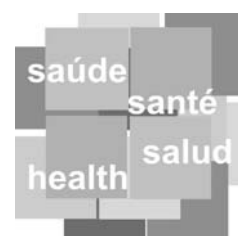


**RELATÓRIO FINAL DO I ENCONTRO
DE GESTORES ESTADUAIS,
PROVINCIAIS E DEPARTAMENTAIS
DE SISTEMAS SUL-AMERICANOS
DE SAÚDE**

Brasília, 6 a 8 de abril de 2005



Equipe de elaboração

Coordenação do Progestores

Secretaria Executiva do CONASS

Coordenação do projeto / CONASS

Déa Mara Carvalho

Luis Fernando Rolim Sampaio

Coordenação do projeto / Opas

Eduardo Levcovitz

(Unidade de Desenvolvimento Estratégico em Saúde - Opas Washington)

Julio Suárez OPAS (Brasil)

Rosa Silvestre OPAS (Brasil)

Relatoria do Seminário

Flavio A. Andrade Goulart (Coordenador)

Lucinéia Moreli Machado (Relatora)

Maria de Fátima Castilhos Schaeffer (Relatora)

Gigliola Mendes (Apoio)

Revisão

Irisrael Maria dos Anjos

Projeto Gráfico

Fernanda Goulart

Encontro de gestores estaduais, provinciais e departamentais de sistemas sul-americanos de saúde (1.:2005:Brasília, DF)

Relatório do 1º Encontro de gestores estaduais, provinciais e departamentais de sistemas sul-americanos de saúde. / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – 2ª Brasília : CONASS, 2005.

164 p.. (Conass ; v. 9)

ISBN 85-89545-04-0

1. Sistemas de saúde. I Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
II. Título. II. Série.

NLM WA 525
CDD - 20.ed. - 362.1068



CONASS

Presidente

Marcus Pestana - MG

Vice-Presidentes

Fernando Cupertino - GO

Fernando Agostinho Cruz Dourado - PA

Jurandi Frutuoso - CE

Luiz Roberto Barradas Barata - SP

Osmar Terra - RS

Secretário Executivo

Ricardo F. Scotti

Assessoria Técnica

Déa Mara Carvalho

Gisele Onete Marani Bahia

Júlio Strubing Müller Neto

Lourdes Almeida

Luis Fernando Rolim Sampaio

Regina Helena Arroio Nicoletti

René José Moreira dos Santos

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Viviane Rocha de Luiz

Assessoria de Comunicação

Adriane Cruz

Vanessa Pinheiro

Apoio Administrativo

Adriano Salgado de Farias

Carolina Abad Cunha

Júlio Barbosa de Carvalho Filho

Luciana Toledo Lopes

Lucileia de Souza Santos

Paulo Arbués Carneiro

Sheyla Cristina Ayala Macedo

Secretários Estaduais de Saúde

AC - Suely de Souza Melo

AL - Kátia Born

AP - Uilton José Tavares

AM - Wilson Alecrim

BA - José Antônio Rodrigues Alves

CE - Jurandi Frutuoso Silva

DF - José Geraldo Maciel

ES - Anselmo Tose

GO - Fernando Passos Cupertino de Barros

MA - Helena Maria Dualibe Ferreira

MG - Marcus Vinicius Pestana da Silva

MT - Marcos Henrique Machado

MS - Matias Gonsales Soares

PA - Fernando Agostinho Cruz Dourado

PB - Reginaldo Tavares de Albuquerque

PE - Gentil Porto

PI - Tatiana Vieira Sousa Chaves

PR - Cláudio Murilo Xavier

RJ - Gilson Cantarino O'Dwyer

RN - Ruy Pereira

RO - Milton Luis Moreira

RR - Eugênia Glaucy Moura Ferreira

RS - Osmar Terra

SC - Luis Eduardo Cherem

SE - José Lima Santana

SP - Luiz Roberto Barradas Barata

TO - Gismar Gomes

SUMÁRIO

PG

	6	Apresentações
Relatório das Atividades	9	
Abertura	10	
PALESTRA DE ABERTURA	19	
A Articulação Política e a Organização dos Serviços: O Papel Dos Gestores Estaduais na Garantia da Integralidade		
MESA 1: As Reformas dos Sistemas Nacionais de Saúde e o Desafio da Universalidade, Integralidade e Eqüidade: Um Panorama dos Países	27	
MESA 2: Responsabilidades dos Governos Estaduais, Provinciais e Departamentais com a Saúde	51	
MESA 3: Descentralização e Regionalização de Serviços de Saúde	63	
MESA 4: As Funções Essenciais de Saúde Pública na Gestão Estadual, Provincial e Departamental	82	
MESA 5: As Redes de Serviços e a Atenção Primária: O Papel das Esferas Supramunicipais	98	
MESA DE ENCERRAMENTO	121	
	125	A Gestão da Saúde no Nível Subnacional (Análise comparativa das experiências)
	127	As Peculiaridades de cada País
	141	As Experiências em Perspectiva Comparada
	161	Conclusões Finais

Apresentação / Opas

O I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde assinala um importante momento no esforço de discussão, avaliação e análise crítica dos processos de descentralização em saúde. Característica marcante das reformas dos sistemas de saúde na década de 1990, a descentralização não apresenta uma única significação. Ao contrário, apresenta uma grande plasticidade, assumindo diferentes conteúdos e características em cada reforma.

Diante das diferentes descentralizações empreendidas nas reformas e do entendimento da saúde como direito, ressalta-se a necessidade de se discutir o papel dos níveis subnacionais na construção de sistemas que atendam as necessidades da população. A esfera subnacional intermediária, que assume variadas denominações em diferentes países (estados, províncias ou departamentos), justamente por ser intermediária, não se tratando de âmbito local, nem central, muitas vezes teve seu papel e suas responsabilidades pouco definidas nos processos de descentralização. No Brasil, onde a descentralização em direção aos municípios foi um processo bastante intenso, também se faz necessário um maior esclarecimento a respeito do papel da esfera subnacional intermediária, aqui chamada esfera estadual, e maior fortalecimento dessa instância para a construção do Sistema Único da Saúde atendendo a seus princípios de universalidade, equidade e integralidade.

Desta forma, a OPAS em uma estreita parceria com o CONASS, com apoio do Departamento de Apoio à Descentralização do Ministério da Saúde, assumiram a realização deste seminário cujo principal objetivo é avançar na troca de experiências e discussão entre gestores subnacionais de sistemas de saúde Sul-Americanos a respeito do papel das esferas subnacionais intermediárias na construção de sistemas de acesso universal à saúde com qualidade.

Agradecemos a todos que estiveram envolvidos nesse desafio. Em especial, agradecemos aos colegas do HP/SHD do escritório central da OPAS e às várias representações da Organização que apoiaram a participação de seus países nesse evento. Finalmente, esperamos que com esse registro do Encontro possamos dar maior amplitude às discussões ocorridas e estimular a continuidade do debate.

Horacio Toro Ocampo

Representante OPAS - Brasil

Apresentação / CONASS

Os processos de reformas dos sistemas de saúde ocorridos nos países da América do Sul na década de 90 apresentaram diferentes matizes, tendo em comum a descentralização de ações e serviços de saúde para os governos locais. Essa descentralização teve resultados diversos a depender da condução e enfoque dado. Em muitos casos levou ao enfraquecimento do papel regulador do estado dentro de um contexto de privatização.

Atualmente alguns países demonstram que é necessário mudar na essência o processo ocorrido, partindo do pressuposto que saúde é um direito universal a ser garantido pelos estados nacionais, e deve ser uma bandeira das instituições multilaterais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (Opas). Para isso, torna-se evidente a necessidade de reforço das esferas subnacionais como articuladores em um processo de conformação de sistemas regionais capazes de rearticular pontos da rede de serviços dispersos e desarticulados que respondam as necessidades da população.

Convidamos, assim, os gestores subnacionais dos sistemas sul americanos de saúde a discutirem a redefinição de seus papéis, atribuições e responsabilidades sanitárias, com vistas à garantia de acesso universal e promoção da qualidade em todos os níveis de atenção.

Realizamos, então, dias 6, 7 e 8 de abril, o Encontro de Gestores Estaduais Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-Americanos de Saúde na sede da Organização Pan-americana de Saúde (Opas), em Brasília. O objetivo era promover a discussão e análise crítica dos processos de descentralização ocorridos na América do Sul, permitindo a troca de experiências entre países que possuem diferentes modelos de atenção à saúde.

Abordamos quatro grandes temas: a importância da regionalização e as responsabilidades dos territórios regionais no contexto da descentralização; as experiências de articulação das esferas governamentais e co-responsabilidade sanitária; as Funções Essenciais de Saúde Pública e os territórios subnacionais; as redes de serviços e a atenção primária: o papel das esferas supramunicipais.

O evento procurou também subsidiar os gestores nos processos de redefinição de seus papéis, atribuições e responsabilidades sanitárias. A programação teve início com discussões sobre políticas nacionais de saúde e garantia do acesso universal aos serviços como direito de cidadania. Regionalização, responsabilidade sanitária, funções essenciais de saúde pública e atenção primária à saúde foram os outros temas abordados.

Cerca de 150 convidados de governos dos países sul-americanos e da província do Québec, no Canadá, que possui um acordo de cooperação com o CONASS, representantes da Opas, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e convidados de instituições acadêmicas participaram das atividades. O encontro foi uma promoção do Conass e da Opas, com apoio do Ministério da Saúde.

Em virtude da grande demanda de participação no encontro e, considerando que o evento era restrito aos participantes previamente inscritos, a Internet foi a forma eficaz de permitir que um maior número de pessoas pudesse acompanhar os debates e palestras. Feita pelo Datasus/Ministério da Saúde, a transmissão *on line* nos idiomas português, inglês e espanhol atingiu mais de dez mil e oitocentos acessos nos três dias de transmissão.

Este livro traz o relatório final do encontro como registro histórico dessa discussão e disponibiliza aos que não puderam estar presentes o conteúdo dos debates.

Gilson Cantarino O'Dwyer

Presidente do CONASS*

* O último evento do mandato de Gilson Cantarino (abril/2003 a abril/2005), antes de transmitir o cargo de presidente do CONASS a Marcus Pestana, foi o I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-americanos de Saúde.

RELATÓRIO DAS ATIVIDADES

Abertura

O I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-americanos de Saúde, sob a coordenação do CONASS e da Opas, com o apoio da Unesco e do Ministério da Saúde, teve como objetivos:

- Promover a discussão e análise crítica dos processos de descentralização ocorridos na América do Sul, permitindo a troca de experiências entre países que possuem diferentes modelos de atenção à saúde na busca da garantia de saúde como um direito de cidadania;
- Subsidiar os gestores subnacionais dos Sistemas Sul-americanos de Saúde nos processos de redefinição de seus papéis, atribuições e responsabilidades sanitárias, com vistas à garantia de acesso universal e promoção da qualidade em todos os níveis de atenção;
- Ampliar a discussão acadêmica e estimular a pesquisa dos temas centrais do evento através da participação de lideranças de centros formadores de referência e excelência.

Representante da Opas no Brasil

Horácio Toro

Para a Opas, é um privilégio contar com a excelência técnica, política e estratégica que têm os secretários estaduais, provinciais, departamentais aqui presentes. É um privilégio, também, contar com esta oportunidade para debater temas tão importantes.

Nas experiências que vêm se desenvolvendo nas Américas, os diferentes países têm um diálogo permanente entre o nível nacional, o estadual e o local. A experiência do Brasil de trabalho tripartite deve ser analisada com os louros e êxitos que tem e, também, com as dificuldades que ainda se encontram em alguns estados e municípios, especialmente, quando se dá o diálogo em nível local. Em outros países, o papel dos Secretários Distritais e Departamentais de aplicar a política nacional e poder implementá-la em nível local é também fundamental.

Por isso, a nossa diretora, a Doutora Mirta Roses, quis enviar uma saudação especial ao Senhor Ministro da Saúde e aos Secretários Estaduais e Municipais aqui reunidos. Ela acredita que esse tema tem que ser debatido como está sendo no Brasil. A Doutora Roses e os colegas que estão impulsionando esses processos nas Américas estarão aguardando os resultados dos debates daqui para replicá-los em outras regiões e em outros países.

Bem-vindos à Opas! Esperamos que os resultados deste encontro sejam satisfatórios e definam claramente quais são os papéis do gestor estadual, o que é, na nossa opinião, fundamental para levar as políticas nacionais à execução e à operação locais.

