conjunto de acciones que pueden ser materializadas a nivel local, ya que tienen como trasfondo la optimización de los recursos disponibles en la ciudad o región, para ello se recomienda considerar:

a) Establecimiento de sistemas de comunicación e intercambio fluído entre los países, que representa el primer paso para una coordinación de esfuerzos mayores.

b) Incorporar inicialmente en este proceso los siguientes temas: vigilancia epidemiológica; uso de servicios, preparación colectiva para emergencias y catástrofes.

c) Elaboración de programa de trabajo que enmarque las diversas acciones y programas, ej Plan de Prioridades Sanitarias de la Trifrontera, el que debe incorporar al menos: estandarización de sistemas de información; unificación de los sistemas de proyección demográfica; establecimiento de estrategias conjuntas de formulación y evaluación de los programas de salud; establecer redes de cooperación técnica y colaboración en torno a los problemas prioritarios ej. Atención de urgencias con riesgo vital; programas de capacitación tanto en temas clínicos como de gestión de servicios.

2. Decisiones de nivel nacional

Los niveles nacionales son los responsables de establecer el marco político en que se desempeñan los niveles regionales y locales, en este sentido establecen las prioridades sanitarias nacionales y los mecanismos de financiamiento para su consecución.

(a) Ámbito Programático

Respecto a la cobertura programática un aspecto que merece ser revisado por el Ministerio de Salud de Paraguay es el relacionado con la Atención Primaria, ya que su cobertura debería ser asegurada por el estado para el 100% de la población. El tema de la especialidad puede ser atendible, dado que se requiere de recursos de mayor costo para su desarrollo.

(b) Ámbito de Gestión

Es recomendable la revisión de las propuestas de articulación de las redes en cada país, ya que de acuerdo al diagnóstico descrito anteriormente, en cada uno de los países existen diversos problemas en la gestión de las redes locales.

Además es recomendable la incorporación de indicadores de eficacia y eficiencia del sistema de salud, de manera de optimizar los recursos disponibles.

(c) Ámbito Financiero

Una de las expectativas planteadas durante el estudio ha sido la compensación de intercambio entre los países ya sean monetarias o no monetarias, de acuerdo a la absorción de demanda de atención. Sin embargo dada la inequidad socioeconómica que se refleja en los indicadores de salud y la menor disponibilidad de recursos en Ciudad del Este en comparación con Foz, hacen difícil sustentar una propuesta de esta naturaleza. A lo anterior se suma el hecho que la mayor parte de las consultas en Foz son **espontáneas**, es decir no han sido solicitadas formalmente.

Sin perjuicio de que este es uno de los temas más polémicos es conveniente tener dentro del análisis, la factibilidad económica, legal y social de implementarlas en ambos países.

Las principales alternativas que se debería considerar si se desea avanzar en esta materia son:

- Cobro directo a los usuarios extranjeros.
- Cobro por parte del municipio de Foz a los estados de los cuales provengan los consultantes.
- Cobro por parte del municipio de Foz al Gobierno Federal.
- Generación, por parte de Ciudad del Este, de prestaciones que sirvan de moneda de intercambio con Foz.
- No establecer ningún sistema de intercambio.

II. Antecedentes

Las autoridades sanitarias de Argentina, Brasil y Paraguay han evidenciado frecuentemente la necesidad de trabajar conjuntamente para realizar actividades de prevención y control de los problemas de salud prevalentes en el área de la triple frontera. Por tal motivo se han realizado una serie de acciones durante los últimos años que habitualmente responden a emergencias epidemiológicas, habiendo sido la mayoría de las veces acciones aisladas y de alto costo con relación a los resultados, por lo que se ha visto la necesidad de mejorar la coordinación de estas acciones entre los tres países.

En base a esto, a inicios del 2000, los países solicitaron a la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) su participación para catalizar la cooperación técnica entre los países y la movilización de recursos que contribuyan a la ejecución coordinada de las actividades relacionadas con los problemas de salud comunes.

En respuesta a esta solicitud, la OPS/OMS inició su compromiso convocando a participantes de los diferentes niveles, nacional, regional y local de los tres países para la identificación de problemas comunes en salud y definir las acciones de cooperación a realizar. Como resultado surgió un documento de Cooperación Técnica entre Países (TCC) en el que se definen las áreas de cooperación de acuerdo a los problemas prioritarios, estos fueron:

1. Falta de unificación de datos básicos de vigilancia epidemiológica para las tres fronteras.
2. Falta de coordinación de las actividades de Malaria, Dengue, Fiebre Amarilla, Leishmaniasis.
3. Falta de coordinación para prevención y control de la rabia en las tres fronteras.
4. Red de salud inadecuada para la asistencia básica de casos con ETS/SIDA.
5. Deficiencias en el registro de la información y vigilancia epidemiológica, con diferentes esquemas de vacunación entre las fronteras, así como problemas en la disponibilidad oportuna de biológicos.
6. Falta conocer la capacidad de respuesta de los servicios de atención de salud en la región.
7. Existencia de las condiciones favorables para el desarrollo de un brote epidémico de cólera.

Es en respuesta al problema 6, donde se enmarcó el presente estudio sobre la red funcional de los servicios de salud de la triple frontera.

A. Términos de Referencia de la Consultoría

1. Contexto

El área de frontera entre Argentina – Brasil – Paraguay, constituida por las ciudades de Puerto Iguazú, Foz de Iguazú y Ciudad del Este, además de Posadas (Argentina) y Encarnación (Paraguay) en la frontera sur, es un sector con un importante flujo de personas entre los tres países, lo que se ve facilitado por las buenas condiciones de accesibilidad y ausencia de factores que restrinjan este flujo.

Este flujo de personas tiene impacto en la demanda de atención de salud de los tres países, en un grado que es necesario conocer.

Se estima que existen diversos grados de desarrollo de los sistemas de salud en los tres países y que las coberturas son igualmente diferentes.

2. Propósito

Contar con una propuesta trinacional para solucionar los principales problemas de interés común. Para ello se considera describir la situación de los sistemas de salud en las tres ciudades fronterizas y su área de influencia (además de la frontera sur entre Argentina y Paraguay), realizar su análisis y proponer el funcionamiento en "red de frontera" más adecuada que la actual, con énfasis en la atención materno infantil.

3. Objetivos

a. Elaborar el diagnóstico de la capacidad actual de producción sanitaria de los establecimientos hospitalarios y de la red estructural-funcional de atención de los sectores públicos y privados.

b. Establecer propuestas de desarrollo sanitario en red y cooperación entre los países que permitan optimizar los recursos actuales y orientar futuros desarrollos.

B. Desarrollo de la Consultoría

La propuesta de trabajo contempló el diseño de una pauta de recolección de información por parte de los consultores a partir de su experiencia en los Estudios de Red Asistencial de Chile. El marco teórico y sus contenidos se describen en el capítulo de Metodología.

La encuesta fue validada en el mes de septiembre del año 2001 a partir de talleres efectuados en la bi y trifrontera. La aplicación se efectuó a nivel local a partir de fuentes primarias y secundarias en las siguientes áreas:

- Perfil epidemiológico
- Producción
- Población
- Recursos Humanos
- Infraestructura
- Equipamiento
- Recursos Financieros
- Modelo Estructural y Funcional de la Red

El diseño contemplaba que los equipos locales completaran la pauta de recolección de información y la remitieran vía internet a los consultores. En el mes de noviembre 2001 se efectuó una segunda visita y se culminó con un taller en abril del 2002.

Dada la responsabilidad de los equipos locales se conformó un equipo de trabajo por ciudad, identificando a su vez responsables temáticos, los que debían levantar y validar la información solicitada por los consultores.

En el siguiente cuadro se presenta a los responsables de la consultoría, OPS y equipo locales:

Area	Responsables
Consultor Jefe	Ignacio Astorga
Consultor	Ana María Pinto
Consultor	Marco Figueroa
OPS Brasil	Eduardo Guerrero
OPS Paraguay	Armando Guemes
OPS Argentina	Antonio Azevedo
Responsable Foz	Mauro Fujiwara
Responsable CDE	Eugenio Gamarra
Responsable Puerto Iguazú	Aldo Strianese

De la información solicitada no fue posible obtener su totalidad, lo que limitó la posibilidad de un mayor análisis, en particular en las áreas de infraestructura, financiera y productiva.

Como productos de la consultoría se elaboró un informe para cada ciudad (5), un informe de la Trifrontera (Puerto Iguazú – Ciudad del Este – Foz de Iguazú) y un informe de Bifrontera (Posadas – Encarnación). Estos informes desarrollan un análisis combinado de las variables en estudio.

III. Contexto de los países y la frontera

A. Perfil de los países

En la siguiente ficha técnica se presenta un perfil comparativo de los principales indicadores sociales, económicos y del sistema de salud de los países en estudio. Cabe destacar que los valores de Argentina corresponden al año 2000, previo a la actual crisis económica.

Tabla 1: Ficha Técnica General por país: Argentina, Brasil, Paraguay

	Argentina	Brasil	Paraguay
I. Contexto			
1. Población Total 2000	37.031.802	172.236.000	5.636.000
2. Población Urbana/Rural 2000	89,6% – 10,4%	79,9% – 20,1%	56.1% – 43,9%
3. Tasa Crecimiento Promedio Anual por 1.000 habitantes	11,9	12,4	24,6
4. Tasa Desempleo 1997	13,7%	n.d.	9,8%
5. % Población > 15 años Analfabeta 2000	3,1%	14,7%	6,7%
6. Nivel escolaridad 2000	n.d.		4,9 años
7. Proporción de población bajo línea de pobreza – indigencia 1999	19,7% – 4,8% (área urbana)	37,5% – 12,9%	51,7% -33,9%
8. Razón ingreso 20% superior – 20% inferior	12,6%	25,5%	27,1%
9. Gasto Público Social /habitante (US$ 1997)	US$ 1.687	US$ 1.101	US$ 132
10. Gasto Público en Salud como % PIB 1997	3,8%	5,1%	4%
11. Esperanza de vida al nacer 2000 – 2005	Total: 74,4 H: 70,6 M: 77,7	Total: 69,03 H: 65,5 M: 73,3	Total: 70,8 H: 68,6 M: 73,1
12. Relación niños/mujeres 2000	37,8%	33,2%	57%
13. Relación viejos/jóvenes 2000	35%	18%	8,8%
14. Población con acceso agua potable y saneamiento 1995	65% – 75%	74% – 62%	42% – 10%
II. Problemas de Salud			
15. Tasa Bruta de Natalidad por 1.000 habitantes 2000 – 2005	19,1	19,2	29,6
16. Tasa Global de Fecundidad 2000 – 2005	2,4 hijos por mujer	2,1 hijos por mujer	3,8 hijos por mujer
17. Tasa Bruta Mortalidad por 1.000 habitantes 2000 – 2005	7,8	6,8	5,1
18. Principales causas Mortalidad General 1998	1º Enf. del corazón 2° Tumores 3° Cerebrovascular	1º Enf. A. Circulatorio 2º Enf. Infecciosas y Parasítarias 3º Enf. Genito-Urinarias	1º Enf. del corazón 2º Cerebrovascular 3º Tumores

	Argentina	Brasil	Paraguay
19. Tasa Mortalidad Infantil < 1 año por 1.000 nacidos vivos 2001	17,6	33,1	19,4
20. Principales causas Mortalidad Infantil 1999	1° Afecciones Perinatales 2° Anomalías Congénitas 3° Neumonía e Influenza	1°Afecciones Perinatales 2° Neumonía 3° Diarrea	1º Lesiones debidas al parto 2º Infecciones del recién nacido 3º Neumonía e influenza
21. Mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos 2001	41	59,1	114,4
22. Principales causas Mortalidad Materna	1º Consecuencias del Aborto 2° Cuidado Prenatal 3° Atención del Parto	S/I	1º Consecuencias del Aborto 2º Toxemia 3º Hemorragia
23. Principales causas de Morbilidad General	S/I	1º Embarazo, Parto y Puerperio 2º Respiratorias 3º Circulatorias	1º Enf. Infectocontagiosas, diarreicas y parasítarias 2º Respiratorias agudas y desnutrición 3º Cardiopatías, Tumores y accidentes
III. Cobertura			
24. % partos atendidos por profesional 1998	97%	50%	60%
25. Razón médicos/ 10.000 hbtes. 2001	26,8	12,7	4,9
26. Cobertura de población por tipo de seguro	S/I	SUS: 75% Privados: 20%	Ministerio: 63% Privados: 15% I.P.S.: 13% Otros: 9%
IV. Recursos de la Red Asistencial			
27. Actividades de Atención en Salud			
• Nº Consultas Médicas de At. Primaria per cápita	74.119.749 consultas médicas	1.8 (T: 292.162.123) consultas médicas	2.544.482
•Nº Consultas Médicas de Especialidad per cápita	S/I	S/I	S/I
• Nº Consultas Médicas de Urgencia Hospitales per cápita	S/I	S/I	S/I
• Nº Intervenciones Quirúrgicas	S/I	S/I	S/I
• Nº Egresos Hospitalarios 1997	2.122.689	11.772.367	94.696
28. Camas Hospitalarias			
• Nº Camas Total por 1.000 hbtes.	4,5 (Total: 155.749)	3,6 (Total: 544.357)	1,5 (Total: 6.655)
• Nº Camas Públicas	84.104	136.089	S/I
• Nº Camas Privadas	67.128	408.268	S/I

	Argentina	Brasil	Paraguay
29. Establecimientos Públicos de Salud			
• Nº Hospitales	824	2.076	72
• Nº Centros de Salud y Ambulatorios	Nd	21.684[1]	137
• Nº Puestos de Salud	Nd	Nd	477
• Nº Dispensarios	Nd	Nd	35
• Nº Unidades Sanitarias	Nd	Nd	20
• Nº Puestos Sanitarios	Nd	Nd	40
• Nº Servicios de Emergencia	Nd	3.207	Nd
30. Establecimientos Privados de Salud	Nd	Nd	Nd
• Nº Clínicas, Centros e Institutos	Nd	17.719[2]	363
• Nº Sanatorios y Hospitales	Nd	5.339	145
• Nº Consultorios	Nd	8.406	474
• Nº Servicios de Emergencia		5.234	15

Fuente:

Estimación y Proyecciones de Población 1950 – 2050, Boletín Demográfico Nº 69 América Latina y Caribe, Febrero 2002. CEPAL – CELADE

Panorama Social de América Latina 2000 – 2001, Septiembre 2001. CEPAL

Nd: Información no disponible

B. Perfil de los servicios públicos

1. Argentina

El sistema de servicios de salud está fundamentalmente orientado hacia la atención médica curativa de la enfermedad y centrado en la institución hospitalaria. En la mayoría de las jurisdicciones en las que se impulsó, la estrategia de la atención primaria de salud se organizó como "programas" del primer nivel de atención.

El subsector público u oficial provee los servicios a través de la red pública. En 1991 culminó el largo proceso de descentralización hospitalaria y se confirió flexibilidad administrativa a los directores.

En diciembre de 1996 se realizó una reestructuración del Ministerio de Salud y Acción Social, que quedó constituido por la Secretaría de Políticas y Regulación de Salud y la Secretaría de Programas de Salud.

Las obras sociales están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio que incluye, además de las prestaciones de servicios de salud, otros beneficios sociales. Se financian con los aportes de los trabajadores y de los empleadores.

El Gobierno impulsa la desregulación del sector para facilitar la competencia de las obras sociales entre sí y con las compañías de salud privadas (prepagas), estimular la elección de la obra social por parte de los afiliados y garantizar que todas brinden una cobertura obligatoria que incluye las principales prestaciones, diagnósticos y tratamientos (PMO).

[1] Incluye: centros ambulatorios, centros diagnósticos, centros terapéuticos, centros de psiquiatría; todos Públicos

[2] Incluye: centros diagnósticos, centros terapéuticos, centros de psiquiatría; todos Privados

El subsector privado está compuesto por dos grandes grupos, los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a obras sociales o a sistemas privados de medicina prepaga y los establecimientos asistenciales contratados por las obras sociales.

En Argentina se identifican: i) un subsector público, con financiamiento y provisión públicas; ii) un subsector de seguro social obligatorio organizado en torno a las Obras Sociales (OS), y iii) un subsector privado con modalidades de seguro voluntario prepago que se organiza según los cálculos de riesgo actuarial o de pago directo por prestación.

El subsector público u oficial provee los servicios a través de la red pública de establecimientos de salud. En la actualidad los servicios provinciales y municipales, poseen la infraestructura más extendida en el territorio nacional y atienden a: i) los grupos de menores ingresos sin cobertura de la seguridad social y a aquellos que tienen limitaciones de acceso o geográficas; ii) a los beneficiarios de las OS; iii) a los sectores sociales con mayor capacidad de pago atraídos por el prestigio institucional; y, iv) a las emergencias y accidentes. También ejercen funciones de educación médica. El subsector público sigue siendo el principal proveedor de servicios de emergencias y de atención a enfermos psiquiátricos y crónicos. Los servicios públicos gratuitos han debido afrontar la mayor demanda derivada del deterioro de la cobertura de muchas de las OS, mediante un mecanismo de subsidio público a la seguridad social.

El Hospital Público de Autogestión (HPA) propone un nuevo modelo de atención médica. Basa su acción en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), las tareas asístenciales, de docencia e investigación, las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud así como en la articulación con otros establecimientos en forma de redes de servicios de salud. Con relación a los pacientes que tienen algún tipo de cobertura, el HPA está autorizado a cobrar a terceros pagadores, sean de la Seguridad Social u otro tipo de Seguro. Dado que la mayoría de los Hospitales no pertenecen al Gobierno Central, su inscripción en el registro nacional de HPA ha dependido de la decisión de Provincias y Municipios. A mediados de 1998, se habían incorporado a dicho registro 1.082 hospitales públicos (82% del total) de la mayoría de las jurisdicciones.

Las Obras Sociales (OS) están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio. Se financian con aportes de los trabajadores y de los empleadores. Muchas de ellas no proveen servicios directamente pero subcontratan en el subsector privado. En 1994 existían alrededor de 300 entidades que manejaban un total de 2,5 billones de dólares. Los Decretos de desregulación de las OS y de control de la medicina prepaga firmados en octubre de 1996, permiten a las Empresas de Medicina Prepaga (EMP) actuar como OS. En consecuencia, deberán tener el mismo tipo de control que aquellas, contar con solvencia económica y financiera y reunir ciertos requisitos de calidad de atención.

El subsector privado está compuesto por los profesionales y los establecimientos asistenciales privados que prestan servicios independientes a pacientes particulares con capacidad de pago, a asociados a las OS o a usuarios de las EMP. Se calcula que hay más de 200 EMP, fundamentalmente concentradas en las grandes ciudades.

Tratándose de un país federal es posible encontrar gran diversidad de formas de organización y gestión, dependiendo de las características de cada gobierno provincial. Unas privilegian la conducción y manejo en los Ministerios de Salud Provinciales (MSP); otras propician la desconcentración de los MSP en entes regionales o zonales y locales; y otras descentralizan los servicios hacia los niveles municipales. De acuerdo con su normativa, los HPA pueden integrar redes de servicios de salud con otros establecimientos asistenciales públicos o privados debidamente habilitados por la autoridad competente, previa autorización de la autoridad jurisdiccional. Además, está previsto organizar redes de establecimientos por niveles de resolución del riesgo del paciente

Dada la superposición de categorías y la existencia de duplicidades, la cobertura de salud de la población es difícil de estimar. Sin embargo, según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, alrededor de 62,2% de la población posee algún tipo de cobertura.

Servicios ambulatorios, hospitalarios y de urgencia

En la actualidad, el hospital público presta atención a indigentes, provee servicios a los beneficiarios de las obras sociales con un retorno financiero, atiende la demanda de sectores sociales con mayor capacidad de pago y cubre emergencias y accidentes al tiempo que ejerce funciones de escuela médica. El subsector público sigue siendo el principal proveedor de servicios de emergencias y psiquiátricos, y de atención a los enfermos crónicos.

De un sistema de facturación, liquidación y pago por acto médico se pasó a un sistema por capitación en el que el riesgo se concentra en la organización prestadora de servicios médicos. En resumen, el subsector privado aumentó su participación en la provisión de servicios de atención de salud, mientras que la contribución del subsector público y de las obras sociales disminuyó a causa de la contracción fiscal, el descenso de los niveles salariales, el desempleo y la reducción de los aportes patronales.

A partir de la fusión de la ANSSAL, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) y la Dirección Nacional de Obras Sociales (DINOS), se creó la Superintendencia Nacional de Servicios de Salud en la órbita del Ministerio de Salud y Acción Social, como organismo descentralizado. Este ente, que goza de autarquía administrativa, económica y financiera, cumplirá las funciones de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud. Esta Superintendencia orientará su acción hacia la fiscalización del PMO y del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica en los entes comprendidos por el sistema, el control del cumplimiento de las disposiciones relativas al Hospital Público de Autogestión y la supervisión del cumplimiento del ejercicio del derecho a elegir libremente la obra social.

La reconversión de las obras sociales condujo a la concepción del Plan Médico Obligatorio (PMO).

2. Brasil

La cobertura de los servicios públicos de salud, complementados por servicios privados contratados por el Gobierno bajo la responsabilidad del SUS, llega al 75% de la población. En los servicios hospitalarios el sistema se basa predominantemente en el reembolso público de los servicios prestados por entidades privadas (80% de los establecimientos hospitalarios que prestan servicios al SUS son privados). Por otro lado, 75% de la asistencia ambulatoria prestada por el SUS es producida por los establecimientos públicos. La cobertura de los planes y seguros privados alcanzó en 1995 a 20% de la población brasileña, unos 34 millones de personas, y una inversión de US$ 6.400 millones.

Las directrices para la operacionalización del SUS se establecen en las normas operativas básicas (NOB) validadas por la legislación orgánica de salud. Actualmente está en ejecución la NOB 01/96, que además de consolidar el ejercicio por parte del poder público municipal y del Distrito Federal, de las funciones de gestión y de la gerencia de la prestación de servicios a sus habitantes, promueve el proceso de descentralización determinando mecanismos para la transferencia automática de recursos federales a los estados y municipios. También fortalece los procesos de gestión compartida entre el Gobierno Federal y los gobiernos estatales y municipales, a través de las comisiones intergestoras tripartitas y bipartitas. La comisión intergestora tripartita está constituida paritariamente por representantes del Ministerio de Salud, del Consejo Nacional de Secretarios Estatales de Salud y del Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud.

La autorización para el ejercicio profesional en las diversas carreras de salud corresponde a los respectivos consejos profesionales, autarquías públicas, creadas por ley y con autonomía para controlar y fiscalizar el ejercicio de los profesionales de cada categoría en todo el territorio nacional. La regulación sanitaria referente a medicamentos, equipamientos, productos cosméticos y de limpieza la aplica la Secretaría de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud.

El Instituto Nacional de Control de Calidad en Salud es una unidad de la Fundación Oswaldo Cruz – Fiocruz que actua como referencia nacional para cuestiones tecnológicas y normativas, relativas al control de la calidad de insumos, productos, ambientes y servicios vinculados a la Vigilancia Sanitária.

El control de agrotóxicos está regulado por legislación intersectorial e involucra a los Ministerios de Salud, de Agricultura y del Ambiente, quedando la evaluación toxicológica bajo responsabilidad del sector salud.

El control de los alimentos es un componente del sistema nacional de vigilancia sanitaria. Existe legislación específica que establece las normas básicas de registro, control y rotulado, así como los patrones de identificación y calidad de los productos, la fiscalización y los procedimientos administrativos pertinentes.

3. Paraguay

El Consejo Nacional de Salud, constituido por instituciones claves del sector y presidido por el Ministro de Salud, tiene la responsabilidad legal de coordinar y controlar los planes, programas y actividades de las instituciones públicas y privadas en el sector. La atención de la salud es responsabilidad de tres subsectores. El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, la Sanidad Municipal, la Corporación de Obras Sanitarias y el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción.

En el subsector paraestatal se integran el Instituto de Previsión Social (IPS), la Cruz Roja Paraguaya y el Hospital de la Universidad Católica de Nuestra Señora de la Asunción. El subsector privado, unificado en la Asociación de Hospitales, Sanatorios y Clínicas Privadas, está conformado por múltiples centros privados, laboratorios farmacéuticos y farmacias, el que ha tenido un gran crecimiento en los últimos 10 años. Al Ministerio le corresponde legalmente atender a toda la población no cubierta por otras instituciones del sector, especialmente los grupos más vulnerables y de escasos recursos económicos. Del total de la población nacional, el Ministerio de Salud Pública da cobertura al 63%; los servicios privados al 15%; la Sanidad Militar cubre alrededor del 3%; la Sanidad Policial a menos del 1%; el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción atiende aproximadamente al 5%. El Instituto de Previsión Social (IPS) es responsable de la atención de salud de alrededor del 13% de la población y en relación con los riesgos asociados con las enfermedades ocupacionales, los accidentes, la invalidez y la vejez.

Tanto el Ministerio como el IPS están organizados en un sistema regionalizado, con diferentes niveles de complejidad. A la sanidad de los municipios le corresponde atender aspectos de salud pública tales como la recolección de los residuos domiciliarios, la desinfección de locales públicos y otros.

C. Caracterización de las Migraciones Transfronterizas: Argentina – Brasil – Paraguay

La migración entre las ciudades fronterizas de Argentina – Brasil – Paraguay ha aumentado de manera significativa en estos últimos años, particularmente en el circuito Puerto Iguazú, Foz de Iguazú y Ciudad del Este y, entre las ciudades fronterizas de Posadas y Encarnación.

Este comportamiento migratorio queda reflejado en el mayor crecimiento – en el período intercensal 1982-1992 – de los núcleos urbanos paraguayos asentados en las fronteras del país con Argentina y con Brasil, desplazando a los centros urbanos cabeceras de distritos donde se expandía la frontera agrícola en el decenio intercensal inmediatamente anterior[3].