Representante da Unesco no Brasil

Jorge Werthein

Desejo, primeiramente, manifestar a satisfação e a honra da Unesco de colocar-se como parceira para a realização deste evento, que é promovido pelo CONASS, em conjunto com a Opas, e que conta, também, com o valiosíssimo apoio do Ministério da Saúde.

Este encontro é muito importante por diversos motivos. Um deles é que podemos demonstrar, nesta casa, que os organismos internacionais, como a Opas e a Unesco, podem e devem somar esforços para potencializar iniciativas que estão comprometidas com o entendimento da saúde como direito de cidadania.

Outro, é o profundo respeito ao trabalho que o CONASS vem desenvolvendo no sentido de fortalecer o papel dos gestores estaduais em um processo de descentralização efetiva de poder, de responsabilidades com as necessidades de saúde da população. É preciso reconhecer o mérito do conjunto de gestores do sistema de saúde brasileiro, que tem fundamentado suas decisões em processos de construção de consensos e de modelagens de acordo, em permanentes exercícios de negociação. A negociação serve para enfrentar tensões, conflitos e diferenças, mas cria, também, mecanismos pelos quais eles podem ser resolvidos, mediante acordos, para atingir objetivos comuns.

Um terceiro motivo da importância deste encontro, pelo espírito e objetivo desta reunião, é que esta oportunidade permitirá a troca de experiências entre gestores e acadêmicos de diferentes países, além de uma reflexão crítica a respeito de seus modelos de atenção à saúde e suas repercussões na garantia de acesso universal a esse direito.

Acreditamos firmemente que a melhoria dos indicadores de saúde e a construção de uma geração mais saudável dependem de uma efetiva articulação intersetorial, em que o componente educação, em todas as suas formas e modalidades, recebe destaque fundamental para o fortalecimento de políticas públicas de saúde inclusivas, participativas, equânimes e democráticas.

Temos que considerar, como lembra Bernardo Kliksver, que, na América Latina, que se converteu em uma das regiões mais desiguais do planeta, a destinação do recurso para a área social é uma estratégia fundamental para enfrentar a desigualdade. Não há, na realidade, gasto social. Precisamos superar esse mito. É preciso, sim, considerar que temos um investimento social. Educação, saúde, proteção à infância, erradicação do trabalho infantil, políticas públicas para as diferentes juventudes, apoio aos grupos

excluídos e vulneráveis não são gastos, e sim investimentos que geram impactos muito concretos na promoção do desenvolvimento humano e social sustentável.

Estejam seguros de que a Unesco continuará trabalhando para auxiliar o Brasil e os outros países da América Latina na formulação e implementação de políticas públicas voltadas para o combate e o enfrentamento da pobreza, para a disseminação da educação, da ciência e da tecnologia como instrumentos indispensáveis para mudar a face do país e romper, no Brasil e na América Latina, o círculo vicioso da miséria e da exclusão.

Presidente da Abrasco **Moisés Goldbaum**

É com muita satisfação e com muito orgulho que trago aqui a palavra da Abrasco, cuja comunidade tem se engajado nas lutas pela construção, pelo aperfeiçoamento e pelo fortalecimento de um dos mais importantes objetos que construímos na sociedade brasileira: o Sistema Único de Saúde.

Este evento, no qual se pretende discutir o papel dos estados e das províncias é extremamente importante, na medida em que é preciso buscar definições, respeitadas as especificidades dos países e de cada uma de nossas situações, aclarar quais são as atribuições dos nossos diferentes níveis de atuação. Particularmente, no caso dos estados, a atuação na supervisão, no acompanhamento e no apoio técnico aos municípios e no apoio técnico às nossas atividades de saúde. Tudo isso com vistas ao fortalecimento e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, o SUS, na busca da equidade e da inclusão de todos nas políticas de saúde.

Nesse esforço, a Abrasco tem se engajado e procurado fazer sua tarefa, que é romper a dicotomia e buscar a articulação entre academia e serviço. Esta é uma oportunidade em que se demonstra, uma vez mais, as possibilidades de contribuição entre a comunidade científica e a comunidade dos serviços de saúde. É nesse sentido o trabalho que temos desenvolvido conjuntamente com o Ministério da Saúde, com o CONASS e com o Conasems, e este evento é mais uma demonstração disso, pois mostra as possibilidades inequívocas que todos temos de contribuir na construção do nosso Sistema Único de Saúde.

Saúdo a todos e espero que possamos realmente avançar na busca das indagações ou dos problemas que nos impedem de progredir cada vez mais na construção do SUS.

Aproveito a oportunidade para anunciar que a Abrasco, dentro de suas atividades e congressos, que têm se constituído num espaço importante para a congregação de todos aqueles que trabalham com a questão da saúde no Brasil, estará realizando dois eventos:

em julho deste ano, em Florianópolis, um Congresso de Ciências Humanas e Sociais em Saúde, no qual esperamos que possam ser levados os resultados deste evento; e, em agosto de 2006, no Rio de Janeiro, o Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, junto com o Fórum Mundial das Associações em Saúde Pública. Uma oportunidade de ouro para contemplar os diferentes sistemas de saúde, as diversas experiências e, com isso, colher elementos para aprimorar este que tem sido um dos orgulhos da população brasileira: o Sistema Único de Saúde.

Representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - Conasems

Sílvio Fernandes da Silva

Inicialmente, quero parabenizar o CONASS e os demais organizadores deste evento pela importante iniciativa e ressaltar que o CONASS tem, através de suas publicações e dos diferentes eventos que realiza, contribuído bastante para o processo de reflexão do papel das Secretarias Estaduais de Saúde no processo de reorganização e de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

O Conasems é um ator político nesse processo de construção que, durante toda a sua história, esteve bastante envolvido o que, no Brasil, chamamos de Municipalização da Saúde, de Movimento Municipalista de Saúde.

Posso dizer, em nome de todas as reflexões que são feitas a respeito da análise crítica sobre a descentralização da saúde no Brasil, que o Conasems compreende que esse processo, que teve início há duas décadas e meia com sua implementação de forma mais efetiva nos últimos dez ou doze anos, é uma diretriz constitucional absolutamente correta. Foi graças à descentralização da saúde no país que conseguimos fazer surgir sistemas municipais de saúde em praticamente todos os municípios brasileiros. Isso, sem dúvida, contribuiu para a ampliação da cobertura das ações básicas de saúde da população brasileira e teve, certamente, um grande impacto na melhoria dos indicadores de saúde, por exemplo, na área materno-infantil e na área de saúde bucal. Graças a esse processo de descentralização na saúde, estamos conseguindo aperfeiçoar os mecanismos de democracia participativa, um dos grandes patrimônios que o SUS está construindo.

Por outro lado, nós não temos uma análise da municipalização e da descentralização da saúde no Brasil meramente ufanista ou acrítica. É importante registrar que, se esse processo, por um lado, teve os avanços que rapidamente sintetizei, por outro, persistem dificuldades. É muito importante que, nesta reflexão sobre a descentralização da saúde no país, aprofundemos a nossa percepção sobre as causas dessas dificuldades.

Estamos em um país federativo, apenas para citar algo dentro desse macroconjunto de dificuldades, mas que não tem, nos governos locais, todas as condições para implementar as políticas. É inegável que, apesar dos avanços conquistados na área de financiamento público do SUS tem os desafios que se refletem no resultado do processo de descentralização que precisam ser enfrentados por nós. Assim, é muito oportuno que encontros como este promovam essa reflexão e procurem, também, aprofundar o conhecimento sobre os papéis das Secretarias Estaduais de Saúde e a responsabilização sanitária das diferentes esferas de governo envolvidas pelas questões de saúde.

É muito importante que se avalie criticamente o processo de descentralização, mas a solução dos problemas existentes não está em questionar a diretriz correta, que foi a descentralização, e sim procurar superar as suas dificuldades. Queria, finalizando, dizer que, na superação dessas dificuldades, o Conasems está trabalhando com três pontos prioritários: o primeiro é o aprofundamento da discussão sobre o financiamento público do SUS em nosso país; o segundo é o entendimento que temos de construir um novo marco legal para a questão de recursos humanos em saúde no Brasil; e o terceiro, que está sendo motivo de debates, de reuniões freqüentes entre os diferentes atores do SUS, é a construção de novos pactos de gestão que procurem superar as dificuldades de implementação do SUS em espaços concretos municipais, regionais ou estaduais.

Nesse contexto, acredito que o encontro trará, sem dúvida, uma grande contribuição para que procuremos compreender melhor o papel das instâncias intermediárias, já que os diferentes países envolvidos têm diferentes formas de organização. É fundamental que se aprofunde, à luz das experiências dos outros países, a discussão acerca de quais caminhos nosso país deve seguir neste momento.

Parabéns a todos: ao CONASS, à Unesco, à Opas e ao Ministério da Saúde. Aproveito para convidar e anunciar a todos que de 10 a 13 de maio, teremos um importante encontro, o XXI Congresso dos Secretários Municipais de Saúde do Brasil, em Cuiabá, e, simultaneamente, o II Congresso pela Cultura de Paz e Não-violência, também em Cuiabá.

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS

Gilson Cantarino O'Dwyer

Este evento, eu defino como a convergência de dois processos, paralelos, mas articulados, de trabalho do CONASS, que já vinha em um processo de cooperação internacional estabelecido com o Ministério da Saúde Pública de Quebec. Avançamos, depois, com um processo de debates com a Opas, em um estudo das Funções Essenciais de Saúde Pública das Secretarias de Estado da Saúde – discutido em dois encontros com a Doutora Mirta Roses, aqui no Brasil. Esses processos estimularam o desejo de ampliarmos o debate para um conjunto de países do Continente Sul-americano, de sorte que pudéssemos estabelecer uma agenda de problemas e de estratégias comuns aos subsistemas nacionais de saúde, sejam estaduais, regionais ou departamentais. Por outro lado, o CONASS construiu um processo de debate interno que considero extremamente rico: um processo de formação de consenso. Tivemos um primeiro seminário de formação de consenso em abril de 2003, em Aracaju – SE, que se traduziu pela Carta de Sergipe, do qual tiramos alguns pontos de reflexão e de construção de uma agenda, não só para nós, mas de debate com o Brasil.

Nesse seminário de consenso, ficou muito claro que temos que fazer uma reflexão sobre a nossa capacidade regulatória, sobre instrumentos de gestão necessários ao nosso desenvolvimento e sobre instrumentos de acompanhamento de gestão. Não numa preocupação de substituir ou de enfraquecer o papel do município – não tivesse sido eu presidente do Conasems por quatro anos consecutivos – mas, sim, na preocupação de cumprirmos o nosso papel constitucional estadual, de garantia da integralidade, da referência e contra-referência, do fortalecimento do acesso – junto com o município, não se superpondo a ele.

Temos plena consciência da importância do território, das articulações territoriais, da responsabilidade sanitária territorial. Mas temos consciência, também, de que o avanço da gestão estadual faz-se necessário – em um processo que, num primeiro momento, foi de enfraquecimento e, num segundo momento, de recuperação do papel gestor – junto com esse belíssimo pacto federativo que é o SUS. Um pacto pelas instâncias de gestão, como as comissões tripartite e bipartite; pelo controle social feito dos Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais; por esse dia-a-dia de diálogo que envolve as nossas relações; mas, claro, pela defesa do papel ocupado por cada um e pelo desejo permanente de aperfeiçoamento desse papel. Esse é o valor de uma gestão democrática e isso é o desejável para a população.

Assim, este encontro tem quatro grandes temas que desejamos discutir:

- A importância da regionalização e as responsabilidades dos territórios regionais no contexto da descentralização;
- As experiências de articulação das esferas governamentais e qual sua responsabilidade sanitária;
- As Funções Essenciais de Saúde Pública e os territórios subnacionais;
- As redes de serviço à Atenção Primária e o papel das esferas supramunicipais.

Não temos a ilusão de que vamos esgotar esse debate, mas temos a certeza de que vamos construir uma agenda que ensejará a continuidade. Uma agenda que o Conasems já conseguiu fazer com os Congressos Internacionais dos Secretários Municipais de Saúde, com uma rede estabelecida de cooperação internacional. Hoje, coloca-se também na agenda política do CONASS a necessidade de um maior diálogo com os subsistemas da América do Sul e até de outros países do Continente Americano. Esse processo enriquece e fortalece os ajustes que se possam produzir com reflexão, estratégias, reformulações, avaliação e novos instrumentos. Sem perda de poder de nenhuma das esferas governamentais, deve ter um único objetivo: a garantia da dignidade a todos os cidadãos e cidadãs de todos os nossos países.

Ministro do Estado da Saúde do Brasil
Humberto Costa

Inicialmente, quero dizer da nossa alegria de podermos participar desta abertura do I Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-americanos de Saúde, associada à nossa satisfação de estarmos co-promovendo e co-patrocinando este evento, e dizer, também, da atualidade e da importância desse tema.

Esta pauta, que trata de temas extremamente importantes e amplos, como a garantia do acesso universal aos serviços de saúde, e o debate sobre temas como integralidade, equidade e universalidade dos sistemas são para nós extremamente importantes e atuais. No Brasil, hoje, esses temas ocupam um espaço importante na agenda política na área da saúde. A preocupação de "como viabilizar a ampliação do acesso das populações aos serviços de saúde" e de "como compatibilizar esse acesso universal e integral com o tema da equidade" não deve ser um problema apenas do nosso país, mas, certamente, de todos os países que compõem a América do Sul e, até mesmo, de outros continentes. Isso se percebe pelos debates que temos travado em outros fóruns internacionais de países desenvolvidos, em que o tema do acesso invariavelmente se

coloca, em alguns momentos, quase que em uma posição de contradição com o tema da equidade.

Os avanços tecnológicos, a incorporação de novos tratamentos e de novos medicamentos para doenças cada vez mais raras e a um custo cada vez mais elevado colocam-nos, quase diuturnamente, diante do dilema de atender aos ditames dessa nova incorporação tecnológica, responder, inclusive, aos direitos que são cobrados na própria esfera do Judiciário e destinar nossos recursos, que são limitados, para o atendimento justo de uma minoria, muitas vezes, sem o disciplinamento adequado para que esse acesso se faça sem ferir o princípio da equidade. Esse é um tema bastante atual para todos nós.

O segundo tema, extremamente importante, diz respeito a como conciliar o processo da descentralização com o de responsabilização sanitária dos diversos entes da federação. Hoje, no Brasil, vivemos um momento bastante concreto no que diz respeito a isso. Estamos sendo obrigados, no caso do Rio de Janeiro, a ter uma interferência direta do Ministério da Saúde, associado à Secretaria Estadual de Saúde, num tema que entendemos ser de responsabilidade primordial do município. Essa discussão tem nos levado a abrir um debate que, além de bastante atual, é extremamente relevante neste momento: o da definição das responsabilidades sanitárias.

Neste momento, o Ministério da Saúde está particularmente empenhado em debater com a sociedade e com o Congresso Nacional a necessidade de criação de uma lei de responsabilidade sanitária em nosso país, que possa claramente colocar quais são as responsabilidades dos diversos entes federados – o Estado, o Município e o Governo Federal – na prestação dos serviços de saúde, na garantia do acesso da população a esses serviços, nas ações de vigilância e, ao mesmo tempo, estabelecer punições, penalidades para o não-cumprimento dessas responsabilidades no seu sentido pleno.

Não resta dúvida de que a política de descentralização foi um grande avanço. A política de saúde, com controle social, é, no nosso país, aquela que mais avançou em termos de implementação, em termos de construção de uma nova e diferente realidade. No entanto, a esse processo de descentralização não correspondeu a instituição de um mecanismo adequado de monitoramento, de controle, de avaliação, de auditoria desses diversos entes e de definição das suas responsabilidades, desde a definição dos gastos mínimos que cada um deve ter com saúde e quais as conseqüências pelo não-cumprimento desses gastos mínimos até a definição do que são os serviços essenciais e quais as punições pelo não-cumprimento da responsabilidade de ofertá-los.

Portanto, espero que na discussão, que aqui será travada nesses próximos dias, possamos ter uma troca aprofundada de informações que nos permitam, pelo menos no caso do Brasil, aprender com estes países, com as suas legislações, com o seu modo de fazer o sistema funcionar, para que possamos, neste ano de 2005, avançar significativamente no processo de implementação do SUS – que é, sem dúvida, a política

social com maior poder de inclusão que o Brasil já gerou. Um sistema que já tem sucessos importantes a serem contabilizados ao longo desses quinze anos de existência, mas que certamente exige, e a própria sociedade exige hoje, um salto de qualidade em torno de dois temas importantes. O primeiro, o financiamento, que deve ser uma discussão permanente e que precisamos retomar como um dos temas da ordem do dia; o segundo, a responsabilidade sanitária, para que os diversos entes da federação possam cumpri-la de forma plena e atender às expectativas que têm as suas respectivas populações.

Desejo a todos que vão participar deste evento o mais absoluto sucesso e que ele seja a semente de um processo de discussão permanente para troca de informações e, no nosso caso, no Brasil, possamos aprender com os nossos vizinhos a enfrentar problemas da magnitude do que estamos enfrentando hoje em nosso país.

A Articulação Política e a Organização dos Serviços: O Papel dos Gestores Estaduais na Garantia da Integralidade

Gilson Cantarino O'Dwyer

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

Este tema, em função de sua complexidade e abrangência, requer, antes de tudo, uma rápida abordagem do federalismo, das relações intergovernamentais e da descentralização.

O federalismo constitui um sistema que se fundamenta na união das unidades federadas em torno de objetivos comuns, mas com a manutenção de suas respectivas integridades e diversidades, estando, assim, essencialmente relacionado à descentralização e à autonomia dessas unidades.

Almeida (1996) afirma que, “por serem estruturas não-centralizadas, os sistemas federais moldam formas peculiares de relações intergovernamentais, constitutivamente competitivas e cooperativas, e modalidades de interação baseadas na negociação entre instâncias de governo.”

As relações intergovernamentais ocupam-se das relações entre diferentes níveis de governo. A literatura que aborda a tríade descentralização, relações intergovernamentais e federalismo concentra o foco de análise na tensão presente entre as esferas governamentais. O trabalho escrito por Patrícia Ribeiro e por mim ressalta, em um de seus trechos, que a literatura nacional, embora pródiga em estudos que abordam o federalismo fiscal a partir de análises econômicas, conta com uma produção científica relativamente restrita de análises que privilegiam a questão federativa nacional em seus aspectos político-institucionais, particularmente, no que tange a estudos que analisam com profundidade o *modus operandi* governamental na gestão pública das áreas sociais, com enfoque nas relações entre União, estados e municípios.

Nessa perspectiva, a descentralização no Brasil é permeada pelas relações intergovernamentais, e estas ganham uma dimensão sumamente importante em um país marcado por grandes disparidades inter e intra-regionais, que, além do mais, concentra múltiplos centros de poder, os quais conformam um sistema complexo em que pontifica forte dependência política e financeira entre as esferas intergovernamentais. Tais características delineiam, no Brasil, um desenho singular na implantação de políticas públicas, cujos resultados também assumem contornos específicos.

Desse modo, a emergência de interesses conflitantes constituiu a principal variável explicativa não só para a modelagem da descentralização, mas também para sua abrangência e magnitude. Agregue-se a inexistência de consenso social sobre os resultados esperados da descentralização e as marcantes desigualdades inter e intra-regionais que geram respostas diferenciadas dos governos locais ao processo de descentralização em curso.

A gênese da mudança no sistema de saúde brasileiro está inscrita no documento intitulado "A Questão Democrática da Saúde" – datado de 1979, de autoria de Hésio Cordeiro, Reinaldo Guimarães e José Luís Fiori. Esse documento, além de fazer uma ampla análise da conjuntura nacional e das políticas de saúde, assumiu um caráter propositivo ao apresentar projeto de reorientação do sistema de saúde brasileiro, com base na descentralização, na integração institucional, na regionalização e hierarquização da rede assistencial e na participação popular, com ênfase nas ações básicas de saúde, que acabou sendo o escopo final da Constituição Federal de 1988.

Fleury (1997:28), ao enfatizar a proposta reformadora da saúde inscrita na Constituição Federal de 1988, destaca suas bases, que podem ser sumarizadas nos seguintes aspectos:

- O reconhecimento do direito universal e inalienável, comum a todos os homens, à promoção ativa e permanente de condições que viabilizem a preservação de sua saúde;
- O reconhecimento do caráter socioeconômico global destas condições: emprego, salário, nutrição, saneamento, habitação e preservação de níveis ambientais aceitáveis;
- O reconhecimento da responsabilidade parcial, porém intransferível, das ações médicas propriamente ditas, individuais e coletivas, na promoção ativa da saúde da população;
- O reconhecimento, finalmente, do caráter social desse direito e da responsabilidade que cabe à coletividade e ao Estado em sua representação, pela efetiva implementação das condições supramencionadas.

É importante frisar que os sistemas de saúde do Continente Americano não tem os mesmos traços e os mesmos marcos, sendo que esta característica da universalidade e integralidade do pacto federativo com controle social é uma peculiaridade bastante brasileira.

A transformação operada no novo pacto social considera o direito à saúde integrante da condição de cidadania bem como dever do Estado e implica responsabilização e solidariedade do conjunto da sociedade. Nesse sentido, o novo modelo corresponde não só a uma "requalificação do direito à saúde, que deixa de ser privilégio dos contribuintes da previdência e se estende a todos os cidadãos, mas também a uma requalificação da responsabilidade do Estado, que deixa de ser uma mera agência de seguro social em saúde e passa a ser o responsável pela sua garantia a todos os cidadãos" (Dain, 2000:118).

O modelo de organização dos serviços de saúde configura-se de forma hierarquizada, consoante os diversos níveis de complexidade, com vistas a garantir o princípio da integralidade da atenção à saúde. A propósito desse tema, Mendes (1998:33) acentua que: (...) “Os serviços de saúde devem estar distribuídos otimamente no espaço, segundo os níveis primário, secundário e terciário. Se a Atenção Primária deve necessariamente ser prestada o mais descentralizadamente possível, os níveis secundário e terciário organizam-se obedecendo aos princípios de disponibilidade de recursos e de economia de escala. É irracional descentralizar, no limite, serviços de maior densidade tecnológica, como atenção hospitalar, atenção ambulatorial especializada, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, dentre outros”.

Começávamos o debate do que seria o escopo das discussões de cada ente federado, do que seria o limite a ser alcançado por cada um deles. O próprio texto constitucional e sua legislação complementar delineiam com clareza o papel do gestor. Contudo, esse delineamento não pode e não deve ser pétreo. As características são extremamente distintas de estado para estado, de município para município e de relações intergovernamentais para relações intergovernamentais. Esse novo desenho político-institucional representado pelo SUS propõe, além da unificação da gestão institucional, nas três instâncias de governo, as estratégias da descentralização e de participação. As Leis 8.080/90 e 8.142/90 orientam a configuração do desenho e definem mecanismos operacionais para o alcance da situação – objetivo tanto no tocante à descentralização político-institucional como no que tange ao financiamento e à participação social, conferências e conselhos.

A Lei 8.080/90 preceitua, em seu artigo 7º, as diretrizes para organização do sistema, conforme se segue:

“ IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;

(a)- ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

(b)- Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.”

Dentro do tema proposto, destaco que a integralidade da assistência depende de oferta adequada de recursos tecnológicos, entendida como ações e serviços de saúde necessários para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a resolução de problemas de saúde individuais ou coletivos. Essa diretriz, segundo Mendes (2000:121), inclui quatro ações, a saber:

- A articulação entre os níveis de atenção, garantindo primazia das ações de promoção e prevenção e também das de assistência aos doentes;
- A articulação entre as unidades de uma rede, das mais básicas às mais complexas tecnologicamente, seguindo uma distribuição e um ordenamento espacial compatível com a demanda populacional de cada território (regionalização e hierarquização), garantindo a referência e a contra-referência;

- A articulação em cada unidade (entre os serviços) e em cada serviço (entre as diversas ações), visando a uma ação integrada para cada problema e para cada indivíduo ou coletividade coberta;
- Oferta de serviços cuja organização atenda à demanda espontânea e à programação de ações para problemas prioritários.

Um outro marco importante na constituição do sistema de saúde brasileiro corresponde à Lei 8.142/90, que trata do controle social na gestão do SUS. Marco este que tem produzido importantes conferências nacionais, estaduais e municipais de saúde e que hoje tem um quadro de mais de 5.000 Conselhos Municipais de Saúde e 27 Conselhos Estaduais de Saúde, além do Conselho Nacional de Saúde.

Diversos autores são unânimes em afirmar que um dos principais avanços da implementação do SUS, especialmente na década de 90, encontra no processo de descentralização político-administrativa, marcado pela progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais, sua expressão maior no tocante à construção do sistema.