Distintos estudiosos del tema concuerdan en que los patrones migratorios transfronterizos recientes incorporan nuevos comportamientos a los característicos de las décadas sesenta y setenta, esto es flujos en los cuales, independientemente de su lugar de origen y destino, las distancias son más cortas y sobre todo la duración es menor. En estos casos opera la función de utilidad de la migración, donde el individuo hace una comparación entre los niveles de utilidad del actual lugar de residencia con los demás sitios alternativos conocidos, incorpora factores materiales o tangibles (ingreso, posibilidades de empleo, poder de compra, etc.) y factores no materiales o intangibles, tales como aceptación social, conducta cultural o idioma.

Los factores tangibles han estado fuertemente influidos por las condiciones económicas de los países, así los más importantes son:

i. la dolarización de la economía argentina
ii. la tradicional "apertura de mercado" que ha caracterizado a la economía paraguaya en virtud del contrabando, lo que permitió un activo "comercio de frontera" que introduce al mercado argentino y Brasileño mercaderías de extrazona ilegalmente ingresados al Paraguay, o productos paraguayos con algún valor de mano de obra incorporado (confecciones, muebles y otros), y de regreso incorpora al mercado paraguayo productos de los países vecinos que tienen precios competitivos.
iii. la fuerte crisis recesiva que afecta a la economía paraguaya, en particular al sector agrícola aumentando la migración rural – urbana con la concomitante incapacidad de la economía urbana de generar empleo.
iv. los sucesivos "blanqueos" o amnistías migratorias dictadas por los gobiernos argentinos para regularizar la situación migratoria de los ilegales.

Respecto a lo factores intangibles mencionados anteriormente, están las raíces históricas y culturales comunes a las zonas en estudio, particularmente en las provincias de Misiones, Corrientes y el Chaco, donde existían asentamientos con importante vocación agrícola y algodonera explotadas por familias paraguayas en la década del 30 y 40, generando además una fuerte demanda estacional de cosecheros. Esto ha permitido que en estas fronteras convivan diferentes grupos sociales constituyendo una suerte de interfase política, económica y cultural que permite el desarrollo de una endocultura propia con ideas, costumbres, tradiciones y gustos que si bien son propios de cada país, incorporan especificidades de Argentina, Brasil y Paraguay. Este rasgo pertenece a la sociedad fronteriza y se expresa a través de una convivencia cotidiana de la población paraguaya establecida no migrante, por ejemplo, con servicios ofrecidos del otro lado (Brasil y Argentina) como asistencia a la escuela, acceso a postas médicas y

[3] Las ciudades paraguayas de mayor crecimiento en el decenio 1982-1992 son el área Metropolitana de asunción, Ciudad del Este, Encarnación y Pedro Juan Caballero, que han superado en algunos casos el crecimiento de los asentamientos que hacen de cabecera de distritos de apertura de frontera agrícola.

hospitales, a atención de urgencia hospitalaria (un importante número de mujeres paraguayas se atienden de urgencia en Brasil para sus partos), acceso a seguridad social del otro país por doble registro de nacimiento y otros.

Los factores mencionados y la habilitación de nueva infraestructura vial y medios de transporte expeditos han dado como resultado, además del mayor crecimiento de las ciudades fronterizas y el aumento del flujo migratorio, el surgimiento de nuevas figuras migratorias donde su origen tiene relación con las distintas y nuevas dinámicas que se observan en la frontera. Además en estos ejes la nacionalidad pasa a ser una variable de menor importancia, ya que en estas áreas de interfase se profundizan los intercambios y es frecuente la doble nacionalidad, procesos de hibridación cultural o de mezcla de nacionalidades. Esto último amplia el abanico de posibilidades de obtener beneficios de toda índole (salud, educación, salud, vivienda) y pasa a constituir una estrategia de supervivencia familiar.

Una tipología de migración transfronteriza señala dos categorías generales:

i. los que residen habitualmente en ciudades fronterizas y que migran por largo tiempo o definitivamente y
ii. los que residen en ciudades fronterizas y que migran por día o por cortos períodos de tiempo promedio.

En el caso de las ciudades en estudio se observan las dos categorías señaladas, pero con mayor peso porcentual los migrantes de corta duración.

En la primera categoría están los fronterizos nacionales, población que, aun cuando esta expuesta a influencias culturales y económicas del extranjero, tiene muy poco contacto con el otro lado, debido ya sea a su indiferencia por los vecinos, a su incapacidad o falta de motivación para actuar en otra sociedad diferente a la suya o, porque su ocupación y/o nivel socio-económico no le exige migrar. Este tipo de migrantes tiende a aumentar con el tamaño de la ciudad de frontera, toda vez que dichos núcleos urbanos ofrecen mayor y mejor alternativas de trabajo que no existen en los pueblos pequeños.

En la segunda categoría están los fronterizos binacionales o estacionales (núcleo Puerto Iguazú-Ciudad del Este-Foz de Iguazú y Posadas-Encarnación en menor medida), quienes mantienen un estrecho contacto con el otro lado y esta constituido principalmente por trabajadores, consumidores, estudiantes y familias que buscan acceder a servicios sociales y/o de salud. Los tipos de categorías encontradas son las siguientes:

Trabajador binacional

Son trabajadores que viven en un lado y trabajan diariamente en el otro lado. A esta categoría pertenecen los trabajadores del sector informal de la economía: vendedores ambulantes de verduras, chipa, golosinas, ropa y empleadas domésticas (su número es alto entre Posadas y Encarnación dado que en Encarnación no se consigue). Todas estas personas vuelven a la "tardecita". A éstos deben agregarse los que cruzan a pie o en vehículos particulares ("taxi-fletes y combis"). También están aquellos vinculados al paso de mercadería clandestina, aunque estos últimos en estricto sentido, no realizan migración.

Otro grupo de trabajadores binacionales de Paraguay a Brasil y Argentina son los que se dedican a la construcción (albañiles), principalmente en Posadas y Foz de Iguazú y, a servicios varios como: servicios de alquiler para fiestas bailables, cumpleaños o bodas donde se lleva desde Paraguay los equipos de sonido, menaje, platería, incluso comida preparada, etc. con personal especializado (disc jockeys) que regresan concluido el acontecimiento.

Existe un tercer grupo menos numeroso de comerciantes del sector formal, que residen tanto en Posadas como en Encarnación, en Foz como en Ciudad del Este, cruzan diariamente la frontera para atender sus negocios del otro lado. Tienen normalmente comercios similares o complementarios en ambos lados y desarrollan una estrategia de inversiones comerciales enteramente dependiente de las fluctuaciones de la moneda y de los precios internos de cada país involucrado. Es frecuente encontrar entre ellos comerciantes mayoristas.

Consumidor binacional

Esta modalidad se observa en las ciudades fronterizas y dependiendo del producto y las fluctuaciones de su precio, el flujo se orientará hacia uno u otro país. Las regulaciones aduaneras son más estrictas en Argentina y Brasil que en Paraguay, pero en la práctica se observan diversas prácticas que permiten eludir la aplicación de la normativa vigente: llegar a un "arreglo" con los vistas de aduana, transportar artículos prohibidos o fuertemente arancelados vía canoero (canoa por el río) u otro tipo de pasero. Esta figura del consumidor binacional se popularizó con la dolarización de la moneda argentina, por el avance de la corrupción de las autoridades aduaneras, por el avance de la crisis y la consecuente pérdida del poder adquisitivo de sus salarios en los respectivos países, especialmente en Paraguay y Argentina. "A Foz diariamente pasan personas a comprar frutas y verduras para revender en el mercado de Ciudad del Este. Los dueños de comedores, hoteles y almacenes viajan todos los días a Foz para traer carne de vacuno, pollos, huevos, embutidos, café, etc., existen personas que se dedican a llevar mercaderías sobre pedido desde Foz a Encarnación, Ciudad del Este.".

No esta cuantificado aún ni caracterizado el "consumo" binacional de otro tipo de bienes como es la atención de salud en el otro país, pero si se sabe que los paraguayos van a Foz para atenciones de urgencia, atención del parto y otros.

Estudiante binacional

A lo largo de las dos últimas décadas, se observa que el patrón de desplazamiento, en el caso paraguayo, se ha modificado. Antes el patrón era el traslado por períodos relativamente largos de estudiantes paraguayos a Argentina a cursar estudios universitarios, este flujo bajó principalmente por el aumento y diversificación de la oferta educativa en Paraguay y por las desfavorables condiciones económicas en la Argentina. Hoy se observa que alumnos paraguayos cruzan diariamente la frontera para asistir a escuelas primarias o secundarias en pueblos pequeños de argentina, en tanto que estudiantes universitarios argentinos y brasileños cruzan al Paraguay en aquellas ciudades en las que funciona alguna facultad. Por ejemplo a Ciudad del Este asiste una mayoría de brasileños a cursar carreras principalmente en universidades privadas. Los universitarios fronterizos argentinos se dirigen a Encarnación, donde algunos tienen contratos mensuales con ómnibus para que los trasladen diariamente desde Posadas.

Familia binacional

Es aquella constituida por miembros que tienen diferentes nacionalidades.

Familia transfronteriza

Es aquella que está compuesta por miembros de la misma nacionalidad, pero en la que algunos de sus miembros viven en lados diferentes de la frontera.

Familia binacional transfronteriza

Es aquella formada por una combinación de familia binacional y familia transfronteriza, y se sabe que es la más frecuente en el caso de los núcleos urbanos paraguayos fronterizos.

Las actividades económicas más frecuentes encontradas, se pueden categorizar de manera gruesa según los patrones de movilidad: por períodos cortos o largos y según resida o no en la frontera.

1° Grupos de alta movilidad viviendo en zonas de frontera y de nivel socioeconómico bajo, sus principales ocupaciones son el trabajo en construcciones, el de "paseos" clandestinos de mercaderías y la venta ambulante de mercaderías.

2° Grupos de menor movilidad en zonas fronteras y de nivel socioeconómico bajo, sus principales ocupaciones son en actividades de cosechas y en tareas de servicio doméstico

3° Grupos de alta movilidad viviendo en zonas de frontera y de nivel socioeconómico medio son comerciantes formales establecidos con locales en uno y otro lado y en algunos casos profesionales con actividades binacionales sin acreditación formal en el otro país (por ejemplo: docentes, médicos, arquitectos, ingenieros).

Respecto al comportamiento reproductivo de la mujer transfronteriza en el caso paraguayo, se observa que la mayoría tienen entre uno y tres hijos, cantidad inferior a lo que se ve a nivel nacional de 4,7 hijos por mujer. La tasa global de fecundidad en estas zonas, se asemeja a la existente en las zonas urbanas del país. Hasta los 29 años la gran mayoría de las mujeres que viven en estas zonas fronterizas tienen un hijo o no tienen hijos y, este número aumenta en mujeres de más de treinta años. Respecto al estado civil un importante porcentaje – más del 50% – son madres solteras que, en su mayoría, tienen menor hijos que las casadas o unidas.

Concluyendo:

1. Por razones de cambios económicos, crisis recesiva general y en particular en el sector agrario, los patrones y figuras migratorias han variado en estos países.
2. Se han consolidado flujos migratorios de corta distancia, de menor duración y que implican movilidad transfronteriza (por sobre los tradicionales flujos rural-rural, rural-urbano)
3. Los factores determinantes son los asociados a la función de utilidad material: ingreso, empleo, poder de compra y, de utilidad no material: aceptación social, conducta cultural, idioma
4. Los impactos: aumento del flujo migratorio transfronterizo, mayor ritmo de crecimiento de las ciudades fronterizas, aparición de nuevas figuras migratorias
5. Ausencia de estudios y trabajos que aborden esta temática

Hoy estos tres países estudian la manera de ampliar sus relaciones comerciales, sociales, culturales, políticas y eliminar las trabas burocráticas en las aduanas y las diferencias en las legislaciones para que no haya fronteras.

Esta forma de integrar la región está siendo consolidada a través de bases técnicas generadas por el Instituto "Polo Internacional Iguazú", una entidad trinacional, dedicada a la investigación y a la viabilización de los tres países.

El Polo Turístico Internacional aprobado por el MERCOSUR, tiene más de ochocientos mil habitantes, de aproximadamente cincuenta y siete etnias en la Ciudad de Foz de Iguazú (Brasil); Ciudad del Este, Minga Guazú, Hernandarias y Presidente Franco (Paraguay); Ciudad de Puerto Iguazú, (Argentina).

D. Breve Reseña Histórica de la Trifrontera y sus Ciudades

Si nos remontamos a la historia, no existían fronteras entre las ciudades de Foz de Iguazú, Puerto Iguazú y Ciudad del Este, el proceso de culturización se produjo a través de la llegada de los españoles y la evangelización de los indios guaraníes que habitaban la región y todo el intercambio de culturas diferentes que sucedió de esa época hasta hoy día.

La configuración geográfica de los ríos ha establecido un límite natural entre los países, sin embargo la historia de las tres ciudades es diferente, pero unidas por un mismo punto de atracción: las Cataratas de Iguazú.

Puerto Iguazú

Se encuentra ubicada en el extremo Norte de la Provincia de Misiones, República Argentina, emplazada a 20 km de las Cataratas del Iguazú.

En 1901 se funda Puerto Aguirre (hoy Puerto Iguazú), y se inicia la abertura de un camino desde esta localidad hasta las Cataratas, gracias a la donación de la Señorita Victoria Aguirre. En 1906 se construye el primer Hotel. Más tarde queda al frente del mismo Don Leandro Arrechea quien luego es nombrado comisario. En 1913 el gobierno de la nación invierte una suma de dinero para la construcción de viviendas para la subprefectura, la estación radiotelefónica, una escuela primaria en Puerto Aguirre y una comisaría de policía en las Cataratas. Entre 1920 y 1922 se construyen un hotel y la oficina de correos y telégrafos. En 1940 se construye la primera Capilla, siendo el templo de madera de cedro regional y los bancos de madera de pino. En 1941 sale Puerto Aguirre de la jurisdicción del Parque nacional y llega un pelotón de Gendarmería. En 1943 por el Decreto 15.042 se crea la comuna de Iguazú, el 24 de Abril. En 1947 se inaugura el primer Hospital de Puerto Iguazú, el Hospital SAMIC y en 1948 se crea la Usina del Parque Nacional Yguazú, la que suministró energía eléctrica a todo el pueblo de Puerto Iguazú. En 1951 se crea la comisión de fomento que luego pasa a ser Consejo Municipal. En 1964 se crea la sucursal del banco provincia de Misiones, en Abril de 1972 se fundó la Radio nacional de Puerto Iguazú, funcionando en la parte de atrás del correo local. En Octubre de 1985 se construye el puente internacional Tancredo Neves.

Por su ubicación, próxima a las Cataratas del Iguazú y al Parque Nacional Iguazú, en la ciudad se ha desarrollado una importante infraestructura turística que también se ve favorecida por su vinculación, a través del Puente Internacional "Tancredo Neves", con Brasil.

En esta cronología histórica sigue la ciudad argentina de Foz de Iguazú

Foz de Iguazú

Foz de Iguazú fue fundada en 1888 y constituye el núcleo más antiguo, pero la región donde se localiza hoy la ciudad fue descubierta en 1542 por el español Alvarez Nuñez Cabeza de Vaca, quien al ser nombrado gobernador de Asunción por el Rey de España, decidió venir a tomar posesión de su cargo desde la Isla de Santa Catalina – Brasil, donde vivía. Para esto organizó una expedición terrestre buscando aquello que los guaraníes conocían como "I-Guazú" o "aguas grandes". En su épico camino este hombre se sorprendió con la espectacular vista de torrentes de agua que rugían en medio de la selva formando una nube de gotas pulverizadas al caer decenas de metros más abajo.

Luego vinieron misiones de la Compañía de Jesús a evangelizar a los indios de la zona construyendo ciudades enteras en piedra y tosca, de una belleza muy especial. Se asentaron en la mesopotamia escapando de los bandeirantes, bandoleros portugueses que cazaban indios para venderlos como esclavos. La corona española les ordenó a los jesuitas volver a España y mandó a desarmar las misiones. Así las cataratas

quedaron ignoradas por el mundo occidental debido a la distancia y al difícil acceso, estando ocupada solamente por los indios Guaraníes. En 1882 un explorador suizo, Giaccomo Bove, con la guía de Carlos Bossetti, se reencontró con este paisaje espectacular.

El poblamiento regular y efectivo de la futura ciudad de Foz sucedió en 1888, fecha en que se establece una primera Colonia Militar en la frontera. En 1889 se realiza una expedición a la zona por el ingeniero y teniente José Joaquín Firmino, quien registra una población de 324 personas, en su mayoría paraguayos y argentinos, pero también había españoles e ingleses. Se dedicaban a la extracción de la hierba mate y la madera, exportados vía río Paraná. La colonia militar existente tenia la capacidad de distribuir tierras a los colonos interesados cuestión que así se hizo. En el año 1897 fue creada la Agencia Fiscal, quien permitió la existencia de solo 13 casas y de algunas granjas.

Los primeros años del siglo XX la población de Foz de Iguazú llego aproximadamente a 2000 personas y el viajero disponía de una hospedería, cuatro almacenes, un rústico cuartel militar, telégrafo y vivían de una agricultura de subsistencia.

En 1910 la Colonia Militar paso a tener la condición de Villa Iguazú, distrito del municipio de Guarapuava. Dos años después el Ministro de Guerra convirtió la colonia militar en un poblado civil bajo el cuidado del gobierno de Paraná, quien creó la Oficina de Recaudación de Impuestos de la Villa.

En 1914 por ley se crea el Municipio de Villa Iguazú, y e 1918 la ciudad comenzó a llamarse Foz de Iguazú o Estuario de Iguazú.

El camino que une Foz de Iguazú con Curitiba se inicia en una primera etapa en el año 1920.

La historia del parque nacional comienza en el año de 1916, cuando pasa por el estuario del Iguazú el "padre de la aviación", el Sr. Alberto Santos Dumont a quien se le considera el "fundador legítimo". Esta área pertenecía al uruguayo Jesús Val. Santos Dumont, quien intercedió frente al presidente del estado del Paraná, Sr. Affonso Alves de Camargo para convertir la zona en patrimonio público. Así comienzan una serie de decretos que permiten consolidar y aumentar las hectáreas del parque y en 1994 se convierte en Parque Nacional con 185.000 hectáreas.

Con la inauguración del Puente Internacional de la Amistad (Brasil – Paraguay) en 1965 y con la inauguración de la ruta Br-277 que une Foz de Iguazú con Curitiba y con el litoral, la ciudad comienza un acelerado desarrollo, intensificando su comercio, principalmente con la ciudad paraguaya Presidente Strossner, actual Ciudad del Este.

La construcción de la Hidroeléctrica de Itaipú (Brasil – Paraguay), iniciada en la década de los 70, causó impactos considerables en toda la región, aumentando la migración hacia la ciudad de Foz de Iguazú. En 1960 la ciudad tenia 28.080 habitantes, en 1970 aumento a 33.970 y en el año 1980 el número de habitantes se elevo a 136.320 personas, mostrando en el período 1960 – 1980 un crecimiento del 385%.

Ciudad del Este

El decreto de fundación de esta ciudad fundamenta esta acción en los siguientes antecedentes "La necesidad de fundar una ciudad en el extremo territorial del camino internacional que unirá nuestra República con la de los EE.UU. del Brasil, y CONSIDERANDO: Que la buena administración del país obliga a prever el desarrollo de Caaguazú y Alto Paraná regiones por las que cruza la Ruta Internacional; que el extremo de dicha Ruta en su embocadura con el futuro Puente Internacional estará situado al norte de la actual localidad de Puerto Pte. Franco; que por tales circunstancias se hace indispensable la fundación de una localidad con los recursos adecuados para su futuro desenvolvimiento, que sea punto de concentración de las posibilidades regionales, lindero de la ruta internacional y medio de vinculación permanente con la

vecina República de los EEUU del Brasil; que los Artículos 51 y 56 de la Constitución Nacional autorizan al Poder Ejecutivo a promover los medios que coadyuden a mejorar la administración del país y a adoptar planes de redistribución de las poblaciones actuales"

Ciudad del Este fue fundada el 3 de febrero de 1957, a orillas del río Paraná -límite natural entre Paraguay y Brasil-, en un área selvática a la que, en aquellos tiempos, sólo se podía acceder por agua. El objeto de esta decisión tomada por el gobierno del Presidente Stroessner, fue fundar una ciudad en el extremo territorial del camino internacional que uniría el país con Brasil, a fin de promover el desarrollo de las regiones de Caaguazu y Alto Paraná dado que por ellas cruza la Ruta Internacional , ruta que posteriormente se uniría al futuro Puente Internacional. Así la ciudad podría ser punto de expansión de las posibilidades regionales.

Al momento de su fundación, fue llamada Puerto Presidente Stroessner, como reconocimiento al presidente -dictador en ejercicio, el cual gobernó desde 1954 y fue derrocado, paradójicamente, un 3 de febrero pero de 1989. A partir de allí, su nombre comenzó a borrarse, por ley, de todas partes, incluso de la ciudad que había ideado para "acercarse" a Brasil.

Ubicada en el departamento del Alto Paraná a 340 kilómetros al este de la capital paraguaya y a sólo 30 km. de las Cataratas del Iguazú, registró desde sus orígenes un acelerado desarrollo por el intenso comercio, legal e ilegal, que generó fuertes flujos migratorios, en su mayoría de asiáticos y árabes. El llamado "turismo de compra" fue su fuerte, allí los visitantes podían -y pueden- adquirir las más renombradas marcas de bebidas, electrónica, perfumes y cosméticos a precios muy bajos gracias a los privilegios aduaneros. En 1996 llegó a ser reconocida por la revista Forbes como el tercer centro comercial mundial, detrás de Miami y Hong Kong.

Organismos impositivos y aduaneros de Brasil calcularon que el movimiento comercial de esta localidad representaba anualmente unos 12.000 millones de dólares en sus mejores tiempos. Aquella bonanza económica atrajó a varias colonias extranjeras y el antiguo Puerto Presidente Stroessner se convirtió en una ciudad cosmopolita.

Con cerca de 250.000 habitantes, Ciudad del Este es hoy una de las ciudades más significativas del Paraguay, debiendo su desarrollo también a su proximidad a la Represa Hidroeléctrica de Itaipú y al Brasil, distanciada sólo por el Río Paraná y el Puente Internacional de la Amistad.

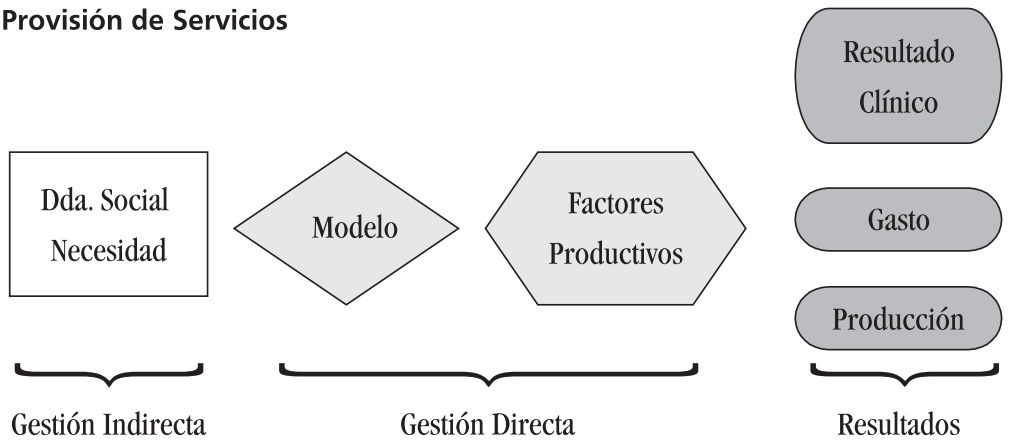
Pero con el tiempo, el MERCOSUR fue exigiendo transparencia en los negocios fronterizos y Ciudad del Este apareció como un área oscura en ese espectro económico. La corrupción de los diversos niveles de autoridad local y funcionarios han sido señalados como uno de los problemas que se han transformado en permanentes.

Sin embargo, hoy las cosas han cambiado para la estratégica Ciudad del Este; no la corrupción, sino la prosperidad comercial, que se ha reducido a apenas una quinta parte de lo que fue en su época dorada. En una fase de decadencia, cada vez son más los comercios cerrados, mientras la sombra del terrorismo y la delincuencia asechan. Después de los atentados del 11 de Septiembre en Nueva York ha sido señalada como una plaza conflictiva debido a la supuesta presencia de organizaciones fundamentalistas y mafiosas. En la actualidad, representa el principal foco de atención para los gobiernos de las "Tres Fronteras" que han redoblado los esfuerzos de control y vigilancia.

IV. Metodología

A. Marco Conceptual de la Metodología

Considerando, que las funciones centrales de los sistemas de salud son la Regulación; Provisión y Financiamiento, los Estudios de Red Asistencial centran su foco de análisis en el ámbito de la Provisión. Para ello se utiliza un modelo de análisis de producción y gestión en red, ya que permite responder a los problemas de salud de la población con oportunidad, equidad, calidad y eficiencia[4] que a continuación se describe.