Existe, hoje, uma reflexão crítica de que o processo de municipalização pudesse, em primeiro lugar, ter sido excessivamente cartorial, principalmente numa crítica dirigida à descentralização para os municípios e, em segundo lugar, ter enfraquecido o papel do estado, por um processo de descentralização construído, bilateralmente, entre o Ministério da Saúde e os municípios.

Neste ponto, gostaria de fazer uma breve reflexão: vivi esse processo de descentralização para os municípios, como gestor municipal. Na verdade, havia uma estratégia clara de estimular a responsabilidade municipal na constituição de Secretarias Municipais de Saúde e de promover, em um país com mais de 5.000 municípios, com a extensão territorial que temos, contingente populacional de mais de 170 milhões de habitantes e marcantes desigualdades, possibilidade de uma gestão municipal, com território definido e responsabilização sanitária para se desenvolver e consolidar o SUS. É verdade que o processo, no início da década de 90, abdicou, em muito, da participação das Secretarias Estaduais de Saúde. Não foram construídos instrumentos e mecanismos que pudessem dotá-las de maior capacidade regulatória, o que gerou uma forte crise de identidade do papel do gestor estadual, que deixava de ser prestador de serviços e passava a assumir um novo papel na gestão, para o qual não estava culturalmente preparado, além de não deter as ferramentas necessárias para exercê-lo.

No final da década de 90, observa-se o surgimento de sinais de revitalização da gestão estadual em seu papel regulatório e gestor de sistema.

Nesse processo de construção do Sistema Único de Saúde chegamos a um debate que é, hoje, a agenda principal do CONASS, que vem caracterizando sua atuação na renovação e fortalecimento do papel político das Secretarias Estaduais de Saúde. Buscamos uma atuação política mais forte como gestores estaduais. Não para

estabelecer uma luta contra-hegemônica com os municípios nem para estabelecer uma relação de neutralidade com o Ministério da Saúde. Temos construído um processo de trabalho baseado na realização de seminários de consenso, nos quais são definidos os problemas, identificadas estratégias de ação e encaminhadas possíveis soluções.

Um marco de nossa experiência nesse processo foi a “Carta de Sergipe”, datada de 12 de julho de 2003. O coletivo de Secretários Estaduais de Saúde coloca em sua agenda:

- A reafirmação do compromisso com as diretrizes constitucionais do SUS, cuja implantação representa um movimento de reforma setorial dos mais expressivos realizados no Brasil, eu diria o mais expressivo;
- O fortalecimento da Atenção Primária, como sendo a principal porta de entrada da rede de serviços integrados e o eixo fundamental para a mudança de modelo assistencial. Nesse sentido, os Secretários Estaduais de Saúde consideram que precisam ter um papel mais ativo na organização da Atenção Primária, apoiando os municípios, qualificando os recursos humanos e alocando recursos financeiros, quando necessário, entendendo ser responsabilidade inerente ao gestor municipal a organização da Atenção Primária.

A Atenção Primária – orientada para o cidadão e sua autonomia, para a família e a comunidade – deve ser qualificada no sentido de também prover cuidados contínuos para pacientes portadores de patologias crônicas e de necessidades especiais, e tem o Programa de Saúde da Família como o seu principal eixo organizativo no âmbito do SUS.

Outro ponto importante diz respeito à urgente, necessária e ampla discussão sobre o entendimento do comando único, nos termos da Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2002, e do conceito de direção única em cada esfera de governo, nos termos do artigo 7º da Lei 8.080/1990. Considera o CONASS que o comando único deve ser uma diretriz organizativa do SUS, voltada para a garantia do direito à saúde do cidadão independentemente do município em que resida. Em função disso, é papel das Secretarias Estaduais de Saúde a gestão das referências intermunicipais, observadas as pactuações nas Comissões Intergestores Bipartites e deliberações dos Conselhos Estaduais de Saúde.

O debate do que seja o conceito de direção única e do papel regulatório do estado, penso ser a mesma nos outros países e seus subsistemas nacionais. Evidentemente, menos nos países mais centralizados e mais naqueles descentralizados.

É fundamental e necessário o fortalecimento do papel regulador dos estados, especialmente, na regulação do acesso das populações referenciadas para municípios habilitados na condição de gestão plena do sistema municipal, em articulação com o gestor municipal, e na regulação das referências intermunicipais e dos prestadores intermunicipais e interestaduais. Essa é uma questão que hoje talvez possa tornar o conteúdo do debate mais polêmico e com riscos de não sermos compreendidos.

Não queremos substituir o papel dos municípios, mas não podemos deixar de contribuir e de ter instrumentos regulatórios para lidar com as referências da população do território estadual, nos diferentes municípios, independente de serem plenos ou não plenos. Ou seja, independente de estarem habilitados em uma situação que lhes dá a plenitude da gestão financeira e regulatória. Penso que esse *modus operandi* terá que ser buscado, sem que isso represente um enfraquecimento do papel do gestor municipal.

A experiência que estou vivendo hoje, como Secretário de Estado no Rio de Janeiro, com os recentes acontecimentos na capital do estado, demonstra que o avanço no SUS passa pela necessidade de um elenco de informações que permitam avaliar as diferentes modalidades de gestão, seu impacto e resultados, assim como avaliar a gestão estadual e suas responsabilidades, para que uma ação necessária que se adote não venha a ser interpretada como um ato de força. Hoje, um grande desafio que se coloca é avaliar, objetivamente, a gestão do sistema de saúde, seus impactos e resultados.

Essa discussão não é só técnica. É também política. Mas no campo político, não pode, de forma reducionista, estar vinculada a interesses partidários ou corporativos. Deve estar permeável a um elenco de informações que permitam a tomada de decisão, e que levem ao colegiado de gestão ou colegiados do controle social, argumentos que lhes permitam decidir com maior clareza.

Uma outra questão presente na Carta de Sergipe é a defesa da configuração de uma rede de ações e serviços de saúde que seja capaz de garantir o acesso, a circulação e o acompanhamento dos pacientes entre os diversos níveis de atenção, orientados por um sistema de referência municipal e interestadual.

Está posto um outro desafio para o desenvolvimento do SUS: na questão da regionalização, como tratar, articular e lidar com o espaço regional entre dois estados fronteiriços que constituem uma região com dois gestores estaduais. Isso exige o reconhecimento de um outro importante ponto crítico neste momento do sistema, que é a questão do acesso. Ampliamos a cobertura da Atenção Básica, melhoramos muitos indicadores de saúde e o controle das doenças imunopreveníveis, por exemplo, a queda da mortalidade infantil e, em menor grau, mas com impacto importante, da mortalidade materna. Entretanto, geramos demandas e estrangulamentos, como por exemplo as dificuldades de acesso à média e alta complexidade. Temos, hoje, claramente, uma crise de acesso às referências e precisamos resolvê-la. Provavelmente, a construção de espaços regionais bem definidos, com oferta de serviços bem estabelecida e responsabilidade sanitária pactuada, pode ser uma solução, inclusive, que desafogue a grande demanda concentrada nas capitais e/ ou nas cidades de maior porte.

Um compromisso do CONASS, no que diz respeito ao financiamento do sistema, é o de lutar por fontes de recursos seguras e estáveis, pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 e pela revisão dos limites financeiros federais da assistência de média e alta complexidade dentro de uma lógica de necessidade de redução das desigualdades

regionais, macrorregionais, interestaduais e intermunicipais. Outro debate bastante atual é a diferença que há entre o *per capita* praticado pelos estados das Regiões Norte e Nordeste e o praticado pelos estados das Regiões Sul e Sudeste, independente da existência de diferenças da complexidade da oferta de serviços.

A forma de alocação de recursos atual atende a uma lógica de pagamento pela oferta de serviços em que não se contempla a redução das desigualdades. Não há uma política que efetivamente faça uma discriminação positiva aos grupos sociais mais excluídos e, neste ponto, outro desafio se coloca, que é o da equidade.

O financiamento ainda é um problema grave no Brasil. A saúde deveria ter um orçamento, hoje, de 69 bilhões de reais se a lógica da Constituição de 1988 fosse mantida, mas o atual orçamento do Fundo Nacional de Saúde é de 39 bilhões de reais. Isso denota lutas internas de concepção ideológica em nosso país. Se, em alguns países, o pagamento pré-pago foi estipulado, se, em outros países, o pagamento em desconto previdenciário é obrigatório, aqui conquistamos um sistema de financiamento indireto que tem, evidentemente, resistências. Nunca sai da agenda política brasileira a questão de se dar limite ao conceito de universalidade e a tentativa de modificação do sistema que conquistamos pela Constituição de 88.

Esse embate ideológico da construção do sistema que queremos, ou da sociedade que queremos, reflete-se quando o financiamento começa a não ter mais o aporte de recursos de acordo com parâmetros de internação hospitalar, consulta habitante/ano, entre outros. Essas mudanças foram se dando, principalmente, no início da década de 90.

Nesse sentido, a Constituição Brasileira apresenta grandes conquistas sociais, apontando a possibilidade de o Estado Brasileiro constituir-se em um estado de bem-estar social, coincidindo, contraditoriamente, com o crescimento da política neoliberal de redução do tamanho e do papel do Estado. A luta ideológica permanece. Ela permeia todas as relações dentro do país.

A universalidade está assegurada. Pela lei, não há nenhum tipo de restrição de acesso, mas ainda não se mostra uma política de redução de iniquidade com instrumentos claros de execução na lógica de planejamento, na lógica de prestação de serviços.

Retomando a Carta de Sergipe, outra agenda é a necessidade de uma nova normatização em que se integrem mais os diferentes níveis de atenção à saúde, em que a responsabilidade sanitária tenha uma forte ênfase e o território seja preservado, mas em que a questão da integralidade esteja presente, desde o nível da promoção até o nível da reabilitação.

Os Secretários Estaduais têm permanentemente estabelecido compromissos para que se possa enfrentar as desigualdades sociais e regionais, promover a inclusão social, buscar o aperfeiçoamento do SUS, com um olhar sempre voltado para o futuro e para a construção da cidadania.

Essa agenda que estamos construindo tem dado uma contribuição efetiva à reflexão. O CONASS tem, hoje, no seu coletivo de secretários, por esse processo de construção de consensos, uma preocupação com a reflexão. O SUS é uma vitória de todos aqueles que defendem o sistema universal e igualitário para a população. Essa é uma realidade já posta. Corrigir os seus desvios, construir novos rumos, qualificar com transformações necessárias é obrigação de todos nós atores sociais, não só gestores. Chegamos a um momento de desenvolvimento do sistema em que a avaliação crítica é necessária, que é preciso repensar e fortalecer o papel dos estados, em plena consonância, cooperação e respeito ao papel do município e ao do Ministério.

A contribuição que temos dado e que queremos dar pauta-se na avaliação permanente desse patrimônio social brasileiro e na responsabilidade de não permitir que haja retrocesso. Corrigir rumos, incorporar novas agendas, compreender necessidades, ouvir as diferentes lógicas e pactuar para que essas tenham espaço nesse processo de desenvolvimento, significa defender um sistema que pode ser um exemplo aos outros países do Continente Americano. A saúde é, indiscutivelmente, um dever do Estado e um direito de todos. Promovendo saúde com integralidade, universalidade e equidade é que vamos alcançar a melhoria das condições e da qualidade de vida dos nossos povos.

As Reformas dos Sistemas Nacionais de Saúde e o Desafio da Universalidade, Integralidade e Eqüidade: Um Panorama dos Países

Coordenador:

Luiz Roberto Barradas Barata

Expositores:

José María Legascue

Rafael Quiricone Tabaré Vasquez

Julio Quenhan

Roger Paquet

Mario Hernández Alvarez

Giovani Peña

Jorge Solla

Debatedores:

Sonia Fleury

Francisco Eduardo de Campos

Argentina

José María Legascue

Subsecretário de Saúde da Província de Entre Rios

A população da Argentina foi estimada, no censo de 2001, em 36.027.041 habitantes. Destes, 87,2% concentram-se em áreas urbanas e 11% na área rural. O país é composto de 23 estados, entre eles, a capital federal, e possui cerca de 1.600 municípios. O Estado de Entre Rios está situado no leste do país e é banhado pelos Rios Paraná e Uruguai. A população atual gira em torno de 1.200.000 habitantes, dos quais 700.000 não possuem cobertura de saúde.

A crise socioeconômica que enfrentamos no país, nos últimos anos (1998-2001), e seus efeitos sociais e políticos provocaram uma crise aguda na economia, que se refletiu nos serviços, no consumo e no aumento do desemprego. Esse reflexo se fez presente, em dezembro de 2003, quando assumimos o governo e encontramos a saúde deteriorada, seja pelo parco orçamento destinado ou pela má aplicação dos recursos. O processo de reconstrução do sistema de saúde e das estruturas sanitárias foi gradual e exigiu um empenho das autoridades governamentais.