Fonte: Dr. Ignacio Astorga

La visión de producción puede resumirse en el siguiente esquema, que establece cuatro niveles de análisis:

a. Demandas y necesidades de atención
b. Modelo de organización de la atención
c. Recursos productivos
d. Resultados

1. Modelos para Estudiar las Necesidades de Salud

Al efectuar un estudio de los requerimientos de atención de salud de la población existen al menos dos opciones metodológicas, la primera es caracterizar la **demanda social de atención**, que significa medir las prestaciones que la población efectivamente está solicitando al sistema de salud estableciendo una asociación entre la población que está demandando y las prestaciones. Para ello se debe por una parte caracterizar a la población consultante en los establecimientos y por otra conocer la producción realizada y la demanda reprimida (insatisfecha: Listas de espera o rechazos). Un acierto relevante en este modelo está en la posibilidad cierta de conocer la demanda real (especialmente cuando se incorpora la demanda reprimida o rechazo) de atención de un problema de salud en particular, esto permite ajustar mejor las respuestas de gestión y/o inversión del Estado, desafío importante en salud donde las necesidades son crecientes y muy dinámicas (en especial por su estrecha relación con los cambios epidemiológicos, demográficos, económicos, políticos, etc. de una sociedad) y el marco presupuestario escaso y en algunos

[4] Este modelo se inspiró inicialmente en el sistema de salud pública aplicado en Chile, incorporando nuevos elementos que permitan mejorar el cumplimiento de las variables señaladas.

casos rígido. La debilidad de utilizar este modelo para estimar demanda social de atención en salud está, en que requiere mas tiempo para llevar adelante estudios de demanda reprimida y que por otra parte se ha podido constatar que en comunidades donde la oferta de atención ha sido escasa en el tiempo, la demanda de atención puede ser escasa aunque se identifique la demanda reprimida.

La segunda opción, está en relación con el concepto de **necesidades de atención**, corresponde a la estimación de la demanda potencial de atención de un grupo de población considerando estándares externos. A través de este método se estima la demanda teórica de la población respecto a una determinada prestación o servicio, habitualmente a través de la aplicación de estándares internacionales o grupos de expertos. Este modelo permite acercarse a estimar demanda en aquellas prestaciones o patologías donde el registro de información es poco confiable, o se trata de problemas de salud emergentes, donde la demanda no queda reflejada en la producción ni en la demanda reprimida, ejemplo de ello es la incorporación de programas de salud mental en áreas donde previamente no existía la prestación. La debilidad de utilizar este modelo está en lo teórico, en no lograr incorporar variables locales, estacionales, u otras propias del país, de la región y por tanto las intervenciones que de ella surgen, puedan sobreestimar o subestimar las necesidades de la población.

Un enfoque complementario a los anteriores está dado por el análisis epidemiológico, que permite por una parte complementar el análisis de las prestaciones y por otra identificar cuales deberían ser los problemas de salud pública a los que se debería dar un tratamiento prioritario.

Para el presente estudio se utilizó el primer modelo explicitado **"demanda social de atención"**, existiendo propuestas metodológicas para conocer la demanda reprimida, el que fue complementado con el análisis epidemiológico correspondiente.

2. Modelo de Red Asistencial: un marco de organización de la atención

Básicamente el modelo de organización utilizado como referente es el modelo de redes (enfoque sistémico).

El modelo de red ha demostrado ser capaz de compatibilizar cobertura asistencial con eficiencia en el uso de recursos y calidad. Ello queda demostrado en la experiencia chilena en esta materia, que ha permitido obtener buenos indicadores de salud del país, muy superiores a los esperados a su nivel de desarrollo económico. A continuación se describe el desarrollo conceptual en esta materia.

La definición operacional de **red asistencial** que empleamos es: *"conjunto de establecimientos de salud complementarios y funcionalmente organizados según su nivel de complejidad que presentan procesos de derivación (referencia - contrarreferencia) entre si"*.

Como parte sustancial de esta definición se encuentran los dos elementos centrales de la redes, a saber; los establecimientos de salud (que también se denominan nodos de la red) y los procesos de derivación y contra derivación (que también se denominan interfases de la red). Estos dos componentes centrales se entienden con la incorporación de los conceptos de complementariedad, *organización estructural* (oferta de atención donde se debe considerar el nivel de complejidad) y *organización funcional* (se analiza la accesibilidad geográfica y los recursos disponibles, los procedimientos y contenidos de los procesos de derivación y contra derivación de las prestaciones).

En el análisis de la red no se utilizan todas la prestaciones, sino solo aquellas que tienen el carácter de "trazadoras", que significa que son las prestaciones que por su condición de circular por la red, permiten verificar la existencia de posibles brechas o variaciones de cobertura.

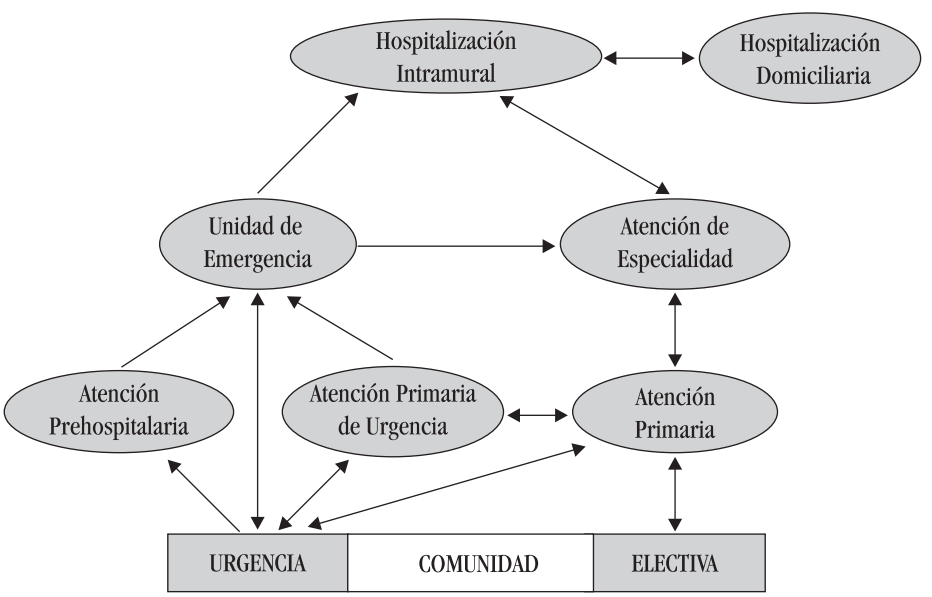
Una de las principales características de este enfoque es su versatilidad para obtener una comprensión más dinámica y exhaustiva del quehacer en salud, así es posible analizar el sistema de salud como un todo,

considerando los distintos tipos de establecimientos, sus diferentes interrelaciones y complejidades; pero también es posible analizar el sistema de salud según un tema en particular o una patología en particular, por ejemplo: Red de Atención Ambulatoria, Red de Hospitalización Domiciliaria, etc. o Red de Atención de Urgencia (primera fase de este estudio realizado en Chile y en aplicación sus recomendaciones), Red de Neurocirugía, Red de Bancos de Sangre (en estudio y aplicación en Chile) y otros.

A la fecha, la definición y aplicación tradicional del concepto de red ha considerado básicamente el componente estructural en su análisis, estableciendo por tanto propuestas de desarrollo estructural, las que tienden a solucionar los problemas identificados por la vía de la inversión y/o el aumento del marco presupuestario, y no ha profundizado en el componente funcional, es decir en los procesos de derivación y contra derivación, en los procesos de optimización de los recursos disponibles (por ejemplo la infraestructura existente, la gestión de la agenda médica, etc.), los que deben merecer tanta preocupación como el funcionamiento de cada establecimiento en si mismo. En este contexto un aporte interesante de esta metodología o modelo de red asistencial, es la posibilidad de analizar conjuntamente los componentes estructurales y funcionales del sistema de salud.

En lo estructural y funcional de la red es posible identificar ámbitos que se entrecruzan, como son la modalidad de atención (ambulatoria – hospitalaria) y el tipo de atención (electiva-urgencia). Ello queda reflejado en el siguiente esquema que representa los tipos de nodo asociados a la atención de urgencia y electiva.

Entre los nodos se han identificado con flechas los flujos de derivación y contra derivación que deben ser regulados técnica, legal, financiera y administrativamente.



Fonte: Dr. Ignacio Astorga

La aplicación de estos elementos en el análisis de la organización y gestión de las redes se traducen en la caracterización de:

- Modelo de organización de la red general por tipo de atención (ambulatoria – hospitalaria) y nivel de complejidad (bajo – medio – alto)
- Modelo electivo y de urgencia
- Accesibilidad geográfica.
- Trabajo complementario versus competitivo entre establecimientos (donde corresponde), con optimización de recursos productivos de la red.
- Regulación de los procesos de derivación y contra derivación entre los nodos de la red por tipo de red (electiva – urgencia)

En términos estrictos esta definición de red se centra en la atención y flujo de las personas atendidas, sin embargo se ha aplicado el concepto de red sustentable a todas las funciones de soporte a la función asistencial con el objetivo de tener presente que dentro de una red asistencial, las funciones de apoyo tales como banco de sangre, laboratorio, esterilización, etc., pueden ser provistas a través de sistemas externos y/o centralizados, que aseguran que cada establecimiento de salud cuente con los insumos o productos necesarios para la función asistencial, sin que necesariamente estos sean producidos localmente. En este sentido se le da especial énfasis a la evaluación técnico económico, de las alternativas de provisión de estos servicios de apoyo.

Finalmente, por **red de soporte** se entenderá la *"provisión de las funciones de apoyo (clínica-administrativa-industrial) para un conjunto de nodos de la red asistencial a través de un sistema sustentable*

B. Metodología del Estudio

1. Descripción

El presente estudio abarcó el ámbito público y privado del sector salud, consideró una serie de 5 años, como base el año 2000 y se desarrolló de acuerdo a la siguiente metodología: recolección y análisis de la información, validación de la información, análisis de la demanda, análisis de la oferta, determinación de brechas, líneas tentativas de solución y propuestas de desarrollo.

La recolección de información se realizó en dos niveles: uno aplicando una pauta de recolección de información en fuentes primarias y secundarias de las ciudades respectivas por profesionales previamente capacitados por los consultores y, dos se levanto información secundaria desde Santiago por los consultores en Biblioteca de CEPAL e Internet.

El análisis de esta información se fue validando técnica y políticamente con los representantes de OPS locales y coordinadores locales, a través de correo electrónico y en talleres y reuniones de trabajo realizados en cada una de las ciudades en estudio. El análisis se inicia con una caracterización del perfil epidemiológico de la población de cada ciudad (años de vida potencialmente perdidos y mortalidad general, neonatal, infantil, materna) con objeto de identificar variaciones en las distintas tasas. Como segundo punto se analiza la producción de los distintos establecimientos de salud incluidos en la red a través de prestaciones "trazadoras" (aquellas que fluyen por la red: consultas de atención primaria, consultas de especialidades médicas, consultas de urgencias, intervenciones quirúrgicas, partos y egresos hospitalarios), revisando los registros históricos de producción de los últimos 5 años, determinando tasas y tendencias. Para el análisis de la demanda y la construcción de las tasas de atención se trabajó con la población

beneficiaria del sistema público de salud. Además se incorpora una caracterización demográfica de cada ciudad.

Como tercer punto se desarrolla un estudio de los recursos productivos de la red de salud de cada ciudad, es decir recursos humanos, infraestructura, equipamiento médico, industrial, vehículos y recursos financieros.

Con la información obtenida se realiza un análisis combinado de la red estructural y funcional de cada ciudad, de la bifrontera y de la trifrontera. En este análisis se incorpora a prestadores públicos y privados, el área de influencia y la accesibilidad, las derivaciones extraregionales, la compra de servicios y una breve caracterización de los flujos de la demanda según modalidad de atención. Posteriormente se analiza la productividad en los ámbitos de cobertura de atención, producción, optimización y se identifican brechas. Se finaliza con un capítulo de conclusiones y recomendaciones.

2. Recursos Productivos

Dentro de los recursos productivos analizados se considera:

- Recursos Humanos: situación base y optimización
- Infraestructura: situación base y optimización
- Equipamiento Médico e Industrial (incluye vehículos)
- Recursos Financieros

a) Recursos Humanos

Las variables analizadas son:

- Evolución de la disponibilidad de médicos en los últimos 5 años (cargos urgencia y electivos)
- Determinación de horas disponibles (Horas Contratadas – Ausentismo)
- Distribución del tiempo disponible de cargos médicos a labores asistenciales (IQ, visita a sala, consultas, procedimientos)
- Evolución de la disponibilidad de cargos no médicos últimos 5 años
- Descripción del mercado del trabajo, considerando movilidad del mercado, capacidad formadora local instalada, capacidad de retención de personal calificado

b) Infraestructura

El diagnóstico propuesto considera:

- Descripción del número y tipo de recintos asistenciales disponibles
- Estado de la estructura, instalaciones y terminaciones
- Relaciones funcionales (internas y externas)

c) Equipamiento

Se distribuyó pauta de recolección de información que considera:

- Tipo de equipo
- Estado: bueno-regular-malo
- Año de instalación (VUR)
- Costo de reposición en US$

d) Recursos Financieros

La planilla de recolección de información solicita para un período de 5 años:

- Ingresos: caracterizar la fuente
- Gastos: personal, bienes y servicios de consumo, inversiones, otros
- Resultado Operacional

3. Resultados

De las variables que caracterizan los resultados se consideraron producción y gasto. Sin embargo, ya que este segundo componente fue descrito en el capítulo de recursos financieros, no se menciona nuevamente.

Respecto a la producción se trabajó con las siguientes prestaciones, que son consideradas trazadoras del funcionamiento de la red asistencial, es decir que permiten establecer los esquemas de derivación y contra derivación, además de ser representativas del grueso del funcionamiento asistencial.

- Consultas médicas de Atención Primaria
- Consultas médicas de Especialidad
- Consultas médicas de Urgencia
- Egresos y Uso de Camas
- Intervenciones Quirúrgicas Mayores Urgencia y Electiva
- Partos

Para las prestaciones electivas se propuso aplicar una metodología para identificar la demanda reprimida.

4. Análisis Combinado

A partir de la información recolectada, se buscaba es establecer las siguientes relaciones, de manera de identificar la evolución de la productividad del recurso humano, de la infraestructura y del gasto, además de la evolución del costo del personal, que se traducen en las siguientes fórmulas:

- Producción – Recursos Humanos
- Producción – Infraestructura
- Producción – Gasto
- Gasto – Recursos Humanos
- Producción – Recursos Humanos – Infraestructura

V. Resultados

A. Perfil Epidemiológico

1. Años de Vida Potencialmente Perdidos – AVPP

El indicador de años de vida potencialmente perdidos es un estimador de las causas de muerte que provocan fallecimientos prematuros, es decir que se generan antes de una determinada edad, que para el estudio se fijó en los 64 años. Sus resultados indican cuales deberían ser los problemas que constituyen prioridades sanitarias locales. En tabla 1 solo se presentan los resultados para Foz y Ciudad del Este (CDE) ya que no se pudo obtener la información para Puerto Iguazú.

Tabla 2: Principales causas de AVPP por ciudad – Trifrontera

Causa prioritarias	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Causas externas	Sin información	1	1 (homicidio)
Afecciones Perinatales	Sin información	2	5
Enf. Aparato Circulatorio	Sin información	3	
Malformaciones Congénitas	Sin información	4	
Mal Definidas e Sin Asistencia Médica	Sin información	5	
Enf. Aparato Respiratorio	Sin información		4
Enf Infecciosas y parasitarias	Sin información		2 (Sepsis)
Enf. Endocrinas y nutricionales	Sin información		3 (Diabetes)

Fuente: Informes Foz – Ciudad del Este – elaboración equipo consultor

Al comparar Foz y CDE, se observa que para ambas la principal causa son las externas, que corresponde a accidentes y violencias, faltando saber si ellas son debidas a accidentes (automotores, laborales u otro) o a violencias (con y sin causa externa).

Para Foz el segundo gran grupo, es de las afecciones perinatales, el que para CDE representa la quinta causa.

Llama la atención que para las otras causas no hay coincidencia entre ambas ciudades, lo que puede estar asociado a diferencias de criterio en el registro o a subregistro de patologías.

Para Foz otros problemas relevantes son los circulatorios y malformaciones congénitas y mal definidas.

Para CDE el perfil está determinado por las patologías infecciosas, diabetes descompensada, patología respiratoria.

2. Mortalidad

a) Mortalidad General

Tasa de Mortalidad General

De acuerdo a lo informado, Foz es la que presenta las mayores tasas de mortalidad general en el período de análisis, con una tendencia al alza. Por su parte CDE y Puerto Iguazú presentan una tendencia a la baja y estabilización en los últimos años.

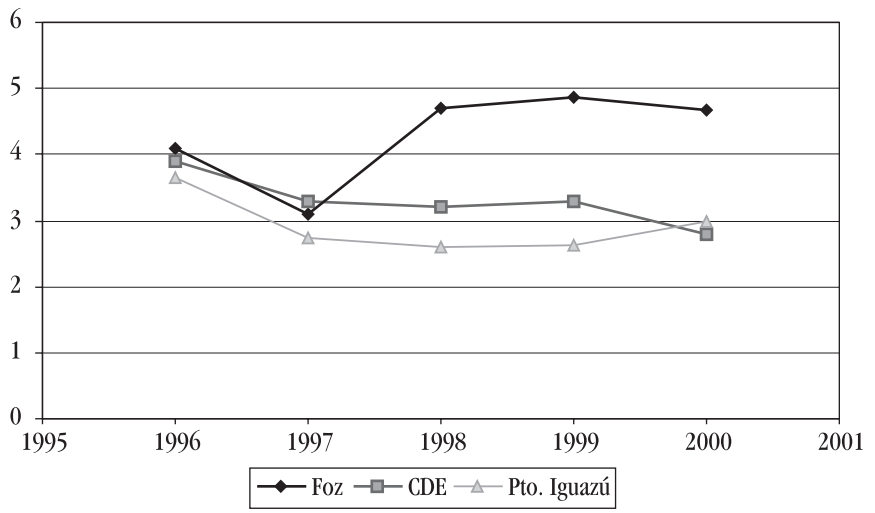
Respecto a los datos de CDE existe la preocupación respecto a la integridad de los registros, es decir si ellos reflejan fielmente el 100% de las personas fallecidas.

Tabla 3: Evolución Tasa de Mortalidad General, Trifrontera

Año	Puerto Iguazú	Foz	CDE
1996	3,66	4,09	3,9
1997	2,73	3,09	3,3
1998	2,59	4,70	3,2
1999	2,63	4,86	3,3
2000	2,98	4,66	2,8

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz- Ciudad del Este

Gráfico 01: Evolución Tasa de Mortalidad General, Trifrontera 1996 – 2000



Principales causas de mortalidad general

Al analizar la mortalidad general, entre las tres ciudades se repite el patrón de patología circulatoria, neoplasías y patología respiratoria dentro de las cinco causas principales. La principal diferencia radica en las causas externas, que ocupa el primer y segundo lugar en Foz y Ciudad del Este respectivamente, mientras que no aparece como relevante en Puerto Iguazú.

Del patrón general se puede señalar que refleja el proceso de envejecimiento de la población con la aparición dentro de las principales causas de los problemas crónicos no transmisibles. Lo que se observa con mayor importancia en Puerto Iguazú donde se agregan las patologías tipo nutricional, determinada básicamente por diabetes.

Por su parte en Ciudad del Este se observa que las patologías infecciosas son importantes, lo que puede estar reflejando las condiciones de saneamiento y desarrollo socioeconómico.

Tabla 4: Principales causas de Mortalidad General, Trifrontera, 2000

Causa prioritarias	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Causas Externas		1	2
Enf. Aparato Circulatorio	2	2	1
Afec. Originadas Período Perinatal		3	
Neoplasías	5	4	3
Enf. Aparato Respiratorio	4	5	4
Mal Definidas y sin at. Médica	1		
Infecciosas y Parasitarias			5
Enf . Endocrinas y Nutricionales	3		

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

b) Infantil

Tasa de Mortalidad Infantil

Al comparar las cifras de Mortalidad Infantil entre las tres ciudades se observa que CDE presenta cifras permanentemente superiores (casi el doble) a sus vecinos (tabla 5).

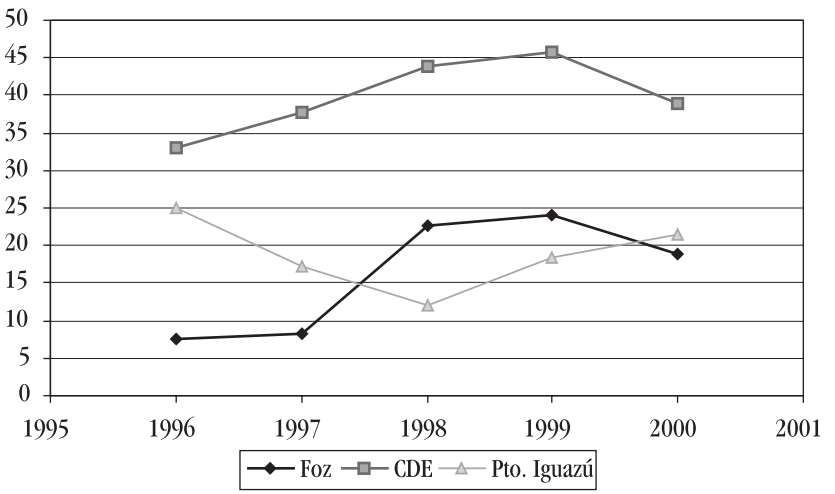
Tabla 5: Evolución Tasa de Mortalidad Infantil, Trifrontera

Año	Puerto Iguazú	Foz	CDE
1996	25,00	7,45	33,0
1997	17,33	8,31	37,7
1998	11,98	22,6	43,8
1999	18,43	24,06	45,8
2000	21,48	18,83	38,8

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Otra situación que llama la atención es la tendencia creciente en los últimos años, ello debe llevar a revisar si estamos frente a una "alerta estadística" o frente a un problema real que está incrementando la mortalidad infantil, en particular se recomienda efectuar una revisión del programa infantil, de manera de poder identificar estos problemas y establecer las medidas correctivas correspondientes.

Gráfico 02: Evolución Tasas de Mortalidad Infantil 1996 – 2000, Trifrontera



Principales causas de Mortalidad Infantil

El patrón que se repite entre los 3 países son las causas Perinatales, Infecciosas, Respiratorias y Malformaciones Congénitas.

Tabla 6: Cinco principales causas de Mortalidad Infantil – Trifrontera, 2000

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Afec. originadas período perinatal	1	1	4
Malformaciones Congénitas	4	2	5
Mal definidas	3	3	
Enf. Aparato Respiratorio	5	4	2
Algunas Enf. Infectocontagiosas	2	5	1
Enf. Endocrinas e Nutricionales			3

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Las diferencias se observan en Foz y Puerto Iguazú donde coinciden las mal definidas. Por su parte para CDE las Enf. Endocrinas y Nutricionales son la tercera causa de muerte.

En la medida que los países van reduciendo sus tasas de mortalidad, las causas se van asociando a problemas congénitos y de prematurez extrema. En este sentido la coexistencia de estos problemas con los infecciosos, da cuenta de un perfil de transición epidemiológica.

c) Neonatal

Tasa de Mortalidad Neonatal

En tabla 7 y gráfico 3 se presenta la evolución de la tasa de mortalidad neonatal entre 1996 y 2000.

De manera similar que para la mortalidad infantil, Ciudad del Este presenta cifras superiores a las otras dos. Puerto Iguazú presenta un comportamiento intermedio y Foz los menores valores.

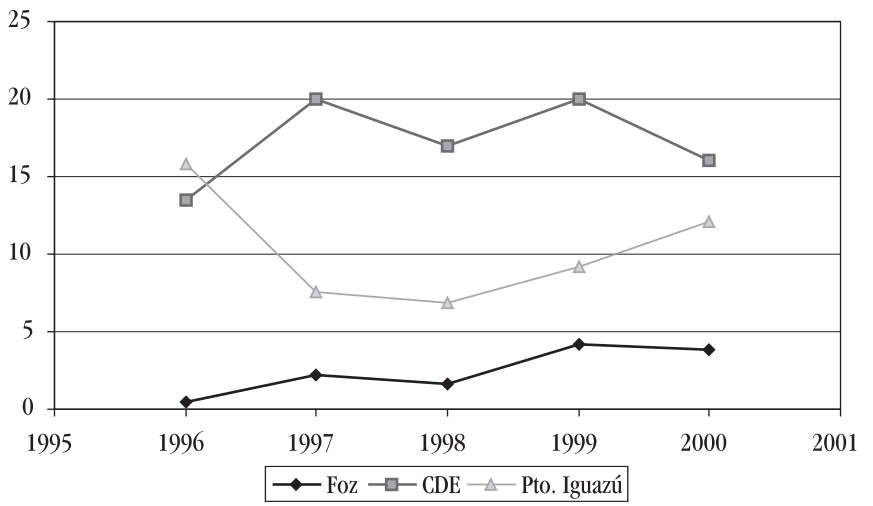
Al analizar la tendencia, esta es discretamente al alza en Foz y Puerto Iguazú , en cambio se observa una estabilidad promedio en CDE.

Tabla 7: Evolución Tasa de Mortalidad Neonatal, Trifrontera

Año	Puerto Iguazú	Foz	CDE
1996	15,76	0,5	13,48
1997	7,58	2,2	20
1998	6,85	1,6	17
1999	9,23	4,2	20
2000	12,11	3,8	16

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 03: Evolución Tasa de Mortalidad Neonatal, Trifrontera



Principales causas mortalidad neonatal

Al analizar por causa se identifican las mayores coincidencias entre CDE y Puerto Iguazú, para prematurez, sepsis y sufrimiento fetal agudo e igualmente para trastornos respiratorios y cardiovasculares entre Foz y CDE.

La ausencia de concordancia entre algunas causas, puede deberse a que para un mismo problema se tengan registrados como dos denominaciones distintas, por ejemplo los trastornos respiratorios y cardiovasculares de Foz pueden coincidir con la Prematurez de Ciudad del Este y Pto Iguazú, dado que probablemente la primera causa es la dificultad respiratoria del recién nacido. Por ello para una comparación más precisa es indispensable una estandarización de los diagnósticos entre las tres ciudades.

Al analizar por tipo de causa, se observa que para Ciudad del Este y Puerto Iguazú, las principales causas están asociadas al manejo del embarazo y parto (Prematurez y Sufrimiento Fetal Agudo). Finalmente para Ciudad del Este la diarrea representa una importante causa de mortalidad neonatal.