Diante do quadro deteriorado da saúde, o Governador do Estado, Sr. George Busti, elevou gradualmente o orçamento, do patamar de USD143.718.000, em 2003, para USD191.342.000, em 2005. Esse aumento permitiu que investíssemos na infra-estrutura dos hospitais, mediante a compra e manutenção de equipamentos. Ressalto que esses equipamentos, quando não estavam obsoletos, mas encontravam-se em estado de deterioramento. Podemos citar como exemplo as salas de cirurgia do principal hospital da capital, Paraná. Esse hospital dispunha de cinco salas de cirurgia e, à época, apenas uma encontrava-se em funcionamento. A partir dos investimentos efetuados, alcançamos uma melhora significativa nos serviços de saúde, seja nos hospitais ou nos centros de saúde.

Em relação aos estabelecimentos hospitalares, dispomos de atendimento público e privado. Possuímos, hoje, 64 hospitais públicos, perfazendo um total de 6.034 leitos de internação. A rede privada conta com 64 hospitais e dispõe de 6.751 leitos. Há, ainda, os Centros de Atenção Primária, que giram em torno de 240.

A recessão econômica também afetou consideravelmente o Instituto de Serviços Sociais para Aposentados e Pensionistas – PAMI. Coube ao Estado assistir essa população composta por idosos, a maioria em idade avançada, que requer um atendimento especializado e de alto custo. Nesse contexto, encontra-se uma parcela da população que não é assistida pelas obras sociais ou caixa de previdência, tampouco pela medicina privada.

Destaco que os avanços obtidos na saúde se concretizaram mediante a participação do Ministério da Saúde e Ambiente da Nação e do empenho do seu representante, Sr. Ginés Gonzáles Garcia. Além dos investimentos efetuados na área, foram implementadas diferentes estratégias para atender à população, como: Programa de Medicamentos, Garantia de Qualidade da Atenção Médica, Saúde Sexual e Reprodutiva, Sangue Seguro, AIDS, Imunizações, Vigilância Epidemiológica, Provisão de Leite, etc.

Para finalizar, não podemos deixar de mencionar o Programa dos Médicos Comunitários e o Programa Nacional de Recursos Humanos para a Atenção Primária da Saúde – APS, ambos financiados pelo governo da Nação. O primeiro dispõe de 81 médicos e o segundo de 62 profissionais da saúde, distribuídos por todo o Estado. Merecem destaque os avanços obtidos no Programa de Pré-natal, que visa a um controle adequado bem como à diminuição das taxas de mortalidade infantil. Integrada a esses programas, está a abertura do laboratório de genéricos, que conta com o apoio do ANMAT e do INAME. Salientamos que os projetos a médio e a longo prazo foram elaborados no Plano Quatrienal de Saúde 2004-2007, em consonância com as bases do Plano Federal de Saúde 2004-2007.

Argentina

Rafael Quiricone

Subsecretário da Província de Formosa

O estado situa-se ao norte da Argentina e faz fronteira com o Paraguai. A população é estimada em 485.700 habitantes. É importante destacar que 65% da população, ou seja, 319.695 habitantes, não são assistidos pelas obras sociais. O índice de urbanização é de 77% e 53% da população concentra-se no Paraná, capital do estado. Do ponto de vista sanitário, o estado está dividido em doze distritos, que incluem 71 áreas programáticas. Essas áreas são atendidas pelos programas nacionais, como: Imunização, Programa Materno-infantil, Sistema Nacional de Vigilância da Saúde, Plano Nacional de Doação de Sangue, Garantia de Qualidade nos Serviços Médicos, Plano Nascer, Médicos Comunitários, Programa de Medicamentos, AIDS, etc.

Os programas mencionados são implementados de acordo com as suas especificidades. Entretanto, determinadas doenças afligem toda a população, por exemplo, a doença de chagas e a dengue, e o atendimento tem que ser estendido a todos. O Plano Nacional de Doação de Sangue visa orientar sobre os cuidados devidos com os doadores e os receptores. O Programa Materno-infantil destina-se às mulheres grávidas, por meio do controle pré-natal, e 100% das gestantes têm o atendimento assegurado. Sofremos um pequeno inconveniente, advindo do controle da igreja. Assim, a orientação e o controle têm

que ser efetuados numa relação direta entre médico e paciente. No quesito imunização, o estado alcançou 100% na cobertura da pólio e antitetânica.

O Programa Médico Comunitário ou da Família visa conhecer a comunidade em todos os âmbitos, sem centrar o atendimento na doença. Essa ação tem um caráter social e participativo da comunidade e conta com uma equipe multidisciplinar de trabalho. O programa assegura a distribuição gratuita de medicamentos para a população em cada área programática.

Para finalizar, é preciso ressaltar que 7,11% da população de Formosa, ou seja, 34.522 habitantes, é composta por indígenas das tribos Wichi (54%), Toba (34%) e Pilagá (12%). Nessas comunidades, os indígenas integram as equipes médicas como agentes de saúde. O grupo de trabalho também incorporou as parteiras tradicionais indígenas. Essa ação visa ao cuidado com a saúde da mulher rural e indígena, respeitando as diversidades culturais. O programa está trocando experiências com outras comunidades indígenas, principalmente do Canadá.

Uruguai

Tabaré Vasquez

Representante do Ministério da Saúde do Uruguai

Concebemos a saúde como um direito fundamental que se constitui num bem social; portanto, cabe ao Estado a responsabilidade de garanti-la, mediante o desenvolvimento de um Sistema Nacional de Saúde que tenha cobertura universal e igualitária, baseada na solidariedade e na justiça social. A atenção integral da saúde compreende um conjunto de atividades centradas nas pessoas, no meio ambiente, no respeito ao sistema de crenças e valores da comunidade, em parceria com os trabalhadores da saúde e visa assegurar a universalidade, equidade na prestação de serviços e no financiamento, eficácia e eficiência econômica e social, participação social e integralidade.

O Sistema Nacional de Saúde é um conjunto integrado de serviços, conformando uma rede, com uma única estrutura organizacional, sendo o órgão governamental o gestor da política de saúde, das diretrizes e dos programas. O Sistema Nacional de Saúde não é responsabilidade exclusiva da área da saúde, já que interage com outros segmentos que visam ao desenvolvimento econômico e social.

A missão do Sistema Nacional de Saúde abarca três aspectos fundamentais: manter e melhorar a saúde da população, incluindo a equipe de saúde; assegurar diagnóstico eficaz no sistema de atendimento; controlar e avaliar a qualidade dos serviços e dos programas bem como os impactos da formação e da capacitação dos recursos humanos.

O Seguro Nacional de Saúde está atrelado ao Sistema Nacional de Saúde e compreende dois aspectos essenciais: o financiamento equitativo do sistema, mediante a contribuição da população, e o financiamento equitativo dos serviços de saúde.

O acesso da população ao seguro de saúde tende a ser de caráter familiar, por meio de convênios coletivos e individual. Por outro lado, o pagamento das prestações de serviços realizados pelas entidades de serviços públicos, comunitários e privadas, sem fins lucrativos, recebe financiamento dos gastos de saúde de acordo com o número de associados e características de risco. A direção de saúde define os critérios e autoriza ao seguro o reembolso, mediante aprovação do orçamento e das auditorias.

A Atenção Primária da Saúde, normalmente, é concebida como um programa do tipo vertical e público, de poucos recursos, com atividades limitadas, voltado à população de baixa renda. Devemos considerar primário como principal, fundamental, essencial. Nesse sentido, buscamos a satisfação de quatro aspectos fundamentais: continuidade, acessibilidade, integralidade e coordenação de todo o sistema de saúde.

Podemos reconhecer três níveis diferentes de atenção no sistema de saúde. No primeiro nível, é onde se realizam as atividades de promoção, proteção, recuperação e reabilitação. Essa ação tem caráter ambulatorial, com ênfase no atendimento clínico e epidemiológico, priorizando-se o diagnóstico. Um primeiro nível bem programado e ajustado às necessidades identificadas deve ser capaz de resolver em torno de 80% das necessidades de saúde da população.

No segundo nível, estão alocados os hospitais, os centros de diagnóstico e tratamento especializado, seja ambulatorial ou de hospitalização. Neste nível, priorizamos a formação e a especialização dos profissionais da saúde. As pesquisas centram-se nas áreas epidemiológica, biomédica e administrativa. Os programas de educação orientam os usuários e a comunidade sobre os problemas de saúde que têm maior incidência na população.

No último nível, encontram-se os serviços especializados que utilizam técnicas mais elaboradas. Os centros de formação de especialistas, onde se desenvolvem novas tecnologias, trabalham articulados com todo o sistema de saúde. A aplicação da descentralização na organização do Sistema Nacional de Saúde leva à organização dos Sistemas Locais de Saúde como subsistemas do Nacional. A regionalização é um método de organização dos serviços de saúde para uma dada população em uma zona geométrica delimitada.

A regionalização dos serviços de saúde é um mecanismo de descentralização que abarca inúmeros benefícios, como: amplia o conhecimento da realidade local, seja dos problemas ou dos recursos; aumenta a capacidade de participação social; permite que as decisões sejam tomadas em nível local e favorece a capacitação das equipes de saúde e da comunidade, tanto na gestão quanto na prestação dos serviços.

Para finalizar, o plano integral de atividades nas áreas da saúde objetiva a articulação de todos os programas destinados à saúde, respeitando as necessidades e demandas específicas, e identifica as atividades e os recursos disponíveis para a execução, seja no campo institucional ou social. As equipes de saúde são compostas por: médicos, enfermeiros, dentistas, assistente social, psicólogos. Os profissionais trabalham integrados com as policlínicas e os centros de saúde e realizam atividades diversificadas, como: consultas programadas para grupos de risco (gestantes, crianças, etc.), consulta domiciliar mediante avaliação da equipe de saúde, consultas de urgência, visita domiciliar, inspeções, triagem do grupo de risco e apoio a grupos de auto-ajuda.

Paraguai

Julio Quenhan

Representante do Ministério da Saúde do Paraguai

O Paraguai é um país unitário, indivisível e descentralizado, com uma população estimada de seis milhões de habitantes. Deste percentual, 40% encontra-se abaixo da linha de pobreza e 25% em extrema pobreza. A população urbana corresponde a 56,5% e a rural a 43,5% dos habitantes. Entre a população rural, 2/3 encontram-se na pobreza. Por outro lado, a população paraguaia é predominantemente jovem, com menos de 15 anos. Este grupo representa 41% do total de habitantes. Há ainda a população indígena, que corresponde a 1% dos habitantes.

Existem no país sérios problemas, como a desnutrição crônica, em torno de 11%, e altas taxas de mortalidade materna e infantil. Esse quadro contribui para que o país ocupe a 81ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH.

Em relação ao contexto político, o Paraguai enfrenta dificuldades similares a outros países da América Latina. O país passou por uma transição política recente, mediante a eleição do Presidente Nicanor Duarte Frutos. Em meio às mudanças, o governo tem se defrontado com uma série de problemas estruturais, os quais corroboram para que se acentuem as iniquidades do país, como a crise econômica e social, a evasão de divisas e a fragilidade do sistema financeiro.

Nesse contexto, também é preciso considerar outros fatores que, por ora, se apresentam como empecilhos para as reformas, como a alta taxa de desemprego, haja visto o parco orçamento disponível para aplicação nas políticas públicas, principalmente, nos serviços essenciais, como a saúde.

Diante do exposto, o atual governo tem como objetivos: aumentar a proteção social com equidade, implementar o Sistema Nacional de Saúde, ampliar o consenso entre os atores sociais e melhorar o acesso aos serviços.

Considerando essa base estrutural, cria-se um marco legal com o qual pretendemos mudar o sistema vigente e transpô-lo para um sistema descentralizado.

Assim, surgem novos programas para atender à população, como o Materno-infantil e a Maternidade Segura, por meio da distribuição do kit medicamento, visando assegurar o acesso aos serviços, garantir a gratuidade e superar as iniquidades.

Para finalizar, acreditamos que é necessário que haja vontade política para implementar o processo de descentralização. E o atual governo está disposto a trabalhar para colocá-la em prática, erradicando, assim, as doenças e as iniquidades a que foi submetida a população no decorrer dos anos.

Canadá

Roger Paquet

Direção Geral de Coordenação do Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Quebec

A oportunidade que nos foi dada pelo CONASS e pela Opas de participar deste evento nos permitirá receber e fornecer, em alguns casos, preciosas colaborações. Neste momento, todos os países são confrontados pela necessidade de reexaminar os modos de organização de seus sistemas de saúde e as nossas formas de organizar o nosso sistema de saúde dependem, cada vez mais, de nossa capacidade de estabelecer laços e de desenvolver esse tipo de troca. Os desafios – em toda parte complexos e freqüentemente comuns – colocados à adaptação de nossos sistemas de saúde oferecem oportunidades múltiplas de aquisição e de transferência de conhecimento, de forma que cada um aprende tanto quanto fornece.

Antes de colocar o essencial de minha proposta, gostaria de dizer algumas palavras sobre o Quebec para aqueles e aquelas que nos conhecem pouco.

Quebec é, por sua população de 7,2 milhões de habitantes, uma das menores nações da América; representa, entretanto, 24% da população canadense. Sua língua oficial, o francês, é a menos falada do Hemisfério. Seu território, ao contrário, corresponde a cinco vezes o tamanho do Japão; 80% da população agrupam-se no Vale de Rio Saint-Laurent. Cerca de seis milhões de francófonos do Quebec descendem dos 10.000 colonos vindos da França nos séculos XVII E XVIII, aos quais se associam os ameríndios, que já habitavam o território, os escoceses e, sobretudo, os irlandeses. Durante o século passado, 100.000 imigrantes da América do Sul juntaram-se à sociedade do Quebec e contribuíram para lhe dar uma nova face.

Importantes mudanças foram implementadas no Sistema de Saúde e Serviços Sociais do Quebec. Essa grande empreitada de modernização do nosso sistema de saúde substitui a via da descentralização a favor de um plano local de gestão dos serviços, que será o cerne das nossas mudanças.

O Sistema Quebequiano de Saúde e de Serviços Sociais tem características que devem ser inicialmente ressaltadas. A primeira grande característica do sistema do

Quebec é estar inteiramente sob controle público. O estado define os serviços que serão oferecidos, financiando a produção e o funcionamento dos mesmos, e fixa as condições de acesso sobre uma base justa, eqüitativa. Ele recorre essencialmente aos recursos ou a um financiamento público para a produção de serviços. A parcela do financiamento público ultrapassa os 3/4 dos custos globais, uma proporção ligeiramente mais elevada do que a média canadense. Desde 1970, os serviços de saúde e serviços sociais são acessíveis a todos, sem discriminação e sem nenhuma distinção.

A aposta feita por Quebec e pelo Canadá foi de que, colocando à disposição os recursos modernos de diagnósticos e de cuidados, o estado sanitário da população melhoraria, tendo como conseqüências a diminuição dos recursos financeiros gastos com a doença e o aumento da média de expectativa de vida da população.

Essa aposta foi ganha. A população quebequiana – e a canadense – apresenta um saldo notável na saúde. Todos os índices conduzem à mesma conclusão: a saúde dos quebequianos melhorou continuamente durante os últimos trinta ou quarenta anos. O caráter público e universal do nosso sistema de saúde é parte dessa boa atuação.

A segunda grande característica – fundamental para compreender nosso Sistema – é que os serviços de saúde e serviços sociais são integrados em uma mesma administração. Há mais de trinta anos, esses dois setores são estreitamente ligados e interdependentes, dos serviços de primeira linha (recentemente chamados de Centros Locais de Serviços Comunitários – nossos estabelecimentos que oferecem os serviços de saúde e serviços sociais comuns, ou habituais, à população de um território relativamente restrito) até a estrutura nacional de coordenação, o Ministério da Saúde e Serviços Sociais. Essa aproximação permite levar em conta o componente social dos problemas de saúde, oferecendo universalidade de acesso aos serviços psicossociais.

Hoje não duvidamos mais da importância de considerar a influência dos fatores sobre a saúde e o bem-estar coletivo. Essa característica, que nos é própria, permite integrar os serviços de saúde e os serviços sociais. Ela abre as práticas curativas às dimensões mais sociais da doença, da miséria e do sofrimento. Os pacientes mais vulneráveis, como os idosos que perdem autonomia e, de maneira geral, as pessoas que têm incapacidades ou problemas de adaptação tiram proveito de tudo isso.

Nosso sistema tem como terceira característica apoiar-se em três patamares: o central, o Ministério da Saúde e Serviços Sociais, que elabora as grandes orientações, determina prioridades, define os programas, edita os parâmetros orçamentários e avalia os resultados; o regional, onde dezoito agências regionais asseguram a implantação sobre seus territórios de políticas e programas ministeriais, sendo responsáveis pela obtenção de resultados e pela ajuda de custo orçamentária aos estabelecimentos; o patamar local, os serviços de saúde e os serviços sociais de base distribuídos em 1.800 instalações ou centros de serviços, havendo, aproximadamente, 200 estabelecimentos públicos e 1.000 clínicas médicas.

Os serviços especializados, organizados regionalmente, e os serviços superespecializados, organizados no nível nacional, completam a rede de serviços do Quebec.

As pressões que as mudanças geográficas exercem nos obrigam, agora, a fazer ajustes importantes na nossa forma de oferecer os serviços. Para dizer de outra forma, a experiência de regionalização ou de descentralização administrativa de nosso Sistema de Saúde e de Serviços Sociais engajados – primeiro timidamente – há uns trinta anos, deve agora ser intensificada, em favor, desta vez, da fase local da gestão de serviços.

Uma breve avaliação da experiência quebequiana de descentralização administrativa de nosso Sistema de Saúde e de Serviços Sociais – 1970 até agora - aponta que o Sistema Público de Saúde e Serviços Sociais inicia-se no Quebec no princípio dos anos 70. Desde então, a regionalização toma forma com a criação de doze Conselhos Regionais de Saúde e Serviços Sociais em algumas regiões sociosanitárias.

A participação dos Conselhos Regionais na administração do sistema é inicialmente muito limitada. Eles cumprem, nos primeiros anos, uma função consultiva junto ao Ministério e uma função operacional junto aos estabelecimentos. Os municípios não têm, nesse momento, nenhum poder de gestão ou de comando no que concerne aos recursos monetários, à criação, à fusão ou à abolição dos estabelecimentos. Eles têm que regulamentar a atividade dos estabelecimentos e são obrigatoriamente consultados pelo Ministro sobre algumas questões.

A situação da época conduzia, provavelmente, à centralização do poder. A monopolização pelo Estado das taxas de concepção e de gerência correspondia, sem dúvida, às pressões do momento. O Sistema de Serviços de Saúde e de Serviços Sociais que conhecemos hoje no Quebec não teria avançado rapidamente sem essa descentralização.

Após alguns anos, a importância da descentralização dos Conselhos Regionais foi aumentando. O Ministério integra-os cada vez mais nos processos administrativos. Seu papel de organismo consultivo se suaviza avançando o papel de administrador, situando-se entre o Ministério de uma parte, os estabelecimentos e a população de outra parte.

Até o fim dos anos 80, seus poderes na alocação dos orçamentos permanece, entretanto, muito restrito e insuficiente para lhes permitir realizar uma verdadeira planificação e regulação, a maior parte do tempo, submetidas ao Ministério. No início dos anos 90, todos convêm que os poderes dos Conselhos Regionais em matéria de planificação, de coordenação e de avaliação regional dos serviços sociais e de saúde devem ser ampliados, para fazer das instâncias regionais, com poder de decisão. Uma decisão participativa, nesse momento, transforma os Conselhos de Saúde e Serviços Sociais em Administrações Regionais de Saúde e Serviços Sociais. Estas tornam-se entidades responsáveis em sua região e no Ministério, munidas de poder de planificação, de organização dos serviços e de alocação de recursos, verdadeiros mestres-de-obras do

desenvolvimento e da organização dos serviços sobre o território. Elas partilham, enfim, com o Ministério, enquanto organismos associados, a gestão da rede pública dos serviços.

Nos anos seguintes, sem dúvida, favorecidos pelas pressões orçamentárias – mas também graças à impulsão das regras regionais conduziu a dezenas de reagrupamentos e fusões de estabelecimentos, reunindo o CLSC com um ou alguns centros de abrigo e de cuidados de longa duração e, algumas vezes, com centros hospitalares gerais de pequena dimensão. O governo de vários estabelecimentos unifica-se em um mesmo conselho de administração e melhora os serviços destinados a pacientes específicos, acrescenta a complementaridade dos serviços e encoraja a continuidade dos cuidados, para favorecer uma melhor utilização dos recursos destinados à administração.

Evoluímos lentamente de uma rede de estabelecimentos em direção a uma rede de serviços à população.

Apesar de todo este esforço, o balanço que se pode traçar, no fim dos anos 90, da empreitada de descentralização administrativa engajada trinta anos antes no Setor Quebequiano de Saúde e Serviços Sociais é, em alguns pontos de vista, decepcionante. Dez anos após a constituição de um patamar regional de responsabilidades acordado, a partilha dos papéis e da autoridade entre o Ministério e as regiões permanece caracterizada por uma ausência de especificidades, pela confusão e duplicações. O exercício das funções de um e de outro acompanha-se de tensões que atrapalham a eficiência da gestão do sistema. Muitos dos administradores dos estabelecimentos, julgam dispensável a existência de regras regionais, avaliando-as como intervencionistas. Eles as acusam de ingerência na gestão interna de seu estabelecimento. As equipes clínicas, por sua parte, consideram estar à parte das grandes decisões que lhes concerne.

A reconfiguração dos serviços de saúde e serviços sociais durante os anos 90 não colocou um ponto final na divisão de trabalho entre os estabelecimentos. As estratégias que levaram às fusões, aos reagrupamentos administrativos e aos acordos de serviços entre os estabelecimentos são insuficientes. Está longe de uma verdadeira integração dos serviços, sustentada por um modo de gestão adequada, que garantirá aos cidadãos a coerência e a continuidade dos diversos serviços que eles utilizam.

Os estabelecimentos evoluem ainda fechados em seu próprio sistema organizacional e cumprindo sua missão sem muito se preocupar com a dos outros. Existem trabalhos sendo realizados de forma paralela. As responsabilidades, por vezes, se sobrepõem e necessidades importantes permanecem insatisfeitas. O sistema permanece, antes de tudo, fragmentado e separado. A autonomia concedida aos estabelecimentos por via de uma personalidade jurídica e de um conselho de administração distinto é freqüentemente utilizada em detrimento de uma maior complementaridade de esforços. Essa situação gerou efeitos, como traçar obstáculos entre os produtores de serviços, que limitam a livre passagem dos beneficiários e atrapalham a continuidade dos cuidados.

A integração, o trabalho interdisciplinar entre profissionais é, entretanto, cada vez mais necessário, levando em conta a maior complexidade dos problemas de saúde e dos problemas sociais. O crescimento gradual do número de pessoas idosas e muito idosas – e o aumento paralelo do número de pessoas apresentando doenças crônicas – obriga a retirar esses obstáculos aos cuidados buscando serviços de primeira linha acessíveis, contínuos e de qualidade.

Existe uma necessidade de reestruturação profunda deste Sistema de Saúde e Serviços Sociais. É necessário rever as regras de organização de nossa rede de serviços de saúde e de serviços sociais, a fim de melhor sustentar a integração dos serviços. É necessário retirar os obstáculos que nos impedem de cuidar das pessoas em seu próprio território e limitam nossa capacidade de lhes oferecer, perto de suas casas, os cuidados contínuos e adaptados aos seus problemas sociais e de saúde mais comuns. É necessário organizar melhor os serviços para a população, garantir, em particular, um acesso mais livre e fácil, uma referência, simples e sem dificuldade de um serviço para outro.

É necessário responsabilizar as organizações e os atores por uma ação coletiva para tornar os serviços de saúde e os serviços sociais mais acessíveis e mais bem integrados. É o objetivo do movimento de descentralização que nós contemplamos atualmente.

Diante de novas necessidades e com o resultado de nossa experiência de descentralização, estima-se que a delegação da autoridade administrativa a favor do nível regional tenha atingido seus limites. Nós temos, então, escolhido – pela primeira vez desde a implantação do regime em 1970 – descentralizar no domínio da saúde e dos serviços sociais em direção ao nível local. Trouxemos à rede quebequiana de saúde e serviços sociais as modificações, certamente, mais importantes desde a sua implantação em 1970.

Esse deslocamento da responsabilidade para o nível local deve proporcionar uma unidade de direção e organização integrada de serviços que só a integração ou a fusão dos estabelecimentos poderia assegurar.