Tabla 8: Principales causas de Mortalidad Neonatal, Trifrontera, 2000

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Trastornos respiratorios e cardiovasculares		1	4
Malformaciones Congénitas do Aparato Circulatorio		2	
Anomalías Cromosómicas		3	
Prematurez	1		1
Sepsis	2		2
Sufrimiento Fetal Agudo	3		3
Diarrea			5

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

d) Materna

Tasa de Mortalidad Materna

En tabla 9 y gráfico 4 se presenta la evolución de la tasa de mortalidad neonatal entre 1996 y 2000. De ellas destaca que Ciudad del Este presenta cifras muy superiores a sus vecinos, con una tendencia ascendente de esta cifra, en las tres ciudades.

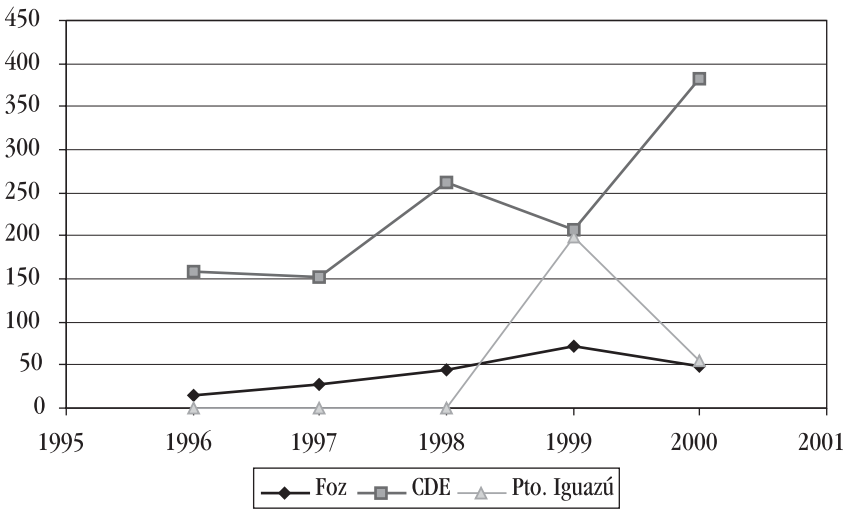
Cabe destacar la situación de Puerto Iguazú, donde la interpretación de las cifras se enfrenta con el pequeño tamaño poblacional, por lo que un escaso número de casos puede generar tasas muy elevadas. Para ellos después de tres años con una mortalidad en cero, la cifra se elevó de manera muy importante para disminuir al año siguiente.

Tabla 9: Evolución Tasa de Mortalidad Materna, Trifrontera (x 100.000 nacidos vivos)

Año	Puerto Iguazú	Foz	CDE
1996	0	14	158,6
1997	0	27,69	151,9
1998	0	44,02	261,3
1999	197,8	72,46	206,1
2000	55,1	47,55	382,5

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 04: Evolución Tasa de Mortalidad Materna, Trifrontera 1996 – 2000



Principales causas mortalidad materna

Al analizar por causa, las principales causas de muerte son las de tipo infeccioso en Foz y CDE, asociado a embarazo o aborto y hemorragia post parto. En segundo lugar están la hemorragia post parto y las complicaciones quirúrgicas. Solo en Puerto Iguazú se presenta la Hipertensión Gestacional.

Cabe destacar que de las causas expuestas, la mayor parte de ellas se asocia principalmente al manejo del embarazo, parto y puerperio inmediato, por lo que es recomendable la revisión de los procedimientos técnicos en uso (Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Medicina Basada en la Evidencia).

Tabla 10: Principales causas de Mortalidad Materna, Trifrontera, 2000

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Enf. Infecciosas Específicas Embarazo		1	
Infección		2	
Sepsis Post Aborto			1
Hemorragia Post Parto (post cesárea/parto)	1		2
Complicaciones Quirúrgicas	2		3
Hipertensión Gestacional	3		

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

3. Morbilidad

Se caracteriza el perfil de morbilidad a través del análisis de los egresos y consultas de urgencia y atención primaria.

a) Egreso

La principal causa de egresos de la Trifrontera se relaciona con el embarazo, parto o puerperio, constituyendo las de tipo digestivo la segunda causa colectiva importante.

Las patologías respiratorias se repiten para Ciudad del Este y Puerto Iguazú.

Para Foz, se observa además un patrón de egresos asociados a neoplasías, enfermedades circulatorias y genitourinarias.

Para Ciudad del Este las lesiones y abortos constituyen importantes causas de egreso.

Para Puerto Iguazú las patologías osteomusculares e infecciosas constituyen importantes causas de egreso.

Tabla 11: Principales causas de Egreso hospitalario (alta) Trifrontera

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Gravidez parto y puerperio	1	1	1
Neoplasías (tumores)		2	
Enf . aparato circulatorio		3	
Enf . aparato genitourinario		4	
Enf . aparato digestivo	2	5	3
Enf . aparato respiratorio	3		2
Osteomuscular	4		
Enf. infecciosas y parasitarias	5		
Causas externas			5
Aborto			4

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

La coincidencia de las causas obstétricas y digestivas entre las tres ciudades, hacen recomendable que entre ellas se puedan analizar y establecer estrategias comunes para manejar adecuadamente estos problemas, dado que la accesibilidad a través de la frontera puede implicar que los pacientes se desplacen entre las ciudades.

b) Consultas Atención Primaria

Una dificultad en el análisis de la información fue la existencia de diversas nomenclaturas para patologías similares. En este sentido la patología respiratoria representa una importante causa que se repite en las tres ciudades, agregándose como términos gripe y bronquitis asmática en Puerto Iguazú.

Otra patología común para Foz y Pto Iguazú es la Hipertensión Arterial. Para Ciudad del Este y Puerto Iguazú son comunes los accidentes y diarrea. Para Foz y Ciudad del Este se repite la parasítosis.

Causas importantes por ciudad son: Lumbalgia en Foz y Mordedura de animal en Ciudad del Este.

Tabla 12: Principales causas de Consulta de Atención Primaria, Trifrontera, 2000

Causa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Infección Vía Aéreas Superior		1	1
Parasítosis		2	4
Lumbalgia		3	
Hipertensión Arterial	5	4	
Bronquitis Asmática	2	5	
Accidentes	4		2
Diarrea	1		3
Mordedura Animal			5
Gripe	3		

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

c) Consultas de Urgencia

La información aportada por cada ciudad en esta materia fue disímil. La información de Foz se refería principalmente a procedimientos efectuados y no a causas de consulta, en Ciudad del Este se agregaron a estas causas las de tipo obstétrico que no fueron mencionados en los otros hospitales, a pesar de efectuarse ese tipo de prestaciones.

De acuerdo a lo presentado en tabla 13, la única causa común en las tres ciudades son los traumatismos. Para Ciudad del Este y Pto Iguazú se repiten las infecciones respiratorias agudas.

Para Puerto Iguazú se agregan además los problemas circulatorios, digestivos y mal definidos.

Tabla 13: Principales causas de Consultas de Urgencia, Trifontera

Causa	Puerto Iguazú	Foz (*)	CDE
Cesárea			1
Parto Normal			2
Heridas de Piel.		3	
Traumatismos	4	4	3
Aborto Incompleto			4
Inf. Respiratoria Aguda	1		5
Enf. Sistema Circulatorio	2		
Mal definidos	3		
Enf. Sistema Digestivo	5		

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este.

*La información de Foz considera principalmente procedimientos, por lo que solo se han conservado aquellos asociados a los diagnósticos.

B. Producción

El análisis de la producción que se presenta a continuación, contiene la información directa de la producción y el respectivo cálculo de tasas de atención, que permita comparar la cobertura de atención otorgada a la población beneficiaria de estos sistemas de atención.

1. Consultas médicas de urgencia en hospitales

En términos netos, el mayor volumen de producción se observa en Foz, seguido de Ciudad del Este y Puerto Iguazú. Sin embargo si se analiza la cobertura de la población, la mayor tasa de atención se observa en Puerto Iguazú con una tasa de poco más de 0,3 consultas de urgencia por beneficiario/año. En segundo lugar se encuentra Foz y posteriormente Ciudad del Este.

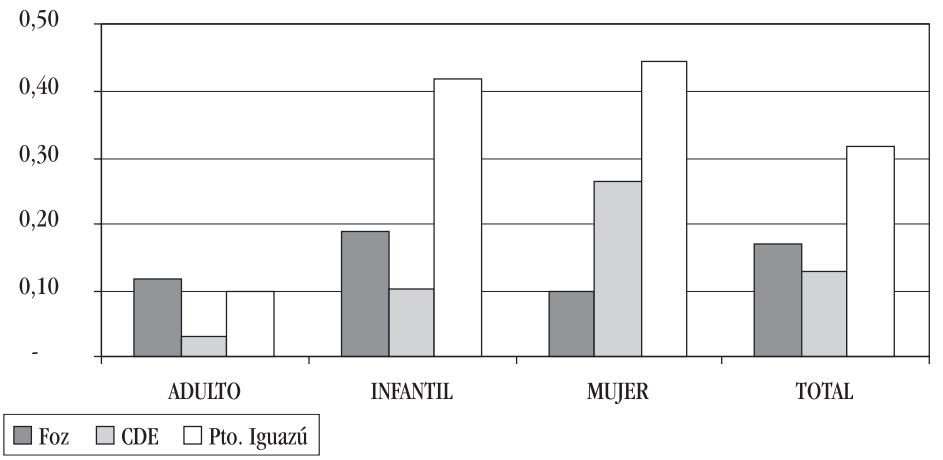
Puerto Iguazú presenta las mayores tasas de atención para los programas de la mujer e infantil, en cambio para el adulto, Foz presenta la mayor tasa de atención.

Tabla 14: Consultas Médicas Urgencia Hospitalaria, Trifrontera, 2000

Programa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Adulto	2.076	18.137	3.388
Infantil	4.844	15.451	6.354
Mujer	3.159	6.215	11.437
Total	10.079	39.803	21.179

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 05: Tasas de Atención de Urgencia, Trifrontera, 2000



2. Consultas médicas de atención primaria o básica

a) Producción Observada

En tabla 15 y gráfico 6 se presentan las consultas de atención primaria por programa y ciudad. Así, Foz presenta los mayores volúmenes de producción y tasas de atención en todas los programas, a excepción del programa de la mujer donde la mayor tasa de atención se observa en Puerto Iguazú.

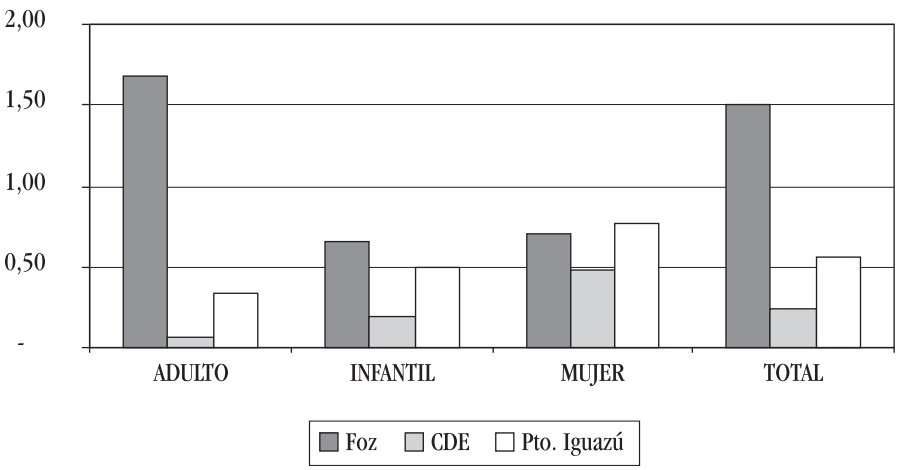
Es importante señalar que en Foz, las consultas de Pediatría y Obstetricia se registran como prestaciones de atención primaria y no de especialidad. Más adelante se analiza de manera comparada esta situación.

Tabla 15: Consultas Médicas Atención Primaria o Básica, Trifrontera, 2000

Programa	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Adulto	6.668	255.509	6.109
Infantil	5.686	52.946	11.456
Mujer	5.508	44.166	20.620
Total	17.862	352.621	38.185

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 06: Tasa de Atención Primaria Trifrontera, 2000



b) Demanda Reprimida

Al analizar la existencia de demanda reprimida se obtuvo la siguiente información:

Puerto Iguazú

No hay datos ni registro de demanda reprimida. De acuerdo a lo señalado por el director del hospital, no existiría demanda reprimida.

Foz de Iguazú

De acuerdo a la información aportada por el equipo del municipio de Foz, actualmente no existe demanda reprimida dado que se implementaron los terceros turnos de atención en los núcleos de salud, lo que permite brindar atención por períodos de tiempo más prolongado.

Sin perjuicio de esta observación, se efectuó una encuesta de demanda reprimida en el mes de diciembre previo a navidad, cuyos resultados no son confiables que se traducían en que en términos generales la demanda de atención era inferior a la producción, salvo para las especialidades de dermatología, endocrinología y gastroenterología que mostraban brechas de atención. En este sentido se concluyó que el período de aplicación no es representativo del comportamiento promedio de la población, siendo recomendable su aplicación en un período neutro.

Ciudad del Este

Como resultados de la aplicación de una encuesta para determinar demanda reprimida, se obtuvo que la demanda reprimida corresponda a un 3% de la producción. En término de números de consultas este representa 1200 consultas.

La validez de esta cifra es discutible, ya que de acuerdo a los resultados de la Encuesta de Hogares (1999), el 44 % de la población que presentó una enfermedad o accidente no leve no consultó. La causa de esta conducta se explica en un 75% por la automedicación y en 22% por el cobro.

3. Consultas médicas de especialidad

Producción Observada

En tabla 16 se presentan las consultas de especialidad por ciudad. Cabe destacar lo señalado anteriormente respecto al registro de las prestaciones, ya que en Foz se han incorporado Pediatría y Obstetricia como prestaciones de la atención primaria. Respecto a medicina interna no se registra como tal, sino que registra las subespecialidades.

Por otra parte es importante señalar que para Foz, las prestaciones descritas son las efectuadas en el Centro de Especialidades Médicas, existiendo además otras atenciones de este tipo que se compran directamente a prestadores privados.

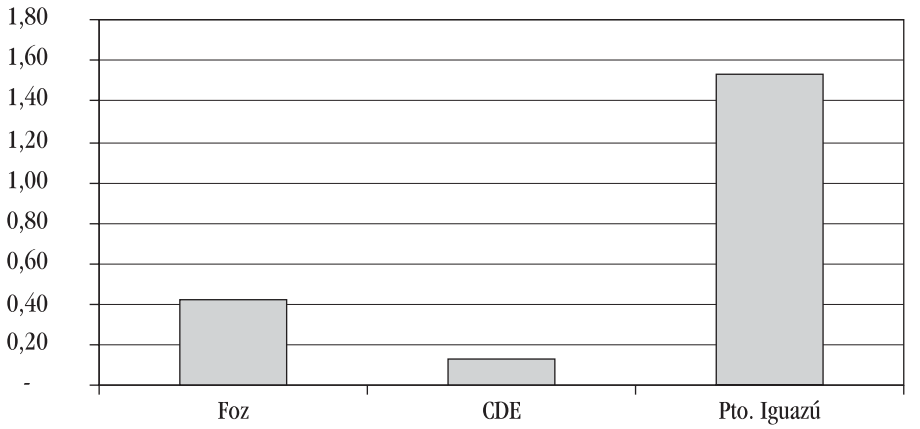
Tabla 16: Consultas Médicas de Especialidad, Trifrontera, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Trabajo		112	
Alergia e inmuno		1.878	
Ontología s/quimio		2.720	
Cardiología		5.713	
Cirugía general	3.084	5.004	1186
Cirugía pediátrica		1.157	
Cirugía plástica		1.775	
Cirugía vascular		1.684	
Dermatología		2.399	325
Endocrinología	273	2.275	
Ginecología Obstetricia	**6.105**		**11.437**
Gastroenterología	134	1.491	
Hematología		771	
Medicina Interna	**19.117**		**1542**
Nefrología		11.204	
Neurología		7.483	
Oftalmología	330	9.776	
Ortopedia	2.634	15.016	772
Otorrinolaring.	390	3.832	
Neumología		1.570	
Proctología		2.822	
Psiquiatría		7.855	
Pediatría	**13.557**		**5.784**
Tisiología		1.335	
Urología	272	5.967	
Hanseniase		2.700	
DST / AIDS			
Total	48.896	96.539	21.179

Fuente: Informes Foz – Ciudad del Este – Puerto Iguazú

Al relacionar directamente las consultas indicadas en la tabla anterior con la población beneficiaria de las tres ciudades se obtiene el gráfico7, que muestra la tasa de atención de especialidad por ciudad. Con los datos obtenidos se observa que Puerto Iguazú genera 1,5 consultas de especialista año por beneficiario, mientras que Foz alcanza a un valor levemente superior a 0,4 y Ciudad del Este a 0,1.

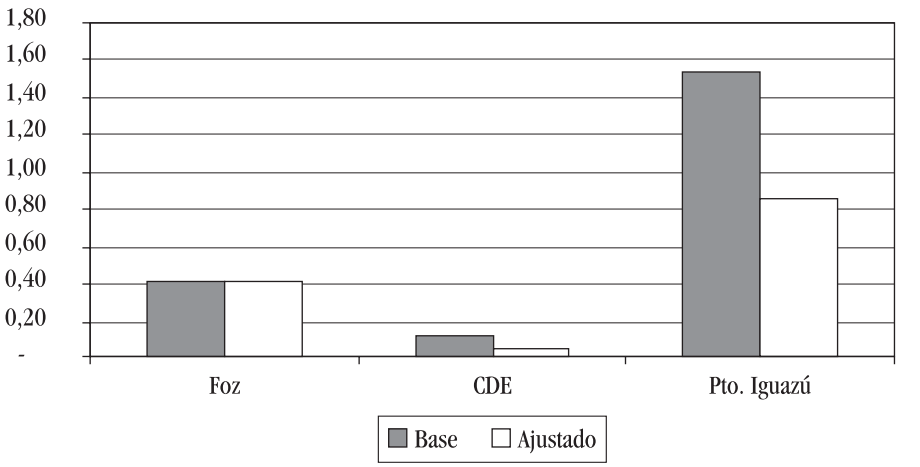
Gráfico 07: Tasa Cruda de Atención de Especialidad, Trifrontera, 2000



Sin embargo dado que existen diferencias en el registro, se estandarizó el registro de especialidades, considerando como tales a todas las señaladas en tabla 16 a excepción de Pediatría y Obstetricia. Al hacer el recálculo de las tasas de atención, se mantienen las de Foz y se reducen las de Ciudad del Este (0,04 Consultas de Especialidad/Beneficiario/Año) y Puerto Iguazú.

Destaca que a pesar del ajuste Puerto Iguazú mantiene la mayor tasa de atención de especialidad.

Gráfico 08: Comparación Tasas Consulta de Especialidad Base y Ajustada, Trifrontera, 2000

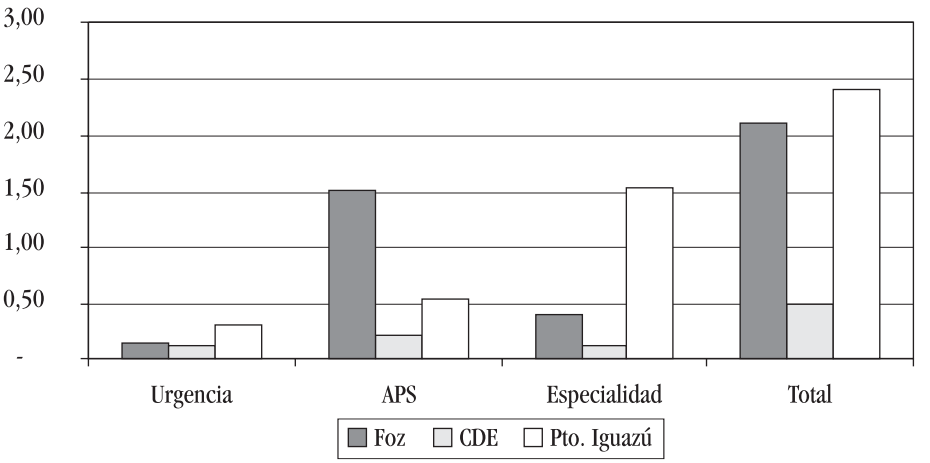


4. Urgencia + Atención Primaria + Especialidad

Dada la diversidad de registros, el efecto de vasos comunicantes entre las consultas médicas y con el objetivo de comparar de manera integral la cobertura de las mismas, se construyó un indicador agregado que suma las consultas de especialidad, atención primaria y urgencia. Los resultados de este cálculo se presentan en gráfico 9.

De este análisis se puede señalar que la población de Puerto Iguazú recibe anualmente cerca de 2,4 consultas médicas por beneficiario, la población de Foz un poco más de 2,1 consultas y la población de Ciudad del Este 0,5.

Gráfico 09: Tasas de Consulta Médica, Trifrontera, 2000



Demanda Reprimida

No fue posible diferenciar dentro de las encuestas de demanda reprimida entre las prestaciones de atención primaria y de especialidad.

5. Atención del parto y puerperio

La atención del parto es decreciente en toda la Trifrontera, ello se refleja en los valores de tabla 17 y gráfico 10, donde se presenta la evolución de los partos por ciudad.

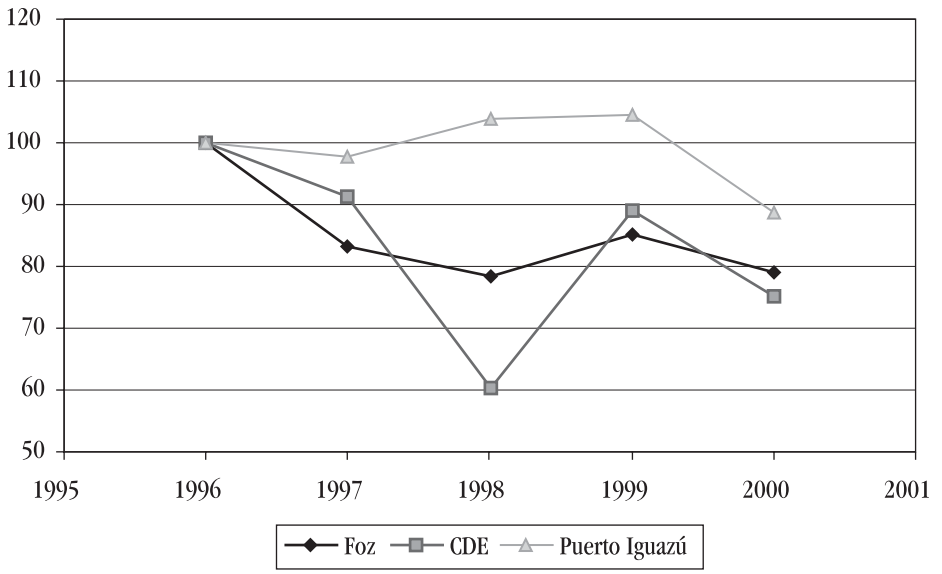
La tendencia es más marcada en Ciudad del Este con una caída del 22% en el período analizado.

Tabla 17: Atención del Parto por ciudad, Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	6.122	5.088	4.790	5.213	4.832
CDE	1.499	1.370	906	1.337	1.128
Puerto Iguazú	854	834	886	892	758

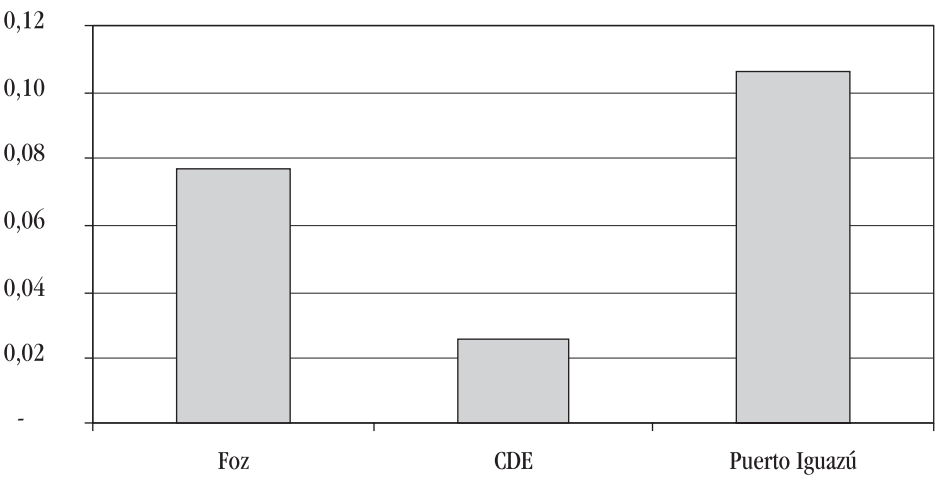
Fuente: Informes Foz – Ciudad del Este – Puerto Iguazú

Gráfico 10: Evolución Partos, Trifrontera 1996 – 2000



Al comparar el número de partos en relación a la población de mujeres en edad fértil, se obtiene que los mayores valores se dan en Foz de Iguazú y Puerto Iguazú. Cabe destacar que de acuerdo a lo señalado en Ciudad del Este, existe un importante número de partos domiciliarios y en sector privado, lo que hace disminuir la estadística de partos atendidos en el Hospital de Ciudad del Este.

Gráfico 11: Número de partos por 1000 Mujeres en Edad Fértil (15-44), Trifrontera, 2000



6. Intervenciones Quirúrgicas Mayores

Por cirugías mayores se entiende aquellas donde participa de manera directa un anestesista y son efectuadas en un pabellón quirúrgico.

En tabla 18 y gráfico 12 se presenta la evolución del total de Cirugías Mayores, de urgencia y electivas por cada ciudad.

Tabla 18: Evolución Intervenciones Quirúrgicas Electivas y Urgencia, Trifrontera

	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	3.529	2.464	3.254	4.648	5.191
CDE	2.892	2.123	3.447	3.310	3.840
Puerto Iguazú	1.040	908	913	1.079	684

Fuente: Informes Foz – Ciudad del Este – Puerto Iguazú

Se observa que Foz y Ciudad del Este presentan un número creciente de Cirugía Mayores, mientras que en el caso de Puerto Iguazú presenta un número relativamente estable hasta 1999 y el 2000 registra una importante caída.

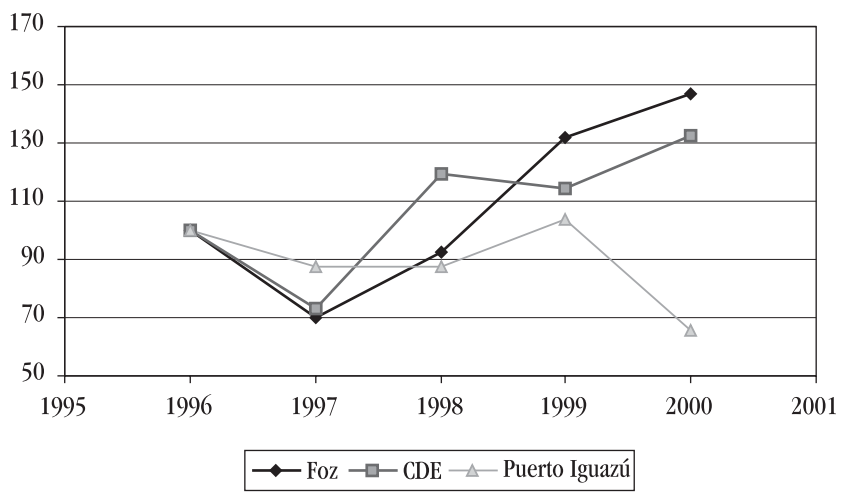
Para ninguna de las ciudades existe una estimación de la demanda reprimida de las cirugías.

En Foz las cirugías son efectuadas directamente en los hospitales y registradas por los médicos, sin tener contacto directo con la Secretaría de Salud.

En Ciudad del Este, las cirugías se efectúan casi todas en base a la atención de urgencia , por lo que no existe registro de listas de espera.

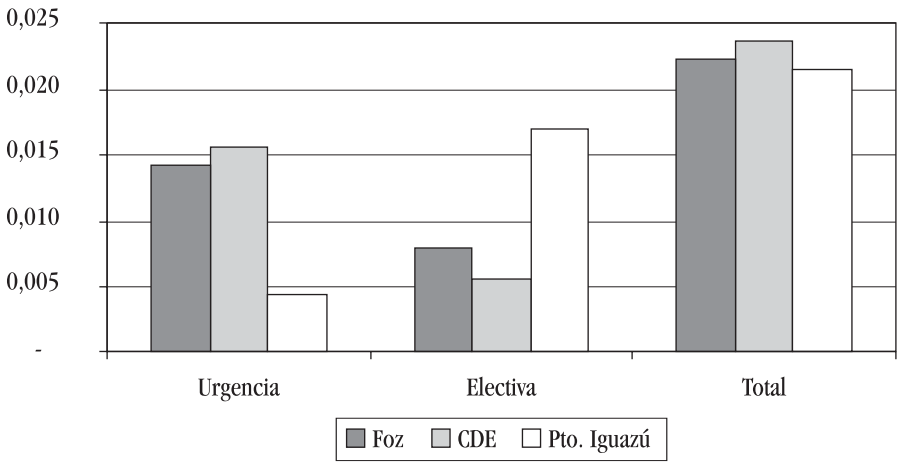
En Puerto Iguazú, a pesar de existir un sistema de interconsulta y derivación no existen registros de listas de espera.

Gráfico 12: Evolución Cirugía Mayor Beneficiarios Públicos, Trifrontera, 1996 – 2000



Al analizar la cobertura poblacional, las tres ciudades presentan cobertura similares, Ciudad del Este con 24 IQ cada 1000 beneficiarios, seguido de Foz con 22 y Puerto Iguazú con 21. Esta situación queda reflejada en gráfico 13.

Gráfico 13: Tasa de Cirugía Mayor, Beneficiarios Públicos, Trifrontera, 2000



De este gráfico igualmente se puede observar que existe una relación ineficiente entre las cirugías electivas y de urgencia. En tabla 19 se presenta la mezcla de cirugías electiva y de urgencia por ciudad para el año 2000. En ella se puede observar que para Ciudad del Este y Foz de Iguazú, más del 60% de las cirugías mayores corresponden a urgencias, mientras que para Puerto Iguazú este valor alcanza al 21%.

Tabla 19: Cirugías Mayores de Urgencia y Electiva, Trifrontera, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Urgencia	144	3.316	2.551
Electiva	540	1.875	930
Total	684	5.191	3.840

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Esta predominancia de cirugía de urgencia es poco eficiente, ya que el costo promedio de las intervenciones de urgencia es mayor a las electivas. Este fenómeno puede estar dando cuenta de problemas en la organización de la red de atención, en particular en aquellos aspectos relacionados con la relación entre la consulta del especialista y la cirugía. Otro aspecto que debe evaluarse en Foz y CDE es la existencia de incentivos para efectuar mas intervenciones de urgencia en desmedro de las electivas.

7. Egresos y uso de camas

En tabla 20 se presentan las camas disponibles para la atención de la población beneficiaria de cada ciudad de la Trifrontera. En el gráfico 14 se presenta la disponibilidad de camas cada 1000 beneficiarios. La mayor disponibilidad se encuentra en Puerto Iguazú con 1,6 camas, seguido de Foz con 1,2 y finalmente Ciudad del Este con 0,6.

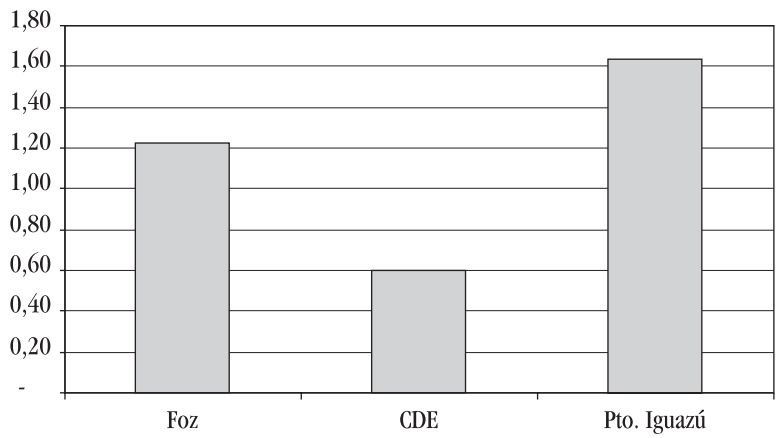
El mayor número de camas está dado por obstetricia, clínica médica y pediatría.

Tabla 20: Camas en Trabajo/Disponibles de Trifrontera para atención de beneficiarios del sistema público, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Cirugía	7	61	6
Obstetricia	10	86	37
Clínica Médica	16	58	36
Pediatría	10	70	18
UTI	4	20	
TOTAL	52	285	97

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 14: Disponibilidad de Camas por 1000 beneficiarios, Trifrontera, 2000



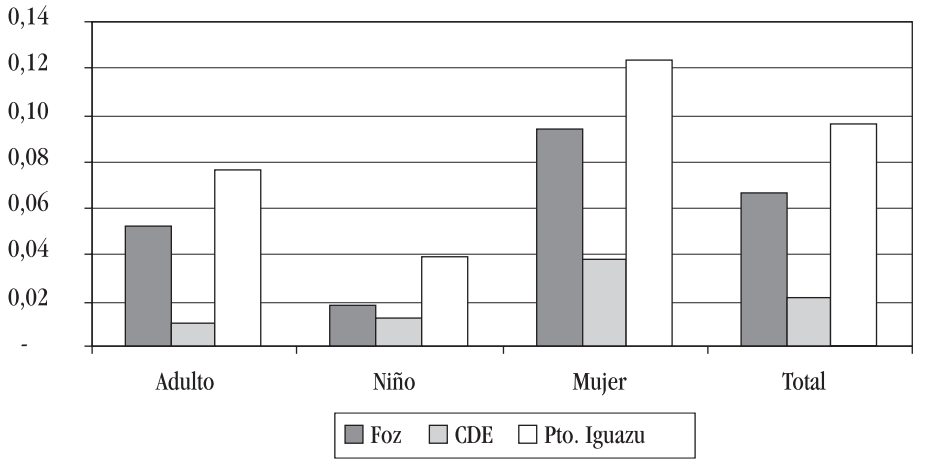
Al analizar los egresos, su magnitud sigue el mismo comportamiento de la disponibilidad de camas, presentando Puerto Iguazú las mayores tasas y Ciudad del Este las menores.

Tabla 21: Egresos Hospitales Trifrontera, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Clínica quirúrgica	597	5.191	411
Obstetricia	881	5.877	1.663
Clínica médica	958	2.619	718
Pediatría	456	1.530	838
Psiquiatría – hospital día		259	
UTI	159		
TOTAL	3051	15.476	3.630

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Gráfico 15: Tasa de Egreso beneficiarios sistema público, Trifrontera, 2000



Al analizar la evolución de egresos por servicio clínico, se observa que para Cirugía, la tendencia es creciente en Foz y Ciudad del Este, mientras que en Puerto Iguazú este valor es decreciente.

Llama la atención que para esta especialidad, el número de egresos en Ciudad del Este es inferior al número de cirugías, lo que debe estar traduciendo que los pacientes intervenidos fueron hospitalizados en otras unidades o no fueron ingresados al hospital.

Tabla 22: Evolución Egresos Clínica Quirúrgica, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	3.529	2.464	3.254	4.648	5.191
CDE	266	261	226	403	411
Puerto Iguazú	936	473	540	495	597

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

La evolución de la Obstetricia sigue un comportamiento similar a la de los partos, con una tendencia decreciente en todas las ciudades.

Tabla 23: Evolución Egresos Obstetricia, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	7.291	6.062	5.807	6.382	5.877
CDE	2.062	1.877	1.306	1.788	1.663
Puerto Iguazú	1.239	1.224	1.111	858	881

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Los egresos de Clínica Médica presentan en general un comportamiento errático en las diversas ciudades. En Foz se observa una brusca caída en 1997, con una recuperación y estabilización los años siguientes. En Ciudad del Este luego de un incremento en 1997, cae los dos años siguientes para nuevamente incrementarse en el 2000. Puerto Iguazú presenta un crecimiento de los egresos hasta 1998, para luego decrecer y estabilizarse los años siguientes.

Tabla 24: Evolución Egresos Clínica Médica, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	3.436	1.800	2.515	2.387	2.619
CDE	530	693	516	555	718
Puerto Iguazú	720	1076	1254	951	958

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Los egresos pediátricos son decrecientes en Foz y Puerto Iguazú. Sin embargo en Ciudad del Este su número se mantiene estable.

Tabla 25: Evolución Egresos Pediatría, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	2.182	1.471	1.718	1.549	1.530
CDE	798	880	832	767	838
Puerto Iguazú	719	635	533	449	456

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

En tablas 26 y 27 se efectúa un ejercicio de optimización del número de camas que sería demandado en caso de planificar las camas con un Índice Ocupacional (IO) promedio del 80%.

En la primera de ellas se calcula el número de camas demandadas a partir de los egresos y días de estadía de cada año, asumiendo que en promedio se debería llegar a un Indice Ocupacional del 80%. De ella se puede describir que esta demanda ha sido decreciente en Foz, creciente en Ciudad del Este y estable en Puerto de Iguazú. En CDE este fenómeno está determinado en mayor grado por el incremento de los tiempos de hospitalización más que por el incremento de los egresos. Junto con lo anterior es importante destacar que optimizando el uso del recurso cama, vía aumento de los I.O. y disminución de los PDE (resultado posible gracias a una mejor gestión del recurso; pool de camas, implementación de modelos de atención innovadores como la hospitalización domiciliaria y la cirugía mayor ambulatoria, entre otros) habría una sobre dotación de 98, 42 y 19 camas al año 2000, en Foz, CDE y Puerto respectivamente, lo que significa que las ciudades mencionadas cuentan con una oferta suficiente para hacer frente a la demanda de egresos. Sin embargo y considerando el comportamiento de la demanda en el período en estudio, debiera replantearse la necesidad de las mismas y estudiar un plan de reubicación o reabsorción de los profesionales involucrados en el proceso, si fuese necesario.

Tabla 26: Evolución Demanda de Camas (con I.O. 80%), Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	206	151	173	178	177
CDE	43	48	40	52	55
Puerto Iguazú	31	28	29	27	28

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tabla 27: Evolución Brecha de Camas, Hospitales Trifrontera

Ciudad	1996	1997	1998	1999	2000
Foz	152	124	102	97	98
CDE	30	25	33	11	42
Puerto Iguazú	16	19	18	9	19

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

C. POBLACIÓN

Se estima que al año 2000 la población de la Trifrontera alcanza a los 552.401 habitantes, de los cuales 423.200 son beneficiarios de los sistemas públicos de salud (tabla 28).

Tabla 28: Composición Poblaciones Trifrontera, 2000

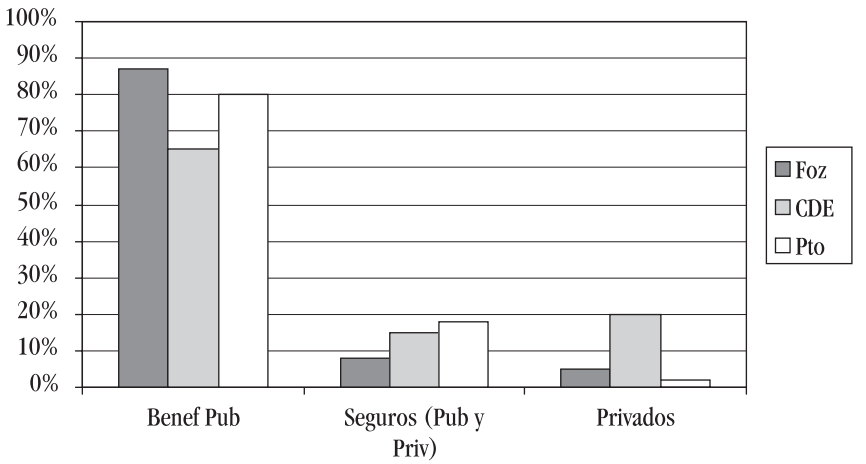
Ciudad	Total	BeneficiariosPúblicos	Seguros(Púb. y Priv)	Privados
Foz de Iguazú	268.188	233.324	21.455	13.407
Ciudad del Este	249.966	162.478	37.495	49.993
Puerto Iguazú	34.247	27.398	6.164	685
Total	552.401	423.200	65.114	64.085

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

De acuerdo a lo presentado en tabla 28, en Ciudad del Este se encuentra el mayor número de beneficiarios de seguros público (IPS) y privados, además de un importante número de pacientes que hacen uso del sistema privado de manera directa. Por ello Ciudad del Este es la que presenta el menor porcentaje de población beneficiaria, alcanzando solo al 65% de la población general.

Foz es la que presenta el mayor porcentaje, alcanzando más del 85%.

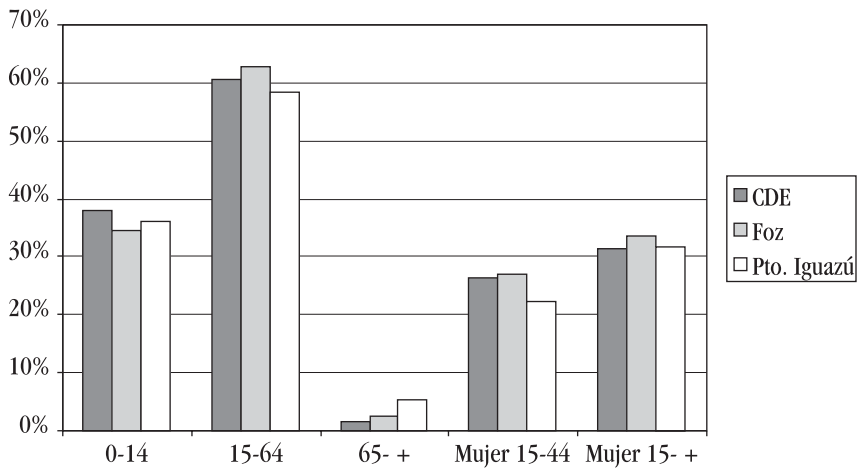
Gráfico 16: Composición Población Usuaria por Sistema de Salud, Trifrontera, 2000



Al analizar la estructura por sexo y edad de las tres poblaciones, se observa que se trata de poblaciones jóvenes, de tipo pretransicional, con alta predominancia del grupo de 0 -14 años que representa más de un tercio de la población. Por otra parte Puerto Iguazú es el que presenta el mayor porcentaje de adultos mayores en su población.

En gráfico 17 se presenta la estructura porcentual por edad y sexo para las ciudades de la Trifrontera.

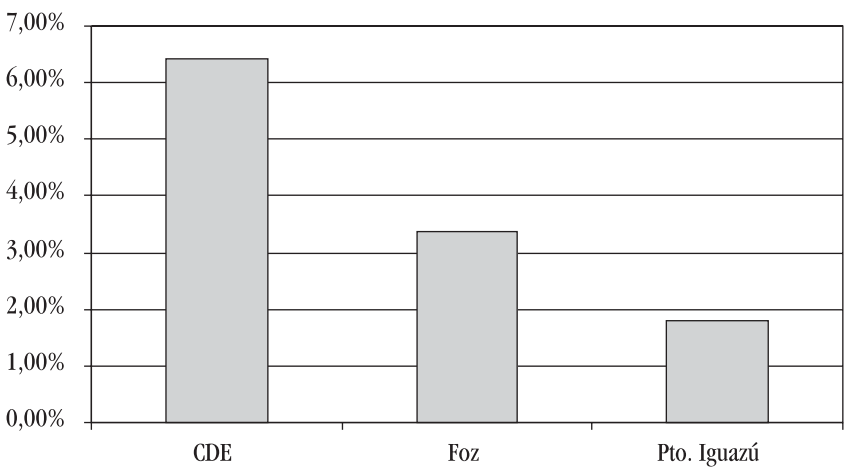
Gráfico 17: Estructura por Edad y Sexo, Ciudades Trifrontera, 2000



Un fenómeno relevante es el crecimiento poblacional. De acuerdo a las cifras de población aportadas por cada ciudad, las tres ciudades presentan diversas dinámicas de población, siendo Ciudad del Este la que presenta el mayor crecimiento, que queda reflejada en una tasa interanual superior al 6%, seguida de Foz con 3,4 y finalmente Puerto Iguazú con un 2%.

En gráfico 18 se presenta la tasa de crecimiento interanual para el período 1999-2000.

Gráfico 18: Tasa de Crecimiento Anual Poblacional, Ciudades Trifrontera 1999 – 2000



El impacto de las tasas señaladas es el rápido crecimiento esperado para Ciudad del Este y Foz, ya que de mantenerse esa dinámica el tiempo de duplicación de sus poblaciones sería de:

- Ciudad del Este: 11 años
- Foz de Iguazú: 21 años
- Puerto Iguazú: 39 años

De acuerdo a estas proyecciones y de mantenerse las tasas de crecimiento actuales, la población de la Trifrontera llegaría a un millón de habitantes en un plazo de 12 años (2012).

Es recomendable que los equipos de planificación local revisen la consistencia de estas cifras ya que estos valores son contradictorios con el decrecimiento de las actividades obstétricas y pediátricas. Sin perjuicio de ello para todos los cálculos efectuados en el presente estudio se ha considerado como dato oficial lo informado por los equipos locales, a excepción de Puerto Iguazú donde a falta de información local el equipo consultor debió estimar la población.

D. Caracterización de los recursos humanos

1. Disponibilidad de personal por establecimiento y territorio

En el siguiente capítulo se presenta la disponibilidad de recursos humanos contratado por el Municipio de Foz para labores de Atención Primaria y de Especialidad, por el Hospital de Ciudad del Este para atención ambulatoria del hospital y atención cerrada del mismo establecimiento y por el Hospital de Puerto Iguazú para sus funciones de atención abierta y cerrada.

Lamentablemente no se pudo disponer de información homogénea sobre las horas que cada médico destina a las diversas actividades de manera de contar con un adecuado estudio de productividad.

a) Médico

En tabla 29 se caracteriza la disponibilidad de cargos médicos equivalentes a jornadas de 40 horas semanales cada uno. Para el análisis de la tabla se debe tener presente lo señalado anteriormente en el sentido que la información de Foz solo refleja los cargos destinados a la atención ambulatoria, y no se considera aquellos recursos destinados a la atención hospitalaria, ya que esta es contratada a privados, por ello estos valores de Foz "subrepresentan" la disponibilidad de recursos de la ciudad.

Los aspectos más destacados de la tabla son:

- El municipio de Foz cuenta con 84 médicos asistenciales, Ciudad del Este con 51 y Puerto Iguazú con 24.
- No hay especialistas en medicina física ni salud pública.
- En Foz se cuenta con 70 dentistas, mientras que su número en las otras dos ciudades es considerablemente menor. Al calcular la disponibilidad por población de este especialista se observa que para Foz se cuenta con 3 dentistas cada 10.000 beneficiarios, en Puerto Iguazú se cuenta con 1,88 y en Ciudad del Este con 0,12 dentistas cada 10.000 beneficiarios.
- Dado que el municipio de Foz contrata especialidades al sistema privado no es posible desprender otras conclusiones relativas a la disponibilidad general de especialistas, ya que las especialidades informadas por Foz son solo aquellas disponibles para atención ambulatoria.

- Al calcular la disponibilidad de médicos asistenciales por cada 1.000 beneficiarios se obtiene que Puerto Iguazú cuenta con 0,75 médicos, Foz 0,36 y Ciudad del Este 0,31. Es necesario tener presente que el valor de Foz está subestimado ya que no se cuenta con la información de los cargos contratados en los hospitales.

Tabla 29: Caracterización Cargos Médicos – Año 2000 – Municipio Foz de Iguazú, Hospital Ciudad del Este, Hospital Puerto Iguazú

Especialidad	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Cirugía	3		10
Anestesiología	2		1
Cirugía infantil		1	1
Dermatología		2	1
Medicina general	6	26	10
Medicina interna		1	
Medicina física			
Neurocirugía			
Neurología		1	
Neuropsiquiatría			1
Obstetricia y ginecología	4	20	9
Oftalmología		4	1
Otorrinolaringología	1	1	1
Pediatría		16	13
Psiquiatría		2	
Traumatología	2	6	3
Urología		2	
Anatomía patológica	1		
Laboratorio clínico	3		
Radiología	2	2	
Médicos asistenciales	**24**	**84**	**51**
Salud pública			
Químico farmacéutico	1		5
Bioquímicos	3		8
Jefaturas	3		11
Dentista	2	70	6

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

En tabla 30 se presenta la disponibilidad de médicos en el sector privado de Puerto Iguazú y Ciudad del Este. No se pudo contar con información de Foz.

Cabe destacar la mayor disponibilidad de especialistas en el sector privado que el público.

Tabla 30: Disponibilidad de Médicos Sector Privado

Especialidad	Pto Iguazú	Foz	CDE
Cirugía		s.i.	10
Anestesiología	1	s.i.	5
Cirugía infantil		s.i.	1
Cirugía general	4	s.i.	
Dermatología		s.i.	3
Medicina general		s.i.	
Medicina interna	1	s.i.	
Medicina física		s.i.	
Neurocirugía		s.i.	
Neurología	1	s.i.	3
Neuropsiquiatría		s.i.	
Obstetricia y ginecología	5	s.i.	22
Oftalmología		s.i.	6
Otorrinolaringología		s.i.	6
Pediatría		s.i.	21
Psiquiatría		s.i.	
Traumatología		s.i.	7
Urología		s.i.	3
Anatomía patológica		s.i.	
Laboratorio clínico		s.i.	
Dentista		s.i.	
Radiología		s.i.	2
Salud pública		s.i.	
Químico farmacéutico		s.i.	
Bioquímicos		s.i.	
Medicina del trabajo		s.i.	
Cardiología		s.i.	4
Proctocología		s.i.	1
Ecografía		s.i.	6

Fuente: Padrón Médico Provincia de Misiones (Arg,); Equipo Ciudad del Este

s.i.: sin información

b) Personal no Médico

Respecto al personal no médico, solo se cuenta con información para las ciudades de Foz y Ciudad del Este. Respecto a esta información es aplicable las reservas señaladas para los médicos en el sentido que el personal de Foz solo considera al que labora en atención abierta (primaria y de especialidad) excluyendo el que trabaja a nivel hospitalario.

Para todos los estamentos analizados, Foz posee entre dos y tres veces más personal que Ciudad del Este. La menor diferencia se observa en el estamento de auxiliares donde la diferencia es menor.