Assim, uma legislação adotada pela Assembléia Nacional do Quebec conduziu, em junho último, à implantação, em cada local, de um Centro de Saúde e de Serviços Sociais que reagrupa, sob um mesmo Conselho de Administração, um ou vários Centros Locais de Serviços Comunitários que lá existiam, um ou alguns Centros de Abrigo e de Cuidados de Longa Duração e, salvo exceções, um ou alguns Centros Hospitalares de Cuidados Gerais e Especializados.

Onde havia três ou mais Conselhos de Administração – três ou mais estabelecimentos – no território local, não há, agora, mais que um. O nível local foi, assim, reforçado, sendo responsável pela organização e prestação de serviços para um território definido.

Cada um dos 95 novos Centros de Saúde e de Serviços Sociais que foi assim constituído oferece aos cidadãos de seus territórios acesso a uma larga gama de serviços:

serviços de primeira linha (de saúde e de serviços sociais), serviços de prevenção, de avaliação, diagnóstico e tratamento, de readaptação e sustentação, serviços médicos gerais, técnicas e diagnósticos de base e serviços hospitalares gerais e especializados de base.

Esses centros que reagrupam os estabelecimentos de primeira linha constituem, além do mais, o pivô de uma rede local que compreende médicos de família, organismos comunitários, empresas de economia social e recursos privados associados pelo viés de acordos. O Centro de Saúde e de Serviços Sociais conclui os acordos com os estabelecimentos à vocação regional de sua própria região ou de outras regiões quando alguns serviços não estão disponíveis, como hospitais que oferecem serviços especializados e superespecializados e que têm funções regionais e supra-regionais, como os Centros Hospitalares Universitários, os Centros de Readaptação e os Centros de Serviços à Juventude.

Corredores de serviços eficazes são assim estabelecidos, de forma que não seja o paciente ou usuário que tenha que procurar o serviço do qual necessita. As pessoas que estavam habituadas a trabalhar, até aqui, de forma autônoma, como as clínicas médicas e os estabelecimentos, trabalham, doravante, discutindo em conjunto.

Uma verdadeira gestão integrada dos serviços de primeira linha oferece todo um ganho de serviços sociais e de serviços de saúde primária e secundária, compreendidos aí os cuidados de curta duração nos Hospitais e Centros de Abrigo, e de cuidados de longa duração. Substitui-se, agora, um sistema em que os estabelecimentos evoluíam, com muita freqüência, paralelamente, fechados sobre si mesmos, no quadro do seu próprio orçamento.

Os responsáveis locais da prestação dos serviços têm, doravante, a tarefa de assegurar o melhor acesso aos serviços sociais e de saúde correntes, realizando as adequações locais necessárias.

As mudanças se inscrevem no prolongamento natural de nossa experiência de descentralização da gestão do Sistema de Saúde e de Serviços Sociais iniciada no princípio dos anos 70. As etapas anteriores de nosso processo de descentralização terão, de alguma forma, servido de prelúdio à abordagem em que nos engajamos agora. Mas nós não temos outra escolha senão reconsiderar a forma pela qual nos organizamos para tratar os problemas e dar os serviços sociais e de saúde a nossos cidadãos e cidadãs.

Nosso sistema de saúde foi pensado e implantado enquanto a população era jovem. Os serviços requisitados eram, então, bem diferentes daqueles que é necessário oferecer hoje. As patologias associadas aos jovens, geralmente mais agudas, demandam serviços mais pontuais.

Ora, conheceremos, no curso dos próximos decênios, o envelhecimento mais rápido dos países da OCDE, após o do Japão. As pessoas idosas, de 65 anos ou mais, que formam atualmente 13% da população, representarão 29% da população em 2.041. O

crescimento gradual do número de pessoas idosas e muito idosas aumenta o número de pessoas que sofrem doenças crônicas e problemas de saúde interligados: físicos, psicológicos e sociais.

Essa demanda à qual é necessário responder agora, associada aos problemas de saúde crônicos, é mais complexa. As pessoas sofrendo de doenças crônicas demandam ser tratadas e acompanhadas por um longo período de tempo, mais freqüentemente no seu meio, por múltiplos profissionais que intervêm e que cuidam ativamente dos pacientes.

Para responder a essa nova demanda, os serviços devem ser acessíveis, mas também coordenados ou integrados. Os pacientes exigem dos profissionais da rede, dos médicos em particular, uma visão abrangente do problema e também um acesso contínuo aos serviços.

As práticas, quer sejam médicas ou sociais, devem, agora, ser interdisciplinares. Todos devem, cada vez mais, comunicar e trocar informações. Os estabelecimentos e, no plano local, os médicos – independente de seu lugar de exercício da prática profissional – devem reforçar sua cumplicidade com os outros profissionais. Cada um deve se considerar cada vez mais como um elo da corrente dos profissionais que intervêm, que têm um papel ativo nesse processo e nos serviços.

Concluindo, nossa reforma é fundada sobre a convicção de que a rede de serviços de saúde e de serviços sociais será muito melhor administrada se deixarmos as pessoas tomarem as decisões lá onde elas devem ser tomadas, isto é, o mais perto possível do lugar onde se dão os serviços. Estamos convictos de que acentuando, como o fizemos, a capacidade de gestão ou a autonomia da gestão das instâncias locais de nosso Sistema de Saúde e de Serviços Sociais, nós iremos aumentar a performance do mesmo sistema e favorecer uma melhor utilização dos recursos disponíveis. Isso deverá se traduzir em uma diminuição dos custos.

Sobretudo, o modelo de organização mais integrado dos serviços de saúde e serviços sociais que se implementa no Quebec reaproximará os serviços da população, favorecerá o acesso e facilitará o encaminhamento das pessoas na rede. A fórmula beneficiará todos os usuários, especialmente as pessoas idosas com perda da autonomia, as pessoas que têm problemas de saúde mental, aquelas que sofrem de doenças crônicas, da mesma forma que os jovens em dificuldade e as suas famílias, cuja situação requer uma coordenação e um acompanhamento que, até então, não eram sempre assegurados.

Estou honrado de me dirigir aos sul-americanos responsáveis pela saúde e espero que a lembrança das apostas específicas da realidade do Quebec, referentes à saúde e aos serviços sociais, seja útil para todos os presentes neste evento.

Colômbia

Mario Hernández Alvarez

Secretaria Distrital de Saúde de Bogotá - Secretário Distrital de Saúde

A Colômbia é uma república descentralizada com um governo democrático. A população atual, de acordo com dados de 2001, é estimada em 43.070.703 habitantes. Destes, 71% residem na zona urbana, enquanto que 29% residem na rural. Atualmente o país enfrenta os mesmos problemas que outras sociedades em transição, como: envelhecimento da população, pobreza, baixas taxas de fecundidade e a crescente urbanização. Entretanto, existe um agravante, já que o país encontra-se em guerra civil há 45 anos. O conflito armado acentuou o deslocamento do meio rural para o urbano, provocando um inchaço nas metrópoles, por exemplo, Bogotá, limitando o acesso aos serviços, principalmente, na saúde.

O Sistema Nacional de Saúde na Colômbia teve expansão nos estados nacionais de 1946 a 1987. Entre 1946 e 1948, o pacto do pós-guerra se converte na expansão dos direitos humanos e dos deveres do Estado. Na década de 60, mediante a expansão do estado de bem-estar social europeu, a saúde passa a ser discutida como saúde pública. É preciso ressaltar que na América Latina não se instalou um estado de bem-estar social propriamente dito, exceto na Costa Rica, que obteve avanços nesse sentido. Os serviços de saúde passam por uma organização e a atenção volta-se para as pessoas e o meio ambiente, numa perspectiva curativa. O Modelo Cepalino traz um novo conceito em saúde, na ótica do planejamento sanitário. A força dos atores políticos determina o viés da divisão dos serviços de saúde. Nesse contexto, incorpora-se a teoria geral dos sistemas, numa perspectiva funcional.

A reforma sanitária da Colômbia ocorreu na década de 70, a partir do processo de globalização que acelerou o ajuste fiscal e a reforma do Estado, desencadeando a descentralização dos serviços de saúde. Nesse processo, houve a fragmentação dos serviços de saúde. O Estado tinha cunho assistencialista e as pessoas tinham que comprar o direito ao acesso. A lógica da descentralização visava à democratização dos serviços. Na prática, ocorreu o processo inverso, ou seja, a privatização dos serviços.

Nesse processo, instalou-se a perspectiva neoclássica, de cunho mercantilista, em que predominava a lógica do mercado para atender e assegurar os serviços de saúde. A lógica do sistema era a de separar os bens públicos dos privados, dando ênfase às necessidades individuais. O mercado visava o sistema contributivo e o subsidiado com recursos públicos. A saúde era vista como mercadoria, prevalecendo o direito da propriedade sobre o direito das pessoas na concessão dos serviços. Esse quadro muda, a partir de 1997, mediante as reformas do Estado, que voltam a atenção para a saúde pública e a equidade do acesso.

Que impacto teve essa reforma em Bogotá? A cidade de Bogotá é uma cidade moderna, tem hoje uma população estimada em 7.000.000 de habitantes e gera 45% do produto interno bruto – PIB do país. A modernização se fez presente na infra-estrutura, no desenvolvimento sustentável e na cultura. Porém, os efeitos da modernização são perversos, já que esta acentua o desemprego e a informalidade e aumenta a pobreza. Existem, hoje, aproximadamente, 1.000.000 de pobres, concentrados em bolsões de pobreza, que são caracterizados como zonas de alta segregação. O sistema de saúde é fragmentado e apresenta claras evidências da iniquidade no acesso aos serviços. Nesse contexto, existem barreiras administrativas, culturais, econômicas e geográficas como fatores inibidores do acesso.

Em relação às iniquidades na saúde, não houve avanços significativos, já que o sistema de saúde ainda está organizado na perspectiva da cura e não da prevenção das doenças. Predomina, ainda, uma heterogeneidade estrutural na lógica de organização e prestação dos serviços de saúde. Atualmente, está sendo planejada uma reforma estrutural nos serviços de saúde de Bogotá. O objetivo é a construção de uma cidade moderna e humana, sem pobreza ou fome, onde todos tenham acesso ao estado de direito, uma sociedade baseada na solidariedade. Propomos, assim, um avanço nos serviços essenciais com acesso da população aos planos e programas de saúde. A qualidade de vida implica respostas às necessidades sociais, com fortalecimento da cidadania. Almejamos um reordenamento dos serviços, voltado para a atenção integral da saúde e com acesso da população.

Para finalizar, é preciso destacar que a reorganização dos serviços visa fortalecer a participação e a cidadania, a fim de garantir o acesso aos serviços de saúde, tendo como portas de entrada a atenção primária, com enfoque familiar e comunitário. Para atingir esse objetivo, será necessário realizar ajustes, consolidando as redes de atenção de acordo com as necessidades da população.

O novo modelo de atenção na saúde almejado baseia-se na co-responsabilidade social, pois os resultados obtidos na saúde são produtos sociais e não apenas provenientes da ação estatal.

Venezuela

Giovani Peña

Direção Regional de Saúde do Estado de Aragua

Antes de falarmos sobre a saúde, seja da Venezuela ou de outro lugar, temos que fazer uma contextualização histórica. Em relação à Venezuela, não podemos fazê-lo sem contextualizar a história política e social do país. A história do nosso país é interessante e repleta de riquezas culturais. Em 1936, nos tempos da ditadura, funda-se o Ministério

da Saúde e Assistência Social, que se manteve no período democrático. Na ocasião, o Estado Venezuelano e as grandes empresas pagavam altos valores para que as empresas privadas garantissem a assistência aos trabalhadores.

As bases legais mudam logo que se estabelece a Constituição da República Bolivariana da Venezuela. Esta se torna um marco legal para as mudanças que o Presidente Chávez queria implementar, entre elas, na saúde, mediante a aprovação da Lei Orgânica de Seguridade Social e da criação de um Sistema Público Nacional de Saúde. Entendemos que a nova Constituição trouxe esperança ao povo venezuelano e estabeleceu uma nova missão social. Foi uma maneira encontrada para romper com as estruturas burocráticas das instituições e dar respostas diretas à população das necessidades sociais.

Pretendemos discutir uma nova Lei Orgânica da Saúde, estabelecendo, assim, a criação de um Sistema Único e Público de Saúde. Entretanto, essa lei ainda não tem caráter orgânico para ser debatida legalmente. Para que isso ocorra, faz-se necessário que tenhamos o apoio de 3/4 da Assembléia Nacional, o que não ocorre na atual conjuntura.