Tabla 31: Disponibilidad Personal Profesional, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000

Estamento	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Enfermeras universitarias	s.i.	44	9
Matronas – partera universitaria	s.i.		9
Bioquímicos	s.i.	11	6
Asistente social	s.i.	6	2
Psicólogo	s.i.	15	
Nutricionista	s.i.	3	
Químico farmacéutico	s.i.		4
Total	s.i.	79	30

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tabla 32: Disponibilidad Personal Técnico, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000

Estamento	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Técnico enfermería	s.i.	20	
Técnico yeso	s.i.	3	
Asistente administrativo	s.i.	24	
Asistente ejecutivo	s.i.	10	
Técnico anestesiólogo	s.i.		7
Técnico transfusionista	s.i.		5
Técnico citotecnólogo	s.i.		2
Técnico laboratorio	s.i.		3
Técnico radiólogo	s.i.		3
Total	s.i.	57	20

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tabla 33: Disponibilidad Personal Auxiliar, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000

Estamento	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Auxiliar de enfermeria	s.i.	156	87
Recepcionista	s.i.	21	4
Atendente farmácia	s.i.	9	
Auxiliar de laboratorio	s.i.		2
Auxiliar administrativo	s.i.		20
Auxiliar secretaria	s.i.		1
Auxiliar estadística	s.i.		1
Auxiliar senasa	s.i.		1
Total	s.i.	186	117

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tabla 34: Disponibilidad Personal con formación mínima, Municipio Foz, Hospital Ciudad del Este, 2000

Estamento	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Agente comunitario de salud	s.i.	221	
Secretaria	s.i.		3
Preceptora	s.i.		5
Estadígrafa	s.i.		1
Educadora sanitaria	s.i.		2
Encargado de patrimonio	s.i.		1
Chofer	s.i.		4
Portero	s.i.		5
Jardinero	s.i.		2
Limpiadora	s.i.		5
Cocinera	s.i.		2
Mucama	s.i.		11
Recepcionista	s.i.		1
Sereno nocturno	s.i.		1
Jefe personal	s.i.		1
Jefe de transporte	s.i.		1
Lavandería	s.i.		2
Mantenimiento	s.i.		1
Cocina	s.i.		5
Sevicios generales	s.i.		13
Encargado de lavandería	s.i.		1
Encargado de ropería	s.i.		1
Encargado de cocina	s.i.		1
Comunicadora social	s.i.		1
Administradora	s.i.		1
Secretaria salud pública	s.i.		1
Operadora de pc.	S.i.		1
Total	s.i.	221	73

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

2. Caracterización del mercado de trabajo

En tabla 35 se esquematizan las diversas variables relevantes para describir el mercado del trabajo.

Tabla 35: Caracterización del Mercado del Trabajo

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Oferta de Trabajo	Baja	Alta	Mediana
Capacidad Formadora	Ninguna	Sin Información	Alta
Retención del personal	Alta	Alta	Alta

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

a) Oferta de Trabajo

Foz es la ciudad que presenta la mayor oferta de trabajo en la Trifrontera, seguida de CDE y finalmente Puerto Iguazú. Ello está dado por su tamaño de población y los sistemas de financiamiento que generan un mercado de mayor tamaño. Por su parte Puerto Iguazú cuenta con un mercado pequeño y poco dinámico.

b) Capacidad Formadora

Ciudad del Este cuenta con escuelas de 3 Universidades y 5 Institutos, que forman en Medicina, Licenciaturas en Enfermería y Obstetricia, además de Técnicos de Enfermería, lo que le permite incorporar al mercado del trabajo nuevos profesionales de la salud. En Puerto Iguazú no existen centros formadores y para Foz no se cuenta con información.

c) Retención del personal

La variable de mayor homogeneidad es la capacidad para retención de personal, patrón que se repite en las tres ciudades, ya que el personal contratado tiende a permanecer en la ciudad.

E. Análisis de Recursos Financieros

Solo se cuenta con información de los recursos financieros del municipio de Foz de Iguazú, por lo que no es posible establecer comparaciones con los otros países.

De acuerdo a los antecedentes aportados, el gasto per cápita del municipio de Foz alcanzó en el año 2000, R$121,00. La información particular se encuentra disponible en el informe de Foz de Iguazú.

F. Diagnóstico de infraestructura

No se cuenta con información para Puerto Iguazú y Foz de Iguazú, lo que impide efectuar los ejercicios de optimización y proyección de requerimientos de reinversión.

La información particular de Ciudad del Este se encuentra disponible en el Informe de CDE.

G. Equipamiento Médico, Industrial y Vehículos

El registro de equipos y vehículos muestra una clara diferencia en la dotación de ambos rubros entre Foz y CDE.

El registro de equipos y vehículos de Foz solo considera aquellos utilizados por el municipio, mientras que CDE incorpora tanto la atención ambulatoria de especialidad como los que se usan en el hospital.

Tabla 36: Registro Valorizado de Equipamiento Médico, Trifrontera

Item	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Equipamiento	s.i.	2.125.450	413.300
Vehículos	s.i.	544.800	35.000
Total	s.i.	2.670.250	448.300

Fuente: Informes – Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

La gran diferencia en la disponibilidad de tecnología permite estimar que Foz presenta una mayor complejidad de atención y por ende una mayor capacidad de resolución que su vecino.

De Puerto Iguazú no se obtuvo información.

Otro aspecto a relevar es que la mayor parte de los equipos se adquirió en 1998 en el caso de CDE y entre 1999 y 2000 para Foz. Ello tiene como consecuencia que la mayor parte del equipamiento se encuentra actualmente en buenas condiciones, sin embargo se debe prever que este demandará recursos para su reposición entre los años 2004 y 2006.

H. Análisis de la red: estructural y funcional

El análisis estructural mide la capacidad de la red para responder a la atención de salud, a través de la identificación y caracterización de los prestadores públicos y privados de la zona en estudio.

Prestadores Públicos: tipo y ubicación de los establecimientos de salud, modalidad de atención (abierta: ambulatoria, y cerrada: no ambulatoria), complejidad y relación entre vías de comunicación y establecimientos.

Prestadores Privados: tipo y ubicación de los establecimientos de salud, caracterización de sus recursos: boxees, pabellones quirúrgicos, camas.

1. Análisis por Ciudad

a) Prestadores Públicos

Modalidad de Atención y Complejidad

Por complejidad se entenderá la diversidad de atenciones que efectúa un establecimiento, siendo más complejos los establecimientos que producen mayor diversidad y cantidad de prestaciones.

Por tipo de atención se diferenciará entre establecimientos que brindan atención cerrada (hospitalización) y establecimientos que brindan atención abierta (ambulatoria).

En tabla 37 se presenta estructura de la red de atención ambulatoria, de cada ciudad. De ella se puede señalar que en las tres ciudades existe atención de baja y mediana complejidad, sin embargo solo existe atención especializada de alta complejidad en Foz.

En caso que los pacientes de Puerto Iguazú requieran atención de alta complejidad, son derivados a El Dorado o Posadas.

Para Ciudad del Este, el nivel de referencia es Asunción, sin embargo la oferta de atención es limitada y dependerá de la capacidad de pago del paciente o su familia, aunque sea beneficiario del sistema público.

Tabla 37: Modelo de Atención Ambulatoria – Trifrontera

Complejidad\Modalidad Atención	Puerto Iguazú	Foz	Ciudad del Este
Alta	No	Centro de Especialidades Médicas (1)	No
Mediana	Consultorio Hospital Puerto Iguazú	Núcleos de Salud (5)	Consultorio Hospital Ciudad del Este
Baja	Periféricos	Unidades Básicas de Salud (21)	Puestos y Centros de Salud

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

En tabla 38 se presenta el modelo de atención hospitalaria, de ella destaca que en las tres ciudades el nivel de hospitalización es de mediana complejidad, salvo en Foz, donde se puede estimar que Santa Casa tiene algunos elementos de alta complejidad. Sin embargo se repite la situación descrita para la atención ambulatoria en CDE y Puerto Iguazú, donde la ausencia de este nivel implica la derivación hacia las ciudades descritas anteriormente.

Destaca que para Foz, los hospitales (*) son de propiedad privada, manteniendo un convenio con el SUS. A la fecha del estudio la prefectura (municipalidad) tenía intervenido el hospital de Santa Casa. Esta particularidad de Foz, donde no hay hospitales públicos limita el análisis de productividad solo a los establecimientos propios del municipio.

Tabla 38: Modelo de Atención Hospitalaria – Trifrontera

Complejidad\Modalidad Atención	Puerto Iguazú	Foz	Ciudad del Este
Alta	No hay	Santa Casa (*)	No Hay
Mediana	Hospital Puerto Iguazú	Costa Cavalcanti (*)	Hospital Ciudad del Este
Baja	No hay	No hay	No hay

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Tal como se muestra en tabla 39, el factor diferenciador entre los hospitales de las tres ciudades es la disponibilidad para manejar pacientes críticos, donde Ciudad del Este no cuenta con camas intensivas ni de intermedio. Pto Iguazú cuenta con intermedio y Foz con ambas unidades. Además Foz cuenta con Diálisis.

Tabla 39: Caracterización por Hospitales Convenio SUS, Foz do Iguacu, CDE y Puerto Iguazú, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Servicios Clínicos			
Medicina	X	X	X
Cirugía	X	X	X
Pediatría	X	X	X
Obstetricia	X	X	X
Ginecología	X	X	X
Neonatología	X	X	X
Unidad Intensiva		X	
Unidad Intermedia	X	X	
Traumatología	X	X	X
Unidades de Apoyo Clínico Terapéutico			
Unidad Emergencia	X	X	X
Imaginología	X	X	X
Laboratorio	X	X	X
Banco de Sangre	X	X	X
Diálisis		X	

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

En tabla 40 se caracteriza a los establecimientos que prestan atención ambulatoria, según sus especialidades y unidades de apoyo diagnóstico terapéutico.

En este análisis se repite el patrón descrito, en el sentido que Foz cuenta con una mayor disponibilidad de especialidades, seguida de CDE y finalmente Puerto Iguazú.

Tabla 40: Caracterización por establecimientos públicos de atención abierta, Trifrontera, 2001

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Adulto			
Generalista	x	x	x
Cirugía general	x	x	x
Patología mamaria		x	
Traumatología	x	x	x
Urología		x	
Oftalmología		x	x
Otorrino	x	x	x
Dermatología		x	x
Medicina interna	x	x	x
Gastroenterología		x	
Cardiología		x	x
Reumatología		x	
Broncopulmonarneumonología			x
Neurología		x	
Endocrinología		x	x
Psiquiatría		x	x
Hematología		x	x
Nefrología		x	
Oncología		x	
Neurocirugía		x	
Infantil			
Cirugía		x	x
Traumatología			x
Dermatología			x
Pediatría		x	x
Broncopulmonar			x
Neurología		x	
Seguimiento neonatal		x	x
De la mujer			
Ginecología	x	x	x
Obstetricia		x	x

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Funcionalidad de la Red Pública

En el análisis de funcionalidad se considera la organización del modelo de atención y la articulación entre los diversos componentes. Para ello se considera dos modelos complementarios, a saber, atención de urgencia y atención electiva.

(a) Componentes y articulación Red de Urgencia

En tabla 41 se presenta la disponibilidad de los recursos para la atención de urgencia en cada una de las ciudades.

Tabla 41: Componentes Red de Urgencia, Trifrontera, 2001

	Puerto Iguazú	Foz	Ciudad del Este
Pre Hospitalaria	Nº 107	SIATE 196	No
Atención Primaria	Si	Si	Si
Hospital – Unidad de Emergencia	Hospital Puerto Iguazú	Santa Casa	Hospital CDE
Unidad Intensiva/Intermedia	Intermedia	Ambas	No tiene

Fuente: Informes Puerto Iguazú – Foz – Ciudad del Este

Puerto Iguazú

En Puerto Iguazú se cuenta con casi todos los componentes de la atención de urgencia. Atención Prehospitalaria activada a través del 107. Unidad de Emergencia con las especialidades básicas las 24 horas los 365 días del año y unidad de intermedio. La atención primaria cuenta también con atención de urgencia, sin articulación (coordinación) con el hospital.

En las tres ciudades no se cuenta con un sistema coordinador y articulador de la atención de urgencia a nivel integral, salvo en lo referido a la atención prehospitalaria en Foz de Iguazú y Puerto Iguazú cuyo desempeño se centra en la atención de pacientes en la vía pública.

Para Puerto de Iguazú, en caso de requerir atención de cuidados intensivos los pacientes son derivados a El Dorado.

Foz de Iguazú

En Foz se dispone de todos los elementos posibles de identificar en la red de urgencia, desde la atención prehospitalaria de acceso universal (196) hasta la atención en la unidad de intensivo. Cabe destacar que la administración de cada uno de ellos responde a diferentes organizaciones. El sistema prehospitalario es de administración entre el municipio y los bomberos. La atención primaria es de administración municipal. La atención de urgencia hospitalaria es efectuada por un hospital en convenio con el SUS.

Por otra parte, en caso de ser necesaria una hospitalización existe una unidad que coordina la disponibilidad de camas entre los establecimientos.

Ciudad del Este

La atención de urgencia es brindada en la atención primaria, que en caso de necesidad deriva los pacientes al Hospital de Ciudad del Este, que cuenta con una Unidad de Emergencia que cubre las especialidades básicas, las 24 horas los 365 días del año. No cuenta con atención prehospitalaria, de cobertura poblacional, salvo en la autopista concesionada. La atención primaria de urgencia, no está articulada (coordinada) con el hospital. Para pacientes con compromiso vital, el hospital no cuenta con unidades de cuidados intensivos e intermedio. En caso de requerir este tipo de atención pueden ser derivados a hospitales privados o a Asunción de acuerdo a la disponibilidad de recursos para financiar este procedimiento.

(b) Articulación Red Electiva

A continuación se describe los mecanismos de articulación entre los diferentes componentes de la red electiva en cada ciudad.

Los aspectos más relevantes con este análisis se relacionan con la organización en base a niveles de complejidad creciente y a la articulación entre ellos.

Tal como se presentaba en tablas 37 y 38 existe una organización de la atención en base a establecimientos de diversa complejidad, sin embargo las principales falencias se encuentran en los procesos de derivación y contra derivación entre los diversos niveles, que salvo excepciones no se encuentran regulados. Ello implica un ineficiente uso de los recursos disponibles, en la medida que la población puede acceder directamente a la atención de especialidad, sin que medie la opinión de un médico generalista.

A continuación se describe la situación para cada ciudad.

Puerto Iguazú

De manera similar a Ciudad del Este, a pesar de existir diversas estructuras para atención primaria y de especialidad, la red no esta regulada, en el sentido que las personas pueden consultar de manera espontánea tanto en atención primaria como de especialidad. Sin embargo un aspecto destacado es que en el ámbito de las cirugías mayores, estas son mayoritariamente programadas, lo que traduce la existencia de un procedimiento de coordinación entre los equipos que efectúan la atención ambulatoria y los de hospitalización.

En términos globales, se debiera implementar la figura funcional de un coordinador (articulador) local de la red asistencial (urgencia y electivo), que pudiésemos denominar Gestor de la Red Asistencial de Salud, cuya principal función es la de velar por que se satisfaga la demanda de la población, en un contexto de equidad, oportunidad, satisfacción de los pacientes y calidad, haciendo un uso adecuado de los factores productivos disponibles, desarrollando protocolos de atención y cooperación entre los establecimientos de la red, redistribuyendo la oferta de los factores productivos del sector, entre otros.

Con el fin de operacionalizar e institucionalizar la figura del Gestor de la Red, se hace necesario definir el rol del Gestor, identificando normas y protocolos de operación, necesidades de soporte estructural, financiero, recursos humanos e informático, para su funcionamiento, de acuerdo a la demanda y oferta disponibles. En este sentido el impacto del Gestor de la Red se debiera manifestar en el manejo eficiente de los recursos productivos (infraestructura, recurso humano y equipamiento) en función de la demanda de prestaciones.

Un ejemplo de lo anterior es el manejo de las agendas médicas, articulación de las camas agudas, intermedias y complejas, la reorientación de la demanda, la derivación y contra derivación en un contexto de red, responsabilizándose el sector por el paciente, a fin de asegurar un acceso oportuno y equitativo a las prestaciones, entre otros.

Foz de Iguazú

Hay un sistema jerarquizado de derivación y contra derivación entre la atención primaria y la especialidad. De acuerdo a lo observado el principal vacío se genera en la articulación entre el consultorio de especialidades y las hospitalizaciones electivas, ya que los médicos de los hospitales en convenio con el SUS manejan su propia agenda, lo que se refleja en la alta proporción de cirugía de urgencia en desmedro de la electiva, que en promedio debería ser de menor costo y riesgo, dado que es posible programarla.

Ciudad del Este

A pesar de existir una red de atención primaria y de concentrar la atención de especialidad en el Hospital de Ciudad del Este, no existe un sistema jerarquizado de derivación y contra derivación, funcionando las consultas de especialidad a partir de la demanda espontánea de los pacientes. Las cirugías se efectúan principalmente como respuesta de la atención de urgencia, sin una base de programación

La falta de regulación entre atención primaria y de especialidad tiene como efecto una ineficiencia en el uso del recurso médico especialista, que con seguridad está atendiendo a pacientes que pueden ser manejados por un médico general. Por otra parte, el problema del desbalance entre las cirugías de urgencia y electivas, traduce una deficiente coordinación entre la consulta electiva de cirugía y la intervención, las que por la organización del hospital son efectuadas mayormente en la modalidad de urgencia, con los efectos señalados anteriormente para el caso de Foz.

b) Prestadores Privados

Tanto en Ciudad del Este como en Foz de Iguazú, hay una gran gama de establecimientos privados que ofrecen atención de todos los niveles de complejidad.

Ciudad del Este cuenta con 8 clínicas privadas, que poseen mayor complejidad que el hospital del sistema público. El acceso a estos establecimientos depende de la capacidad de pago de la población lo que limita el acceso. En Foz de Iguazú se cuenta además de los establecimientos en convenio con el SUS con otras 4 clínicas. En Puerto Iguazú no se cuenta con clínicas privadas, pero si consultas médicas.

Existen además consultas médicas particulares, descritas en tabla 30.

Tabla 42: Disponibilidad de servicios y unidades en clínicas privadas de Ciudad del Este y Foz de Iguazú, 2000

	Puerto Iguazú	Foz	CDE
Servicios Clínicos			
Medicina	No hay	X	X
Cirugía	No hay	X	X
Pediatría	No hay	X	X
Obstetricia	No hay	X	X
Ginecología	No hay	X	X
Neonatología	No hay	X	X
Unidad Intensiva	No hay	X	X
Unidad Intermedia	No hay	X	X
Odontología	No hay	X	X
Urología	No hay		X
Cardiología	No hay		X
Gastroenterología	No hay		X
Endocrinología	No hay		X
Hematología	No hay		X
Oftalmología	No hay		X
Clínico General	No hay		X
Otorrinolaringología	No hay		X
Neurología	No hay		X

Reumatología	No hay		X
Traumatología	No hay		X
Proctocología	No hay		X
Alergista	No hay		X
Nefrología	No hay		X
Cirugía plástica	No hay		X
Nutricionista	No hay		X
Flevología	No hay		X
Neurología Infantil	No hay		X
Cardiología Infantil	No hay		X
Fonoaudiología	No hay		X
Dermatología	No hay		X
Unidades de Apoyo Clínico Terapéutico			
Unidad Emergencia	No hay	X	X
Imaginología	No hay	X	X
Laboratorio	No hay	X	X
Banco de Sangre	No hay	X	X
Fisioterapia	No hay		X
Psicología	No hay		X
Patología	No hay		X
Electro Cardiograma	No hay		X
Tomografía	No hay		X
Mamografía	No hay		X
Ecografía	No hay		X
Ecocardiograma	No hay		X

2. Atención de Salud entre Países

Dada la configuración geográfica de accesibilidad, historia, cultura y desarrollo socio económico de la Trifrontera, esta permite el libre tránsito de personas entre los países. Dada su proximidad geográfica y configuración económica, el mayor flujo se da entre Ciudad del Este y Foz de Iguazú. Esta última actúa de bisagra entre Paraguay y Argentina debido a su ubicación geográfica.

A lo anterior se suma el escaso control para el flujo de personas entre CDE y Foz, lo que facilita aun más este intercambio.

Dada su ubicación y desarrollo en materia de salud, Foz de Iguazú se constituye en un polo de atracción en ésta materia. Ello se da tanto para pacientes provenientes de Paraguay como de otros municipios ubicados en la región.

De acuerdo a los antecedentes recopilados en la zona, no existen mecanismos formales de derivación y contra derivación entre los países, sin perjuicio que ocasionalmente se reciben solicitudes de atención desde el Hospital de Ciudad del Este, hacia la Santa Casa. Este es un hecho relevante para el análisis, ya que la mayor parte de la consulta es espontánea.

Al preguntar por pacientes de otras nacionalidades atendidos en los establecimientos públicos o en convenio, solo Foz reunía un volumen importante de atenciones que se describen en tabla 43, la que además contiene las atenciones brindadas a pacientes provenientes de otras regiones de Brasil. En Puerto Iguazú este número era escaso y en CDE no existía registro.

Tabla 43: Origen de la demanda, Foz de Iguazú, año 2000

Número	Argentina	Brasil	Paraguay
Consulta Urgencia	01	314	1.141
Egresos Hosp.	01	381	1.246
Partos			389
Consulta Atención Primaria			22.062
Vacunas			
Consulta Especialidad			10.827
Diálisis		3.250	

Dado que las atenciones demandadas entre los diversos países no son similares para todas las prestaciones, se profundizará el estudio de cada una de las trazadoras consideradas, para lo cual se calcularán diversos indicadores útiles para el análisis territorial. Para ello se utiliza como base la siguiente tabla, que contiene los datos necesarios para construir los indicadores. La Tabla ha sido diseñada considerando que existen dos ciudades A y B, que presentan diversos niveles de intercambio entre si. Para su construcción se debe conocer los siguientes datos:

α: número de pacientes de la ciudad A que son atendidos en la ciudad A

β: número de pacientes de la ciudad A que son atendidos en la ciudad B

γ: número de pacientes de la ciudad B que son atendidos en la ciudad A

δ: número de pacientes de la ciudad B que son atendidos en la ciudad B

		Ciudad de Destino		
		A	**B**	**Total**
Ciudad de Origen	**A**	a	b	a+b
	B	g	d	g + d
	Total	a + g	b + d	g + d+ b + d

Fuente: elaboración propia

A partir de estos datos se construyen los siguientes indicadores:

• Capacidad Resolutiva Territorial

Corresponde al porcentaje de prestaciones que demanda la población de una ciudad o territorio, que son resueltos en el mismo territorio.

Ej. Capacidad Resolutiva Territorial Ciudad A= $\frac{\alpha}{\alpha+\beta}$

Este indicador da cuenta del porcentaje de la producción demandada por la población de la ciudad A que está siendo resuelta en la ciudad A. La diferencia está dada por la atención de habitantes de la ciudad A en la ciudad B que puede corresponder a consulta espontánea o derivación formal a la ciudad B.

Un indicador complementario a este es el porcentaje que representa la atención de personas de la ciudad A en la ciudad B, en relación al total de atenciones brindadas a la población A que se expresa en la siguiente fórmula:

Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial Ciudad A= $\frac{\beta}{\alpha+\beta}$

• Índice de prestaciones de ciudad de origen

Corresponde a las atenciones brindadas en la ciudad de destino a la población de la ciudad de origen en relación a las atenciones totales de la ciudad de origen.

Índice Prestaciones Origen Ciudad A= $\frac{\beta}{\alpha+\gamma}$

Este indicador da cuenta del porcentaje de la producción demandada por la población de la ciudad A en la ciudad B en relación a la producción de la ciudad A. Ello permite estimar la posibilidad que la ciudad A se haga cargo de la demanda que está siendo atendido fuera de ella o establecer la información base para determinar las medidas de intercambio entre ellas.

• Índice de prestaciones de ciudad de destino

Corresponde a las atenciones brindadas en la ciudad de destino a la población de la ciudad de origen en relación a las atenciones totales de la ciudad de destino.

Índice Prestaciones Destino Ciudad A= $\frac{\beta}{\beta+\delta}$

A continuación se aplican estos conceptos para analizar la relación entre las ciudades de la Trifrontera. Dado que la principal relación en la frontera se da entre CDE y Foz, los análisis se centrarán en este binomio, en particular en la definición de las relaciones de dependencia desde CDE hacia Foz.

a) Egresos Hospitalarios

Al analizar los Egresos Hospitalarios, la producción de Ciudad del Este representa el 75% de los egresos que se efectúan a ciudadanos paraguayos considerando este país, Foz y Puerto Iguazú.

Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 8% de su producción y para Puerto Iguazú este alcanza al 1%.

Tabla 44: Análisis Origen – Destino Egresos Hospitalarios Trifrontera

		Destino		
		Foz	**Puerto Iguazú**	**CDE**
Origen	**Brasil**	14229	5	0
	Argentina	1	3044	0
	Paraguay	1246	26	3630

Fuente: Elaboración Propia

Al calcular los indicadores para los egresos hospitalarios se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 75%
- Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE2 _____ 5%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 34%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 8%

De los ingresos hospitalarios, el mayor número está concentrado en obstetricia y cirugía.

Tabla 45: Hospitalizaciones de ciudadanos paraguayos en Hospitales de Foz de Iguazú, 2001

Servicio Clínico	Santa Casa	Costa Cavalcanti	Clinipar
Obstetricia	410	43	32
Cirugía	254	55	02
Pediatría	163	20	02
Medicina General	153	07	
Total	980	125	36

En entrevistas con personal que labora en el Pronto Socorro de Santa Casa, señalaban que era frecuente que los ciudadanos paraguayos llegaran de manera espontánea a consultar y en algunos casos trasladados en ambulancia sin ningún aviso previo.

b) Consultas de Atención Primaria

En Atención Primaria la producción de Ciudad del Este representa el 63% de las consultas que se efectúan a ciudadanos paraguayos considerando este país y Foz.

Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 6% de su producción.

Tabla 46: Análisis Territorial Atención Primaria, Trifrontera, 2000

		Destino		
		Foz	CDE	Total
Origen	Brasil	330.559	0	330.559
	Paraguay	22.062	38.185	60.247
	Total	352.621	38.185	390.806

Al calcular los indicadores para consultas de atención primaria se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 63%
- Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 37%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 58%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 6%

c) Consultas de Urgencia

En Atención de Urgencia la producción de Ciudad del Este representa el 95% de las consultas que se efectúa a ciudadanos paraguayos considerando este país y Foz.

Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 3% de su producción.

Tabla 47: Análisis Territorial Consultas de Urgencia, Trifrontera, 2000

		Destino		
		Foz	**CDE**	**Total**
Origen	**Brasil**	38.662	0	38.662
	Paraguay	1.141	21.179	22.320
	Total	39.803	21.179	60.982

Al calcular los indicadores para las consultas de urgencia se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 95%
- Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 5%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 5%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 5%

d) Consultas de Especialidad

En Consultas de Especialidad la producción de Ciudad del Este representa el 66% de las consultas que se efectúan a ciudadanos paraguayos considerando este país y Foz.
Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 11% de su producción.

Tabla 48: Análisis Territorial Consultas de Especialidad, Trifrontera, 2000

		Destino		
		Foz	**CDE**	**Total**
Origen	**Brasil**	85.712	0	85.712
	Paraguay	10.827	21.179	32.006
	Total	96.539	21.179	117.718

Al calcular los indicadores para las consultas de especialidad se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 66%
- Índice Complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 34%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 51%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 11%

En tabla 49 se presenta las consultas por especialidad brindadas a ciudadanos de Paraguay. El mayor volumen de consultas se concentra en la atención dental. Dentro de las especialidades médicas, las que concentran el mayor número de atenciones son Oftalmología, Ortopedia, Neurología y Cardiología.

Tabla 49: Derivaciones Consultas Médicas de Especialidad, Municipio Foz de Iguazú, 2001

Tipo de Especialidades	Pacientes de Paraguay
Cirugía	281
Cardiología	649
Cirugía infantil	101
Dermatología	188
Endócrino	195
Nefrología	299
Gastro	52
Oncología	359
Neurología	750
Proctología	189
Obstetricia y ginecología	530
Oftalmología	1.078
Otorrinolaringología	265
Pediatría	616
Psiquiatría	595
Ortopedia	1.067
Urología	479
Cirugía plástica	99
Dentista	2.580
Total	10.827

Tabla 50: Derivaciones de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, Municipio Foz de Iguazú, 2001

Tipo de Procedimientos	Paraguay
Fonoaudiología	285
Fisioterapia	4.000
Electrocardiograma	278
Electroencefalograma	95
Examen Patología Clínica	26.000
Rayos X	1.786
Citopatología	15
Total	32.459

e) Partos

En Atención del Parto la producción de Ciudad del Este representa el 74% de los partos que se efectúan a ciudadanos paraguayos considerando este país y Foz.

Para Foz, las atenciones brindadas a los paraguayos corresponden al 8% de su producción.

Tabla 51: Análisis Territorial Atención del Parto, Trifrontera, 2000

		Destino		
		Foz	**CDE**	**Total**
Origen	**Brasil**	4.443	0	4443
	Paraguay	389	1128	1517
	Total	4832	1128	5960

Al calcular los indicadores para los partos se obtiene:

- Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 74%
- Índice complemento Capacidad Resolutiva Territorial CDE _____ 26%
- Índice de prestaciones de ciudad de origen CDE _____ 34%
- Índice de prestaciones de ciudad de destino CDE – Foz _____ 8%

f) Síntesis

En tabla 52 y gráfico 19 se presentan diversos indicadores de resolución territorial de las prestaciones analizadas.

Tabla 52: Resumen Indicadores Análisis Territorial – Trifrontera, 2000

	Egresos	**Urgencia**	**APS**	**Especialidad**	**Partos**
Capacidad Resolutiva Territorial (CRT)	74%	95%	63%	66%	74%
Índice Complemento Cap. Res. Territorial CDE	26%	5%	37%	34%	26%
Índice Origen CDE	34%	5%	58%	51%	34%
Índice Destino CDE – Foz	8%	3%	6%	11%	8%

Al analizar los diversos patrones se puede establecer que ellos se comportan de manera diferente dependiendo del tipo de prestación que se trate.

Básicamente podemos establecer tres patrones de comportamiento:

Alta Dependencia de CDE en relación atención primaria y de especialidad, que se reflejan en una baja Capacidad Resolutiva Territorial y donde el porcentaje de las prestaciones efectuadas en Foz a ciudadanos paraguayos, representa más de la mitad de la producción de atención primaria y especialidad de CDE.

Por otra parte para Foz este volumen de producción representa entre un 6% y un 11% de la atención primaria y de especialidad respectivamente.

Cabe destacar que dado el carácter electivo de estas prestaciones, son las que más se ven favorecidas y facilitadas por el libre tráfico de personas entre las ciudades.

De acuerdo a estudios de Foz, aparentemente el mayor flujo de paraguayos se concentra en los centros de salud cercanos al río y puente, dado que la población puede acceder a pie desde CDE, ello viene a reforzar la caracterización de este patrón de demanda.

Dependencia Media de CDE a egresos y atención del parto, donde la Capacidad Resolutiva Territorial llega al 75% y donde el porcentaje de la prestaciones efectuadas en Foz a ciudadanos paraguayos, representa más de un tercio de la producción de CDE.

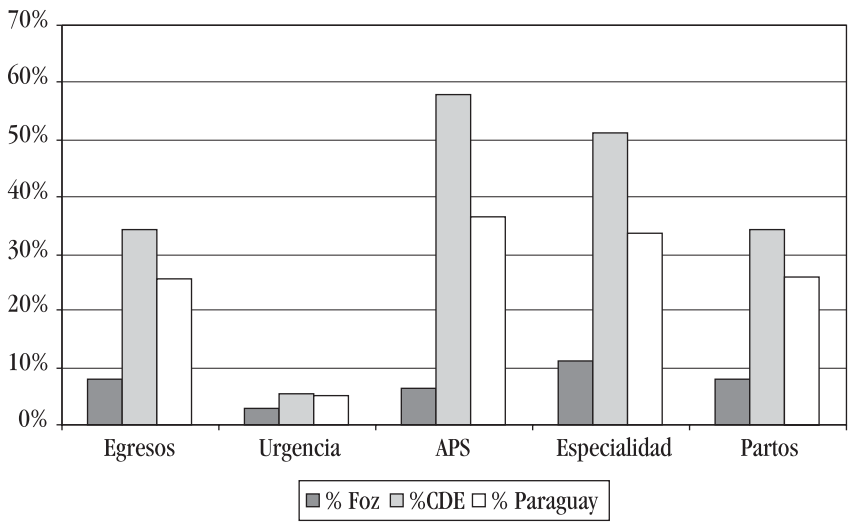
Cabe destacar que de acuerdo al patrón para egresos y partos es prácticamente idéntico para los diversos indicadores, sin embargo los egresos alcanzan a 1246 y los partos a 389.

Para Foz este volumen de producción representa entre un 8% de su producción hospitalaria y de sus partos.

Baja Dependencia de CDE en relación a atención de urgencia donde la Capacidad Resolutiva Territorial llega al 95% y donde el porcentaje de las prestaciones efectuadas en Foz a ciudadanos paraguayos, representa un 5% de la producción de CDE.

Para Foz este volumen de producción representa entre un 3% de su producción hospitalaria y de sus partos.

Gráfico 19: Indicadores de Funcionamiento Territorial, Ciudad del Este – Foz de Iguazú, 2000



g) Articulación entre países

De acuerdo a los antecedentes recopilados, no existen instancias formales de derivaciones y contra derivaciones entre los tres países. Ocasionalmente se dan apoyo en caso de algunas urgencias vitales.

En este sentido los flujos entre los países corresponden esencialmente a la demanda espontánea de las personas, situación que tiene una fuerte raigambre histórica y social, por lo que es difícil de cambiar. Esto se ve traducido en los diversos patrones de producción analizados, ya que mientras más electiva o programable es la prestación, mayor es la demanda desde CDE hacia Foz. Lo que se ve facilitado por la permeabilidad de las barreras de atención en Foz.

La atención de urgencia entre países es éticamente inobjetable, dado el riesgo vital, debe ser atendida sin discriminar el origen de los pacientes, sin embargo las prestaciones electivas pueden ser reguladas por los diversos prestadores, es decir se puede condicionar el acceso

VI. Conclusiones y Recomendaciones

Para efectuar las recomendaciones es conveniente hacer presente los objetivos de la consultoría:

- Elaborar el diagnóstico de la capacidad potencial actual de producción de los establecimientos hospitalarios y estructural-funcionales de la red de atención de los sectores señalados.
- Establecer propuestas de desarrollo y cooperación entre los países que permitan optimizar los recursos actuales y orientar futuros desarrollos.

Este capítulo se ha organizado considerando aspectos de tipo general que resumen el diagnóstico solicitado, que constituyen elementos a considerar en la gestión sanitaria de la región y aspectos específicos, que se relacionan directamente con las propuestas de desarrollo solicitadas.

A. Generales

1. Calidad y Oportunidad de la Información

Dado que el estudio se construyó mayormente a partir de fuentes secundarias, un problema recurrente fue la calidad y oportunidad de ésta en los siguientes ámbitos:

- Disponibilidad de registros
- Confiabilidad y suficiencia de los registros
- Método de cálculo de los indicadores
- Población
- Definición de términos y conceptos
- Homologación de términos entre países
- Validación de la información

En este contexto las recomendaciones se asocian a la revisión y adecuación de los sistemas de registro de información hacia la generación de indicadores de gestión sanitaria y administrativas, que haga más eficaz y eficiente el accionar de los sistemas de salud y que sirvan como insumo actualizado permanente para la toma de decisiones.

Es recomendable que en aquellas materias de interés común entre los tres países, los sistemas de información sean compatibles entre si, para lo cual es indispensable una labor de homologación de términos y conceptos, además de los sistemas de recopilación y análisis de la información.

En todo caso es indispensable considerar como punto de partida del sistema de información, la definición de los objetivos del mismo.

2. Perfil Epidemiológico y Prioridades Sanitarias

Al analizar los indicadores de daño asociados a mortalidad, AVPP y perfil de consultas y egresos se observan algunos patrones comunes entre las tres ciudades y otros que son propios de cada una de ellas.

Respecto a los indicadores de mortalidad, Ciudad del Ese presenta una tasa de mortalidad general inferior a Foz de Iguazú y similar a Puerto Iguazú, de acuerdo a lo señalado por diversos profesionales consultados, se estima la existencia de subregistro de información de muertes en CDE, lo que hace poco confiable el dato. Sin embargo para todos los otros indicadores de mortalidad (Infantil, Neonatal, Materna), CDE presenta tasas significativamente superiores a sus vecinos, lo que indica un mayor nivel de daño.

Un aspecto preocupante es que en las tres ciudades se observa una tendencia creciente de algunos de estos indicadores asociados a problemas de la mujer embarazada y el niño.

Al analizar los problemas que se repiten en las tres ciudades expresados a través de las causas de muerte, Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y principales causas de consulta y egreso, se observa un patrón mixto compuesto por problemas asociados al parto, violencias y otras derivadas de patologías crónicas no transmisibles asociadas al envejecimiento de la población:

- Violencias y Traumatismos
- Patología Obstétrica y Perinatal
- Patología Cardiovascular
- Neoplasías
- Patología Respiratoria
- Patología Digestiva
- Hipertensión Arterial
- Diabetes

Un aspecto relevante al analizar este perfil de daño es su relación con las acciones que actualmente desempeñan los diferentes sistemas, es decir verificar si actualmente se llevan a cabo intervenciones orientadas hacia estos problemas.

Por otra parte el perfil de daño observado en Ciudad del Este da cuenta de condiciones socio sanitario más precarias que sus vecinos, lo que queda reflejado en la importancia de las patologías infecciosas y parasitarias.

Un elemento a tener en cuenta es la relevancia de los problemas del adulto que paulatinamente van desplazando a los de tipo materno e infantil, dentro de aquellos prioritarios de intervención. Esta situación es especialmente preocupante en Ciudad del Este, donde las acciones asistenciales se centran en la atención materno-infantil, con una cobertura muy baja de las prestaciones asociadas a la atención del adulto. Esta sería una línea interesante de profundizar, en el sentido de caracterizar con mayor precisión (edad-sexo-patología) el perfil de demanda de los paraguayos en Foz, ya que presumiblemente la población paraguaya debe demandar en Foz prestaciones que son escasas en su ciudad.

En este contexto sería beneficioso para la región establecer estrategias comunes de prevención y manejo de estos problemas de salud pública que podrían constituir parte de las **Prioridades Sanitarias de la Trifrontera.** Lo interesante de una estrategia de esta naturaleza es que permite incorporar dentro de los programas de colaboración otros aspectos además de los de tipo infectocontagioso, que constituyen habitualmente la preocupación central de los programas de colaboración entre países fronterizos.

La generación de este plan debería partir de los problemas que más daño provocan en la población, entre los cuales al menos deben estar considerados los descritos anteriormente.

Al trabajar los problemas es necesario enfrentarlos de manera integral, identificando e incorporando acciones (eficaces y eficientes, basadas en la evidencia) en los siguientes niveles de intervención:

- Promoción y prevención
- Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación
- Cuidados paliativos

A pesar que los diversos problemas exigirán acciones específicas con estrategias propias, hay elementos del modelo de atención que son aplicables al conjunto de ellos. Estos elementos son la organización y articulación de la red de asistencial. Un ejemplo de ello es la red de urgencia, que a la luz de los problemas

descritos puede servir para atender Traumatismos y Violencias; Patología Cardiovascular descompensada; Patología Obstétrica y Perinatal; etc. Un avance concreto en esta materia sería la formalización de sistemas de colaboración entre los tres países de manera de asegurar la atención de los problemas de salud que representan una urgencia vital para la población.

3. Cobertura Asistencial

Al analizar las consultas médicas es posible observar dos patrones, el primero, relacionado con las consultas de urgencia y el segundo con las consultas de tipo electivo.

Para la atención de urgencia se observa una cobertura asistencial similar entre Ciudad del Este y Foz de Iguazú, presentando Puerto Iguazú una mayor tasa de atención.

Al considerar las consultas médicas de atención primaria y de especialidad, la cobertura de atención es similar entre Foz de Iguazú y Pto Iguazú, sin embargo los valores observados en Ciudad del Este son muy inferiores a sus vecinos. Si se considera el comportamiento programático se observa que tanto en Ciudad del Este como Puerto Iguazú hay una mayor cobertura materno e infantil, con una menor cobertura del adulto. En Foz de Iguazú se observa un patrón inverso. Esto último es un fenómeno importante de objetivar ya que dado que no existe demanda reprimida en APS en Foz, por lo que la menor cobertura materno-infantil puede estar dando cuenta de un fenómeno de disminución de la demanda por parte de estos grupos.

Las mediciones de demanda reprimida (Ciudad del Este y Foz) han dado bajos valores para estas cifras. Las explicaciones de este hecho pueden estar en:

- Los valores de demanda reprimida reflejan efectivamente las necesidades de la población.
- La encuesta no se aplicó de manera adecuada por lo que no refleja fielmente el problema.
- La demanda está auto reprimida por carencia crónica de la misma y la demanda se puede estar resolviendo vía medicina tradicional o auto cuidado, de acuerdo a la complejidad de la misma.
- De acuerdo a lo observado en los estudios de red asistencial efectuados en Chile, un fenómeno que se repitió en condiciones de déficit crónico de atención de especialidad fue que la demanda total (producción + demanda reprimida) era inferior que en ciudades donde había una mayor disponibilidad de recursos.

En todo caso independiente de la explicación que pueda ser asumida como la más correcta, es conveniente establecer un sistema de medición de demanda reprimida efectivo, de lenguaje e interpretación único, consensuado por el sector y sistemático en su aplicación.

Paradójicamente la prestación que presenta menores inequidades en su distribución, entre las tres ciudades, son la cirugías mayores, que de por sí son prestaciones de alto costo, dado el volumen y complejidad de los recursos requeridos para su manejo. Al comparar las prestaciones electivas y de urgencia, se observa que tanto en Ciudad del Este como en Foz, hay un exceso de intervenciones de urgencia en relación a las electivas. Aparentemente este fenómeno se explica por el sistema de administración de las cirugías, donde tanto en Foz como en Ciudad del Este, la urgencia es la principal puerta de entrada para este tipo de prestaciones existiendo una disrupción entre la atención ambulatoria de especialidad y las cirugías, que son efectuadas por equipos distintos. Esta situación no se da en Puerto Iguazú donde existe una mayor continuidad de los equipos asistenciales.

Al analizar la disponibilidad y uso de las camas hospitalarias, se observan igualmente dos patrones, uno al alza y otro a la baja. Los servicios que se encuentran a la baja son pediatría (a excepción de Ciudad del Este) y obstetricia. Los servicios quirúrgicos presentan una tendencia al alza (salvo en Puerto Iguazú

que los egresos están en descenso). Los servicios de medicina tienen un comportamiento más irregular siendo difícil establecer un patrón.

Los índices ocupacionales bajos indican que las camas utilizadas son menores a las disponibles, lo que refleja un exceso en la disponibilidad de camas. Por lo anterior, hay que medir este impacto en las prestaciones relacionadas, unidades de apoyo y servicios generales. Lo anterior, acompañado de un análisis del rendimiento del RRHH, arrojaría resultados desde el punto de vista de la real necesidad de los estamentos, asociado a la demanda, optimización de los factores productivos y aplicación de modelos de atención emergentes.

La ausencia de información sobre la disponibilidad de recursos limita el análisis de productividad, sin embargo un hecho que preocupa es que a pesar de la baja cobertura de CDE, igualmente existe capacidad ociosa, es decir que es posible estimar que pueden incrementar la atención.

En este contexto es recomendable aplicar estrategias de reconversión de camas, de manera de contar con un pool de camas que permita enfrentar las demandas en áreas donde existe un déficit (ej. Cirugía) con los recursos instalados, y el delta positivo (RRHH), destinarlo a otras áreas o reconvertirlos

Al analizar la disponibilidad de recursos humanos en especial la de médicos asistenciales por cada 1000 beneficiarios se obtiene que Puerto Iguazú cuenta con 0,75 médicos, Foz 0,36 (este valor solo considera los médicos destinados a la atención ambulatoria) y Ciudad del Este 0,31, es posible establecer un paralelismo entre los recursos disponibles y la producción. Para construir un análisis más fino se requiere de información que las respectivas ciudades no aportaron.

En síntesis, las mayores diferencias entre las tres ciudades se observa en las prestaciones electivas, que se asocian directamente a una menor disponibilidad de recursos.

4. Funcionamiento de la Red

El mayor desarrollo de la red se verifica en Foz de Iguazú y Puerto Iguazú, lo que está dado por los recursos y organización disponibles. Sin embargo desde la visión de articulación de la red, este proceso es insuficiente en las tres ciudades.

En Puerto Iguazú y Ciudad del Este no hay una regulación explícita entre el nivel primario y la atención de especialidad, lo que genera ineficiencia en el uso de los recursos, al estar los especialistas abiertos a la atención de morbilidad general. La recomendación para esta ciudad se centra en el establecimiento de un sistema de derivación formal entre el nivel primario y de especialidad, además de las derivaciones desde la especialidad ambulatoria a la hospitalizada.

A pesar que en Foz existe una jerarquización de este proceso, el déficit se genera en la articulación con el nivel hospitalario de Santa Casa, el que tiene su propia lógica de funcionamiento. La recomendación en este sentido es implementar una instancia de articulación entre atención de especialidad ambulatoria y la hospitalizada, de manera de optimizar los procesos de derivación y contra derivación entre ellos.

En este sentido se recomienda revisar los criterios de organización y gestión de la red, la que no es solo la generación de normas o manuales de derivación, sino que implica la generación de todo un sistema que debe combinar:

- Aspectos técnicos, que considera los criterios de derivación y contra derivación entre los establecimientos.
- Aspectos administrativos que considera la existencia y gestión de agendas médicas.
- Aspectos financieros según el caso.

Respecto a la red de urgencia, solo Foz cuenta con todos los niveles y capacidades asistenciales instalados, teniendo Ciudad del Este y Puerto Iguazú una menor complejidad asistencial. Es recomendable la organización de los recursos disponibles con un criterio de red, de manera de jerarquizar las solicitudes de atención de la comunidad.

La particularidad de la red de urgencia es que esta está en operación las 24 horas del día durante todo el año, para ello en su organización se debe considerar en su planificación y gestión desde la puerta de entrada a la red (atención prehospitalaria; atención primaria o urgencia hospitalaria), considerar los niveles de resolución de baja, mediana y alta complejidad. En particular en la trifrontera el recurso más escaso es de la cama intensiva para paciente público ya que solo en Foz se cuenta con ellas.

Respecto a los prestadores privados, tanto Ciudad del Este como Foz tienen una amplia gama de ellos. En el CDE los privados tienen una complejidad superior a la existente en el hospital público. En el caso de Foz, dado que existen convenios del SUS, los hospitales son todos privados y venden servicios al municipio vía convenio, por lo que los beneficiarios públicos hacen uso de ellos a través de los convenios existentes.

B. Específicos: Atención entre Países

1. Conclusiones

La información disponible indica que la mayor transferencia de atención se genera entre Ciudad del Este y Foz de Iguazú. A pesar de que en Puerto Iguazú se atiende también a ciudadanos de Paraguay, este número es relativamente pequeño en comparación con los flujos existentes hacia Foz.

Este fenómeno se explica básicamente por aspectos de accesibilidad geográfica asociados a consideraciones sociales y comerciales, lo que se traduce en un libre tránsito entre Ciudad del Este y Foz.

La atención que los ciudadanos de Paraguay solicitan en Foz equivale entre un 5 y 55% de las prestaciones producidas en Ciudad del Este, constituyendo la Atención Primaria y de Especialidad las más demandadas por la población paraguaya.

Las prestaciones que más demanda la población paraguaya es aquella donde hay mayor diferencia entre Ciudad del Este y Foz que son justamente las prestaciones ambulatorias de especialidad. De acuerdo a estudios de Foz, aparentemente el mayor flujo de paraguayos se concentra en los centros de salud cercanos al río y puente, dado que la población puede acceder a pie desde CDE.

A pesar de que en Ciudad del Este existe una alta disponibilidad de prestadores privados, la población concurre a Foz para ser atendida. Ello probablemente se explica por el pago por las prestaciones que el sistema privado exige, en contraposición a la ausencia de esta exigencia por parte de los prestadores públicos.

Otro aspecto relevante al analizar el acceso a la atención, se relaciona con el pago, ya que en el sistema paraguayo todos deben cancelar por la atención, constituyendo la gratuidad una exención por parte de la autoridad y no un derecho.

La demanda desde CDE a Foz **es espontánea,** es decir no está regulada por derivación desde el hospital de CDE a Foz. Ello se ve facilitado por la ausencia de barreras al acceso a la atención en Foz.

Las solicitudes de derivación desde CDE a Foz son escasas y limitadas a atenciones de urgencia.

A manera de síntesis, se puede señalar que la demanda de atención desde CDE a Foz se puede deber principalmente a:

- Déficit de atención en CDE
- Cobro por atención en CDE y ausencia del mismo en Foz

2. Propuestas

Previo al establecimiento de propuestas es importante tener presente como contexto que los elementos que condicionan la derivación de la demanda desde CDE a Foz responden a aspectos estructurales como son la disponibilidad general de recursos en Paraguay (la que es menor que en Brasil) y a las políticas de salud pública del país, que determinan las prioridades nacionales y los criterios de distribución de recursos.

Por otra parte el movimiento de la población entre CDE y Foz da cuenta de una población flotante de gran magnitud, con vínculos familiares (familia transfronteriza), comerciales y laborales muy estrechos, que explica una alta movilidad y adaptación a las nuevas condiciones. Se mencionó durante el estudio que la estrecha vinculación entre la población de ambas ciudades, implica que muchas personas puedan contar con doble sistema de identificación. Dada su ubicación en la frontera, su patrón se acomoda a los cambios económicos que ocurren en cada país.

Un tercer aspecto, es que el tratamiento de los temas de salud no puede ser manejado de manera independiente a otras situaciones de la frontera, en particular a los aspectos sociales y culturales señalados anteriormente además de los aspectos económicos involucrados. Se debe tener presente que los vínculos económicos entre las dos ciudades son de beneficio mutuo y que los intentos de las autoridades para incrementar regulaciones se han encontrado con una fuerte oposición social, que en algunos casos ha determinado el cierre de la frontera con sus consecuentes efectos económicos.

En este escenario se enmarcan las siguientes propuestas que se clasifican en decisiones de nivel local y otras de carácter nacional.

a) Decisiones de nivel local

Sin perjuicio que las relaciones entre países están reguladas por los niveles centrales de cada gobierno nacional, existen un conjunto de acciones que pueden ser materializadas a nivel local, ya que tienen como trasfondo la optimización de los recursos disponibles en la ciudad o región.

El punto de partida para una iniciativa de esta naturaleza es contar con un programa de trabajo que enmarque las diversas acciones y programas. Una propuesta en esta materia es la elaboración de un Plan de Prioridades Sanitarias de la Trifrontera, que identifique las áreas y estrategias de intervención común.

Para su materialización se puede considerar un modelo que paulatinamente vaya incorporando nuevos ámbitos de colaboración, siendo el punto de partida la generación de intercambio de información entre los países, de manera que esta responda a un modelo estable y que no varíe sustancialmente con los cambios de los responsables locales.

En este sentido la coordinación fluida entre los países es el primer paso hacia una coordinación de esfuerzos mayores, por lo que es recomendable, incorporar inicialmente en este proceso los siguientes temas: vigilancia epidemiológica, uso de servicios, preparación colectiva para emergencias y catástrofes.

Sin perjuicio de lo anterior, es recomendable considerar en un programa de trabajo conjunto los siguientes aspectos:

1. Estandarizar sistemas y criterios para el registro de la información, considerando al menos las variables consideradas en este estudio. Un ejemplo de ello sería la medición de la demanda de atención entre países.

2. Unificar los sistemas de proyección demográfica, ya que se estima que existen errores en los métodos utilizados.
3. Establecer estrategias conjuntas de formulación y evaluación de los programas de salud, ya que el libre flujo de las personas, en particular entre Ciudad del Este y Foz requiere de intervenciones combinadas, para que las medidas de salud pública tengan impacto en la salud de la población ej. Vacunación.
4. Establecer redes de cooperación técnica y colaboración en torno a los problemas prioritarios ej. Atención de urgencias con riesgo vital. Para ello se debe formalizar un procedimiento de derivación y contra derivación entre los tres países, de manera de optimizar los recursos disponibles en el territorio. Para ello se debe:
    - Establecer protocolos de derivación y contraderivación
    - Establecer sistemas de comunicación expeditos
5. Generar y aplicar programas de capacitación tanto en temas clínicos como de gestión de servicios.

b) Decisiones de nivel nacional

Los niveles nacionales son los responsables de establecer el marco político en que se desempeñan los niveles regionales y locales, en este sentido establecen las prioridades sanitarias nacionales y los mecanismos de financiamiento para su consecución.

(1) Ámbito Programático

Respecto a la cobertura programática un aspecto que merece ser revisado por el Ministerio de Salud de Paraguay es el relacionado con la Atención Primaria, ya que su cobertura debería ser asegurada por el estado para el 100% de la población. El tema de la especialidad puede ser atendible, dado que se requiere de recursos de mayor costo para su desarrollo.

(2) Ámbito de Gestión

Es recomendable la revisión de las propuestas de articulación de las redes en cada país, ya que de acuerdo al diagnóstico descrito anteriormente, en cada uno de los países existen diversos problemas en la gestión de las redes locales.

Además es recomendable la incorporación de indicadores de eficacia y eficiencia del sistema de salud, de manera de optimizar los recursos disponibles.

(3) Ámbito Financiero

Una de las expectativas planteadas durante el estudio ha sido la generación medida de intercambio entre los países ya sean monetarias o no monetarias, de acuerdo a la absorción de demanda de atención. Sin embargo dada la inequidad socioeconómica que se refleja en los indicadores de salud y la menor disponibilidad de recursos en Ciudad del Este en comparación con Foz, hacen difícil sustentar una propuesta de esta naturaleza.

A lo anterior se suma el hecho que la mayor parte de las consultas en Foz son espontáneas, es decir no han sido solicitadas formalmente por los representantes del Ministerio de Salud de Paraguay de la región. Por su parte ellos han sido atendidos en Brasil, dado el principio de la no discriminación (acceso universal) que regula el modelo de salud brasileño.

El hecho que se trate de consultas espontáneas limita la formalización de cobro por estas prestaciones, ya que no han sido solicitadas formalmente por el país.

Visto desde Foz, la principal limitación en esta materia es que su financiamiento es vía per cápita, por lo que considera a la población del municipio y no las personas de otros países que consultan a su red, por ello la intervención de los niveles regionales y nacionales en esta materia son de extraordinaria importancia toda vez que el volumen de atenciones y recursos involucrados no representan una cifra marginal.

Sin perjuicio de que este es uno de los temas más polémicos es conveniente tener dentro del análisis, la factibilidad económica, legal y social de implementarlas en ambos países.

C. Por País

El siguiente capítulo contiene el resumen de conclusiones y recomendaciones de cada una de las ciudades de la Trifrontera, estando disponibles sus tomos completos en cada uno de los países y representaciones de OPS.

1. Argentina – Puerto Iguazú

En términos de disponibilidad de información, se observan deficiencias en el registro o manejo de la misma, en cuanto no fue posible contar con algunos módulos epidemiológicos, infraestructura, recursos humanos y recursos financieros, lo que evidentemente restringe el análisis y las posibilidades de inferir comportamientos de la demanda, según la oferta disponible.

El perfil de mortalidad general está dado por enfermedades del sistema cardiorespiratorio, muerte súbita, AVE, entre otros. Dentro de los indicadores analizados destacan el deterioro de las tasas de mortalidad infantil y neonatal; que vienen en franco aumento desde 1998, así como también la tasa de mortalidad maternas; que crece vertiginosamente el año 1999, para caer el año 2000. Lo anterior, hace recomendable efectuar una evaluación y ajuste de los programas materno e infantil.

En términos globales, las cifras de Puerto Iguazú muestran un cambio en los patrones de demanda de atención, con un discreto aumento hasta el año 1999 de las prestaciones asociadas al parto, embarazo y puerperio, además de las pediátricas. Ello habla de un aumento en los grupos de menor edad, fenómeno que queda reflejado en los datos de población. Por otra parte la demanda de atención asociada a las prestaciones del adulto y al envejecimiento, presenta un crecimiento constante, lo que se refleja fuertemente en las consultas de atención primaria y algunas especialidades médicas.

El perfil de producción de cirugías mayores, a diferencia de Posadas, presenta un patrón de composición urgencia-electivo normal, ya que cerca del 80% de las cirugías son efectuadas bajo la modalidad electiva, lo que significa que la gran mayoría de las personas son intervenidas de manera oportuna.

Los egresos hospitalarios muestran una tendencia estable, con una banda inferior mayor a los 3.000 y una superior levemente mayor a los 3.700. El grueso de la producción de los servicios clínicos lo representan los servicios de Obstetricia y Medicina, representando en promedio (1996 al 2000) un 61% del total de egresos.

Junto con lo anterior es importante destacar que optimizando el uso del recurso cama, vía aumento de los I.O. y disminución de los PDE (resultado posible gracias a una mejor gestión del recurso; pool de camas, implementación de modelos de atención innovadores como la hospitalización domiciliaria y la cirugía mayor ambulatoria, entre otros) habría una sobredotación de 19 camas al año 2000, lo que significa que Puerto Iguazú cuenta con una oferta suficiente para hacer frente a la demanda de egresos. Sin embargo y considerando que la demanda ha venido estabilizándose en el período en estudio, debiera replantearse

la necesidad de las mismas y estudiar un plan de reubicación o reabsorción de los profesionales involucrados en el proceso, si fuese necesario.

Desde el punto de vista de la satisfacción de la demanda no es posible obtener conclusiones acerca de si existe o no demanda reprimida en APS y las consultas médicas de especialidad, dado que no se cuenta con información al respecto. Además la evolución de las consultas de urgencia, que habitualmente sirve de vaso comunicante o rebalse de la atención abierta, muestra una tendencia a la baja, lo que no explicaría una situación de demanda insatisfecha a este nivel de la atención abierta.

Por lo anterior se recomienda llevar registros estadísticos de la demanda insatisfecha con el fin de explicitar estas realidades, evaluar las alternativas de cómo hacer frente a esta demanda (optimización de los factores productivos disponibles, mejoramiento de la gestión, inversión, compra de servicios, establecer protocolos de derivación y contraderivación, complementación entre establecimientos, entre otros).

La falta de información acerca de la disponibilidad de horas médicas y su distribución en consultas, intervenciones quirúrgicas y otras, limitó la posibilidad de profundizar el análisis, dado que no se puede realizar un ejercicio de optimización de éstos.

No fue posible efectuar análisis de optimización y de requerimientos de inversión ya que no se cuenta con información de este ítem.

En términos globales, se sugiere implementar la figura funcional de un coordinador local de la red asistencial (urgencia y electivo), que pudiésemos denominar Gestor de la Red Asistencial de Salud, cuya principal función es la de velar por que se satisfaga la demanda de la población, en un contexto de equidad, oportunidad, satisfacción de los pacientes y calidad, haciendo un uso adecuado de los factores productivos disponibles, desarrollando protocolos de atención y cooperación entre los establecimientos de la red, redistribuyendo la oferta de los factores productivos del sector, entre otros.

Con el fin de operacionalizar e institucionalizar la figura del Gestor de la Red, se hace necesario definir el rol del Gestor, identificando normas y protocolos de operación, necesidades de soporte estructural, financiero, recursos humanos e informático, para su funcionamiento, de acuerdo a la demanda y oferta disponibles. En este sentido el impacto del Gestor de la Red se debiera manifestar en el manejo eficiente de los recursos productivos (infraestructura, recurso humano y equipamiento) en función de la demanda de prestaciones. Un ejemplo de lo anterior es el manejo de las agendas médicas, articulación de las camas agudas, intermedias y complejas, la reorientación de la demanda, la derivación y contraderivación en un contexto de red, responsabilizándose el sector por el paciente, a fin de asegurar un acceso oportuno y equitativo a las prestaciones, entre otros.

Dada la realidad de Puerto de Iguazú, donde no existe un centro regulador de urgencia, sino simplemente un despachador de ambulancias en el caso de la atención prehospitalaria, es que se propone iniciar el proceso de regulación y articulación de la red, a nivel de la red de urgencia. Para lo anterior, se propone desarrollar un Programa de Red de Urgencia, donde se distingan distintos niveles de respuestas a las necesidades de la población, que sea creciente en complejidad e integrada, con el fin que el paciente fluya por la Red.

En este contexto, se debe desarrollar un **Centro Regulador de la Red de Urgencia,** que tenga como función responder a las demandas de la población en accidentes en la vía pública (Atención Prehospitalaria tipo SAMU), articular la oferta en las Unidades de Emergencia Hospitalarias y si es necesario el flujo de pacientes hacia las camas de agudos y camas crítica (UCI y UTI), así como también coordinar la atención de urgencia en el nivel primario, con los niveles de mayor resolución y complejidad, cuando sea necesario.

2. Brasil – Foz de Iguazú

Complementar la información solicitada al municipio de Foz se efectuó con bastante expedición, lo que da cuenta de un buen sistema de registro de información. Sin embargo es recomendable la homologación de las series de datos de manera de facilitar los procesos de análisis y en este sentido de toma de decisiones.

Los datos poblacionales tienen importantes reparos de acuerdo a lo señalado en el capítulo específico ya que existe información contradictoria respecto al crecimiento de los grupos poblacionales. Es recomendable revisar la bases de proyección de población en uso ya que puede estar sobreestimada la población infantil y subestimada la del adulto mayor.

El perfil de mortalidad se caracteriza por combinar problemas derivados del envejecimiento tales como cáncer y patología cardiovascular con traumatismos y violencias, además de las patologías perinatales. Llama la atención la relevancia de los problemas de violencia.

Dentro de los indicadores analizados destaca el deterioro de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y materna. Este fenómeno es muy importante ya que debe en primer lugar verificarse si no se trata de un efecto de mayor registro o se está ante el deterioro real de los programas, en este sentido es recomendable efectuar una evaluación exhaustiva de los programas materno e infantil.

En términos globales, las cifras de Foz muestran un cambio en los patrones de demanda de atención, con una disminución o estabilización de las prestaciones asociadas al parto, embarazo y puerperio, además de las pediátricas. Ello nos habla de una reducción en los grupos de menor edad, fenómeno que no queda reflejado en los datos de población.

Por otra parte la demanda de atención asociada al adulto y al envejecimiento presenta un crecimiento constante.

Desde la satisfacción de la demanda no es posible sacar conclusiones acerca de sí existe o no demanda reprimida en el programa del adulto en atención primaria, como en las especialidades, sin embargo existen indicios que puede existir una demanda reprimida en particular respecto a las atenciones primarias del adulto de especialidad y cirugías mayores.

Respecto a la atención primaria se puede estimar este fenómeno dado que la gran expansión de las consultas médicas de urgencia del adulto, en su gran mayoría corresponde a problemas de morbilidad general.

Si se suman todas las consultas, se obtiene que en total cada beneficiario SUS accede a 2,091 consultas por año, donde casi el 75% está determinado por Atención Primaria. Esta cifra es levemente inferior a las 2,2 consultas que presenta Brasil.

El perfil de producción de cirugías mayores presenta una distorsión ya que el 63% de la cirugías es efectuada bajo la modalidad de urgencia, fenómeno que debería al menos tener un comportamiento inverso, ya que significa que las personas no son intervenidas de manera oportuna, sino solo una vez que su patología se ha descompensado.

Es importante tener presente el cambio en el perfil de hospitalizaciones, ya que ha caído la demanda de camas obstétricas y pediátricas y se han incrementado especialmente las quirúrgicas. El análisis de estas tendencias puede ayudar a tener una mayor claridad respecto al tipo de recursos que es necesario contratar a través del SUS, evitando sobrecontratar recursos que no se utilizarán o subcontratar otros que se verán limitados.

La falta de información acerca de la evolución de los cargos médicos disponibles limitó la posibilidad de profundizar el análisis.

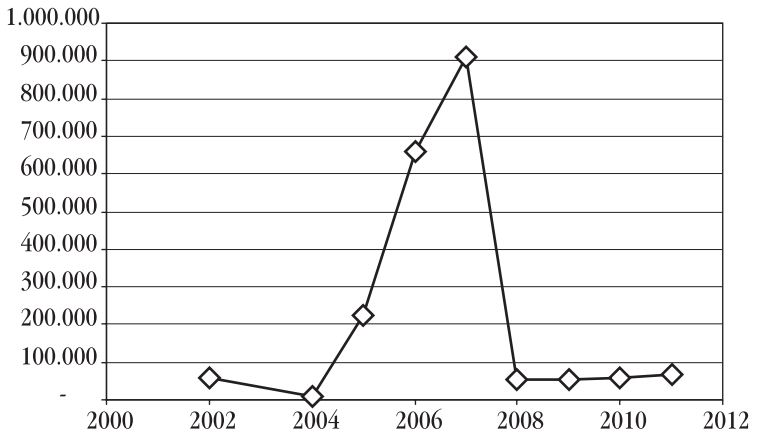
Respecto al personal no médico este ha experimentado un importante crecimiento en el período de análisis, sin embargo no es posible sacar conclusiones respecto a su productividad, ya que no se han incorporado en el análisis de producción prestaciones donde la participación de este personal sea intensivo.

Respecto al mercado del trabajo se observa que en Foz este es bastante dinámico lo que favorece la permanencia del recurso especializado.

No fue posible efectuar análisis de optimización y de requerimientos de inversión ya que no se contó con información de este ítem.

Dado el stock de equipamiento y vehículos que en conjunto alcanza a los US$2.670.250,00 es conveniente programar con anticipación la reposición de los mismos. De acuerdo a la información disponible, el equipamiento médico está más nuevo y en mejores condiciones que los vehículos, ya que fue adquirido en su mayor parte entre 1999 y 2000. Respecto a los vehículos, a pesar que la gran mayoría de los vehículos se encuentran buenos o cuenta con una Vida Útil Residual mayor que cero, se estima que la mayor exigencia de recursos para reponer los vehículos se generará en el 2005, mientras que el de equipamiento será en 2006 y 2007.

Gráfico 20: Requerimientos Inversión de Reposición Equipos y Vehículos, Foz de Iguazú US$



Foz presenta la particularidad de una red integrada entre prestadores públicos y privados, donde los primeros se encargan de la atención primaria y de la de especialidad, mientras que todas las prestaciones de mayor complejidad o que exigen atención cerrada se efectúan en establecimientos privados. En esta perspectiva, la optimización de los recursos privados es de responsabilidad de esos establecimientos, mientras que el Municipio mantiene la responsabilidad de otorgar la atención primaria y de especialidad. Al no tener información acerca de la disponibilidad de infraestructura por centro de atención no es posible señalar si existe o no capacidad disponible.

De acuerdo a los antecedentes aportados aparentemente hay una adecuada articulación de la red de urgencia. Sería recomendable verificar:

- Si el SIATE efectivamente atiende todo tipo de atención prehospitalaria o solo traumatismos.
- Si existe una relación preferencial entre las unidades básicas (APS), el SIATE y el Pronto Socorro.

En la funcionalidad de la red, existe aparentemente un sistema organizado desde la APS a la atención de especialidad, se desconoce si en el nivel de atención de especialidad existe alguna entidad técnica que

ordene y estructure las interconsultas solicitadas por la atención primaria, de manera de evitar errores de derivación o postergación de atenciones que es indispensable efectuar.

Donde si existe una falta de coordinación es entre el nivel de especialidad y la hospitalización, ya que la mayor parte de los ingresos se genera a través de la urgencia y en menor proporción como consecuencia de la derivación electiva. Un ejemplo de ello lo constituye el tema de las cirugías donde estas son definidas y gestionadas directamente por los cirujanos, sin intervención de un regulador de la demanda.

Complementariedad Público-Privado

En Foz se observa una gran complementariedad entre sistema público y privado, dado por la compra de servicios para beneficiarios del SUS. Para este proceso es relevante tener presente el cambio en el perfil de demanda de productos, en particular el descenso de los partos y atención pediátrica, mientras que por otra se incrementa la demanda de urgencia y cirugía.

3. Paraguay – Ciudad del Este

En general la información otorgada es completa y permite avanzar en el análisis, pero se detectan algunas deficiencias en los siguientes temas:

- Mortalidad General: valores de tasa muy bajos y se reconoce subregistro, mejorar registros y diferenciar por residencia/ocurrencia identificando el país de origen para ver el peso.
- Consultas Médicas de Urgencia – Consultas Médicas de Especialidades: son los mismos datos, verificar, de modo de llevar un registro confiable de la producción.
- Recursos Financieros e Infraestructura: la falta de información no permite realizar análisis de productividad (evolución del gasto respecto de producción y recurso humano), de optimización y por tanto no generar recomendaciones al uso eficiente del recurso productivo.
- Mortalidad General: mejorar registros y diferenciar por residencia/ocurrencia identificando el país de origen para ver el peso.

El perfil de mortalidad se caracteriza por combinar problemas derivados del envejecimiento y precarias condiciones socio-económicas, tales como cáncer, patología cardiovascular, traumatismos y violencias con diarrea y sepsis en mortalidad infantil. De hecho la causa de homicidio ocupa el segundo lugar entre las 10 principales causas de mortalidad y, diarrea – sepsis son la primera y segunda causa de mortalidad infantil para el año 2000 en Ciudad del Este.

Dentro de los indicadores analizados destaca el deterioro de las tasas de mortalidad infantil, neonatal y especialmente materna (la que se duplica en el período en estudio), lo que hace recomendable efectuar una evaluación y ajuste de los programas materno e infantil.

En términos globales, las cifras de Ciudad del Este muestran un cambio en los patrones de demanda de atención, con una importante disminución de las prestaciones asociadas al parto, embarazo y puerperio. Ello nos habla de una reducción en los grupos de menor edad, fenómeno que queda reflejado en los datos de población.

Por otra parte la demanda de atención asociada al adulto y al envejecimiento (medicina interna) presenta un crecimiento constante.

Desde la satisfacción de la demanda existe demanda reprimida en el programa del adulto, infantil y de la mujer en atención primaria, pero con mayor peso en el de la mujer. En este ámbito el mayor porcentaje de rechazo (producto de la encuesta aplicada) se observa en un procedimiento denominado Pap y colposcopia y en las especialidades de otorrino, ginecología, dermatología y traumatología, todas

ellas denominadas especialidades en "falencia" por su condición de sub-oferta o escasez. En especialidades el comportamiento es similar.

El perfil de producción de cirugías mayores presenta una distorsión ya que el 66% de la cirugías es efectuada bajo la modalidad de urgencia, fenómeno que debería al menos tener un comportamiento inverso o similar, ya que significa que las personas no son intervenidas de manera oportuna, sino solo una vez que su patología se ha descompensado.

La evolución de los cargos médicos disponibles indican un importante incremento, particularmente en obstetricia y ginecología, traumatología y cirugía. Hay concordancia con aumento de producción en estas dos últimas especialidades, pero en la primera llama la atención la tasa negativa en egresos (-19%) y la disminución de los partos en un 25%. En el primer caso – traumatología y cirugía – el aumento de la demanda se traduce en un aumento de la oferta, pero en el segundo caso se observa que la clara disminución de la demanda (egresos y partos) no se refleja en la oferta (aumento disponibilidad de cargos), es decir estamos frente un problema de gestión al no relacionar de manera integral oferta con demanda, con lo cual se produce una ineficiencia en el uso del recurso médico especialista.

Respecto al personal no médico este ha experimentado un importante crecimiento en el período de análisis, sin embargo no es posible sacar conclusiones respecto a su productividad , ya que no se han incorporado en el análisis de producción prestaciones donde la participación de este personal sea intensivo.

Dado el stock de equipamiento y vehículos que en conjunto alcanza a los US$ 448.300,00 es conveniente programar con anticipación la reposición de los mismos. Respecto al equipamiento, es importante considerar que de los 28 equipos, 26 cumplen su vida útil en 4 años más, año 2005, y si se considera que es necesario mantener la capacidad de producción instalada, es imprescindible planificar con tiempo una estrategia de financiamiento.

Respecto a los vehículos, 2 de 3 están en regular estado e implican un costo de reposición de

US$ 25.000,00 si llama la atención el reducido número de ambulancias para la población existente, sin considerar la población flotante que debe existir dada la importante migración inter-paises.

Ciudad del Este presenta la particularidad de un "desbalance" entre la red pública y la red privada, en la primera operan 51 médicos en la segunda 100 médicos, en la primera operan 3 establecimientos en la segunda 8, además por la escasa información obtenida no hay integración entre prestadores públicos y privados. No hay integración o derivación entre el hospital Tesay e IPS, dado que este último solo atiende a sus beneficiarios. Considerando este contexto se recomienda profundizar el nivel de integración de modo de identificar posibles áreas de negocio público – público y público – privado, particularmente. Son numerosas las especialidades presentes en el privado y ausentes en el público.

Considerando lo anterior, se sugiere implementar la figura funcional de un coordinador local de la red asistencial (urgencia y electivo), cuya principal función es la de velar por que se satisfaga la demanda de la población, en un contexto de equidad, oportunidad, satisfacción de los pacientes y calidad, haciendo un uso adecuado de los factores productivos disponibles, desarrollando protocolos de atención y cooperación entre los establecimientos de la red, redistribuyendo la oferta de los factores productivos del sector, entre otros. Pero además sería el responsable operativo de la coordinación con el coordinador local de la red de salud de Argentina, en este contexto de migración y demanda cruzada de atención de salud, ambas figuras tendrían la tarea de generar información para tomar acuerdos en pro de una articulación.

Con el fin de operacionalizar e institucionalizar la figura del Gestor de la Red, se hace necesario definir el rol del Gestor, identificando normas y protocolos de operación, necesidades de soporte estructural, financiero, recursos humanos e informático, para su funcionamiento, de acuerdo a la demanda y oferta

disponibles. Pero lo mas estratégico es contar con el respaldo técnico-político, que le permita a esta figura sacar adelante los productos comprometidos.

Este Gestor de la Red además de identificar las posibles "áreas" de negocio con el privado, puede generar estrategias en el manejo de las agendas médicas, articulación de las camas agudas, intermedias y complejas, la reorientación de la demanda, la derivación y contraderivación en un contexto de red.

Al no tener información acerca de la disponibilidad de infraestructura por centro de atención no es posible señalar si existe o no capacidad disponible y con ello proponer recomendaciones.

Dada la realidad de Ciudad del Este, donde no existe un centro regulador de urgencia, donde la urgencia prehospitalaria solo da cobertura a los privados y no a los beneficiarios del sistema público, y donde hay una oferta de atención en todos los establecimientos públicos y privados, es que se propone iniciar el proceso de regulación y articulación de la red, a nivel de la red de urgencia. Para lo anterior, se propone desarrollar una Programa de Red de Urgencia , donde se distingan distintos niveles de respuesta a las necesidades de la población, que sea creciente en complejidad e integrada, con el fin que el paciente fluya por la Red.

En este contexto, se debe potenciar este centro despachador y convertirse en un **Centro Regulador de la Red de Urgencia**, que tenga como función responder a las demandas de la población en accidentes en la vía pública (Atención Prehospitalaria tipo SAMU), articular la oferta en las Unidades de Emergencia Hospitalarias y si es necesario el flujo de pacientes hacia las camas de agudos y camas crítica (UCI y UTI), así como también coordinar la atención de urgencia en el nivel primario, con los niveles de mayor resolución y complejidad, cuando sea necesario.

Esta proposición se hace mas importante cuando se observa que la segunda causa de mortalidad general en la ciudad son los homicidios, cuando se observa que los hospitales públicos no cuentan con unidades de paciente crítico (intensivo e intermedio), por tanto es necesario gestionar este recurso con el privado, si ello se hace de manera organizada a través de un regulador médico, los resultados pueden ser de mayor beneficio para los pacientes.

Desde un punto de vista de la atención electiva, actualmente en todos los niveles de la red se están efectuando prestaciones de atención primaria, aun en el Hospital Regional. Respecto a la atención de especialidad, solo el hospital regional y el centro de la secretaría de salud ofrecen a la población atención de este tipo.

En el hospital regional se mezclan actividades de atención primaria y especialidad.

Funcionalmente no existe un sistema de derivación y contra – derivación formal desde la atención primaria a la de especialidad y viceversa, todo depende de la iniciativa y recursos de las personas.

Las hospitalizaciones corresponden en su gran mayoría a patologías agudas, una muestra de ello es que la mayor parte de las cirugías son efectuadas de urgencia.

Considerando lo anteriormente expuesto, la funcionalidad de la red electiva es deficiente por esta falta de coordinación lo que debe llevar a pérdida de recurso, y a demanda no satisfecha la que con el tiempo de complica, agudizando las patologías, las que entran finalmente al sistema vía urgencia, con un costo de salud mayor para la persona y un costo monetario mayor para el sistema como tal.

El mercado privado es mas dinámico que el público, pero de acuerdo a lo ya expuesto no hay complementariedad. Es importante tener presente el cambio en el perfil de demanda de productos, un ejemplo de ello es el descenso de los partos por una parte y el crecimiento de la cirugías mayores, en un 33%. Un fenómeno similar se refleja en la demanda de camas hospitalarias con una menor demanda de atenciones pediátricas y obstétricas y un crecimiento de las quirúrgicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Guía Metodológica Estudios de Red Asistencial Ministerio de Salud Chile, 1997
- Informe País Estudios de Red Asistencial Ministerio de Salud Chile, 1999
- Estimación y Proyecciones de Población 1950 – 2050, Boletín Demográfico Nº 69 América Latina y Caribe, Febrero, 2002. CEPAL – CELADE
- Panorama Social de América Latina 2000 – 2001, Septiembre, 2001. CEPAL
- MSAS: "Decreto Nº 578 / 93", en: "Hospital Público de Autogestión y Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (Legislación)", Buenos Aires, 1996