Os dois primeiros anos do Presidente Chávez centraram-se nas ações internas do país e na tentativa de golpe das elites que comandavam a indústria petroleira. Os venezuelanos suportaram a greve porque estavam convencidos de que o governo do Presidente Chávez Fria era o melhor para a Venezuela. No país, houve um momento de revolução do reformismo. O Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social tem uma missão política na nova conjuntura do país. Ele representa a instalação de um conjunto de ações sanitárias e sociais, com uma nova política, para redefinir a cidadania. Quando assumimos o país, 60% da população se encontravam abaixo da linha de pobreza.

A República Bolivariana está construindo uma nova concepção de pátria. Estamos dando forma a nossa matriz, que é a Constituição Bolivariana, que prevê um Estado de Direito Universal, com equidade e acessibilidade. O Estado pode emitir qualquer convênio nacional ou internacional para garantir a aplicação das leis. A Constituição centra a sua atenção na cidadania. O país está lutando contra o analfabetismo e, em breve, poderá anunciar a sua erradicação. Almejamos um país que tenha ampla participação popular e em que a saúde seja gratuita e com livre acesso à população. Caminhamos pelo sonho de Bolívar e ambicionamos criar um novo país para todos os venezuelanos.

A construção da nova constitucionalidade vai ocorrer logo que forem implementadas algumas medidas para a base legal das ações. Para tal, faz-se necessário promover o controle social dos serviços de saúde por meio dos comitês de saúde, capacitar cidadãos para promover a saúde e a vida, formar novos profissionais da saúde, aprovar a lei de saúde que permita as mudanças, adequar os programas de saúde à missão no interior do bairro e desenhar o sistema de informação e gestão do Sistema Público de Saúde.

Quando assumimos o governo, havia uma expansão da saúde privada. Para cada hospital, havia quatro clínicas bem equipadas. Houve um crescimento dos serviços privados e um deterioramento dos serviços públicos. O Estado perdeu o controle destes serviços. Atualmente, o governo está trabalhando na construção de uma nova institucionalidade, visando ao fortalecimento do Estado e dos serviços públicos. Para tal, estamos investindo na saúde e no social. O governo foi obrigado a criar o Ministério da Alimentação e da Moradia para atender às necessidades básicas da população. Em breve, criar-se-á o Ministério da Participação Cidadã.

No âmbito da saúde, estamos concentrando esforços nas comunidades para combater a dengue, a malária, a doença de chagas, a AIDS e para reduzir a mortalidade infantil, dentre outros objetivos. Quando o Presidente Chávez chegou ao poder, a mortalidade infantil estava na ordem de 30 pontos percentuais e, hoje, está na casa dos 14 pontos. A *Misión Barrio Adentro* está implementada em 21 estados. No atendimento, dispomos de um médico para cada 250 famílias.

Existe empenho do governo para atender à população indígena, já que representa quase 70% da população. Porém, essa atenção está voltada para toda a população, independente de raça e gênero. Com a *Misión Barrio Adentro*, está sendo construído um novo modelo público de saúde e de participação popular. Nossa missão é ousada e poderíamos falar sobre ela durante horas. Perdoem-me por ser tão apaixonado pelas mudanças que estão sendo promovidas no nosso país. Reitero o que disse anteriormente: Caminhamos pelo sonho de Bolívar e acreditamos na nossa República Bolivariana!

Brasil

Jorge Solla

Secretário de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde do Brasil

Para a discussão deste tema, as reformas dos sistemas nacionais de saúde e o desafio da universalidade, integralidade e equidade, é preciso, no caso brasileiro, considerar as desigualdades e as discrepâncias regionais existentes.

O Brasil é um país com 174.632.960 habitantes, sendo que 42,6% da população vivem na Região Sudeste, 28% na Nordeste, 14,7% na Sul, 7,7% na Norte e 6,9% na Centro-oeste. É um país que possui 80% da população vivendo em áreas urbanas (2000). Enquanto no Sudeste 87,5% da população possuem água canalizada e rede geral de distribuição, no Nordeste, apenas 58,7% têm esse acesso. No Sudeste, 79,6% da população possuem fossa séptica; no Nordeste, 22,6%; e, na Região Norte, 14,8%.

Alguns indicadores apresentam evolução positiva, como a esperança de vida ao nascer que passou de 70,4 em 2000 para 71,3 em 2003, e a taxa de mortalidade infantil que, no mesmo período, caiu de 29,8 para 27,0. Essa discussão também envolve novos desafios, como o envelhecimento da população brasileira.

As reformas do setor saúde nas décadas de 60 e 70 foram marcadas pela extinção dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPS, pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS (1967) e pela criação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS (1977). Nessas décadas, ocorreram o aumento dos recursos e dos gastos públicos no campo das políticas públicas e a expansão dos serviços de assistência médica, com predomínio do Estado, no nível federal, na prestação direta e, especialmente, através da compra de serviços de terceiros.

Na década de 80, a saúde deixa de ser previdenciária para se constituir em um direito. Em 1983, ocorre o início das Ações Integradas de Saúde – AIS; em 1986, realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde e, em 1988, é promulgada a Nova Constituição Federal, que dispõe ser a “saúde um direito de todos e dever do Estado” (fica institucionalizado o Sistema Único de Saúde – SUS). Essa década é marcada pelo processo de redemocratização do país, contenção de custos e controle de gastos, subfinanciamento da área social e exaltação do indivíduo em detrimento do coletivo.

Em 1990, ocorre a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (8.080) e da Lei 8.142. Em 1992, é realizada a 9ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1993, o INAMPS é extinto e é publicada a Norma Operacional Básica do Sus - NOB-SUS 01/93 com foco na municipalização da gestão. Em 1994, ocorre o início do processo de municipalização e da implantação do Programa Saúde da Família – PSF. Em 1996, é publicada a NOB-SUS 01/96, que reformula os papéis dos estados e municípios, e é realizada a 10ª Conferência Nacional de Saúde. Em 1998, iniciam-se as habilitações de estados e municípios pela NOB-SUS 01/96, que aponta propostas de mudanças no financiamento. Essa década é caracterizada pela reconstrução/reestruturação da capacidade do Estado, pelo enfrentamento dos problemas decorrentes das políticas restritivas da década anterior e pela centralidade da perspectiva econômica.

A reforma do setor saúde, a partir de 2000, é marcada pela aprovação da Emenda Constitucional nº 29, que contribuiu para o processo de financiamento público da saúde, definindo a participação orçamentária mínima obrigatória para a União, estados, distrito federal e municípios. Nesse ano, também, é realizada a 11ª Conferência Nacional de Saúde. Em 2002, ocorre a publicação da NOAS-SUS 01/02. Em 2003, houve antecipação e realização da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Em 2004, ocorre a elaboração do Plano Nacional de Saúde e a discussão de propostas do pacto de gestão. O momento atual é caracterizado pelo fortalecimento de novas práticas assistenciais, com ênfase na atenção básica, tendo o *Saúde da Família* como estratégia de reorganização da atenção à saúde; pela busca da integralidade da assistência e da equidade; pela qualificação do acesso, com ênfase na regionalização e na hierarquização.

Também é preciso considerar as especificidades da reforma sanitária brasileira, como a existência de mais de 5.000 Conselhos de Saúde, mesmo levando-se em conta o fato de que nem todos assumem seu verdadeiro papel e atuam apenas como instâncias

burocráticas. A questão do financiamento continua a influir nas necessidades do sistema de saúde, e é importante mudanças da lógica da alocação de recursos, considerando as reais necessidades de saúde da população.

O processo federativo brasileiro também é peculiar assim como as relações políticas e organizativas estabelecidas entre os três entes de governo, quais sejam, União, estados e municípios.

A reforma sanitária brasileira tem seu processo marcado pela sua implantação tardia, impulsionada por forte matriz político-ideológica, com princípios e diretrizes concebidas no âmbito do próprio setor.

Quanto à gestão, essa reforma é caracterizada pelo modelo contratual público, pela democratização do sistema, com o estabelecimento de novo padrão de pactuação (Conselhos de Saúde, Comissões Intergestores Bipartite – CIB e Comissões Intergestores Tripartite – CIT), pela descentralização com comando único e pelo incremento das funções de regulação do poder público, com a criação das agências regulatórias (Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA e Agência Nacional de Saúde – ANS).

Quanto ao financiamento, são especificidades da reforma sanitária brasileira: a inclusão da saúde no orçamento da seguridade social, a diversificação e ampliação das fontes (CPMF e EC 29), as mudanças na lógica de alocação de recursos, a nova forma de transferência de recursos automática e regular “fundo a fundo” e a busca de equidade alocativa (*per capita*).

Em 2004, foram realizados pelo SUS 1 bilhão de procedimentos de Atenção Básica, 251 milhões de exames laboratoriais, 8,1 milhões de exames de ultra-sonografia, 132,5 milhões de atendimentos de alta complexidade, 2,6 milhões de partos, 83 mil cirurgias cardíacas e 60 mil cirurgias oncológicas.

Apesar dos problemas existentes, o Ministério da Saúde está alocando uma maior quantidade de recursos financeiros para as regiões que possuem mais dificuldade para a implantação dos serviços assistenciais.

Muitos foram os avanços do SUS nos últimos 10 anos, como a ampliação da oferta da assistência ambulatorial e hospitalar, a ampliação da estratégia Saúde da Família e o aumento de gastos com medicamentos, inclusive com a incorporação dos de alto custo.

O SUS se constitui em um sistema público de saúde, formado por instituições públicas dos três níveis de governo, com participação complementar do setor privado contratado. Os governos federal, estadual e municipal são responsáveis pela gestão e financiamento do SUS, de forma articulada e solidária.

As ações relacionadas à Atenção Básica estão sob a responsabilidade de todos os municípios, que recebem do Ministério da Saúde um valor *per capita* para o custeio dessas ações e serviços no seu território e outro montante em função da implantação de ações, serviços e equipes.

Debatedores

Sonia Fleury

Ebape / Fundação Getúlio Vargas – FGV

A apresentadora inicia dizendo que sua primeira importante constatação é a de fazerem parte, ela e os membros da mesa, de uma geração que participou, na América Latina, da transição para a democracia.

Em todas as experiências apresentadas pelos diferentes países, é possível fazer uma vinculação do processo de transição democrática à reforma do setor saúde. Não se pode menosprezar, nas últimas décadas, a construção de laços de solidariedade política para pensar uma América Latina solidária e democrática. Outra variável que ocorreu em todos os países da região foi o ajuste econômico. É importante considerar o *timing* das reformas do setor saúde em relação aos ajustes econômicos e à questão da democratização.

Quando se fala em democracia, ou em processo de democratização, vários foram os caminhos percorridos pelos diferentes países, os quais vão marcar a trajetória dos mesmos. Há democracias que surgiram por um colapso da ditadura, como no caso da Argentina. A democracia no Brasil ocorreu a partir de um processo de transição. A democracia pode acontecer como um projeto revolucionário, no caso da Venezuela, mobilizada para o enfrentamento final com o inimigo. Esse enfrentamento representa uma grande força no sentido da mobilização social. No entanto, se há um embate de forças, ou o embate não ocorre, as políticas públicas, como a reforma, ficam comprometidas.

Outro aspecto importante é saber qual foi a agenda existente nos primórdios da reforma e qual a que está atualmente colocada, informando o padrão de proteção social dos diferentes países. No contexto latino-americano, convive-se historicamente não com uma proteção social baseada na igualdade, mas com uma dual, em que parte da população é inserida e parte não.

É, portanto, característica marcante do padrão de políticas latino-americanas a dualidade dos sistemas de proteção social fragmentados por categorias de trabalhadores e, por outro lado, a saúde pública oferecida para toda a população. Esses sistemas possuem, em sua base organizativa, o financiamento baseado no trabalho ou na inserção no mercado de trabalho, uma base, portanto, deficitária. Eles são muito vulneráveis do ponto de vista da arrecadação e remetem à necessidade de diversificar as formas de financiamento e de alocar recursos em programas universais.

A subordinação das reformas à lógica do capital financeiro significou também outras formas de subordinação. Essa reforma do Estado se deu no sentido da redefinição do mesmo com a focalização do gasto social em políticas voltadas para a pobreza e não na universalização dos serviços. É necessário, diante desse quadro, a redefinição do papel do Estado e a focalização dos gastos sociais em políticas de combate à pobreza. Este é um tema central: a importância da redução de iniquidades ou a capacidade de construir sistemas de saúde que tenham capacidade orgânica para promover o acesso e a equidade.

Um fenômeno que precisa ser enfrentado é o da “dessolidarização” da classe média em relação às classes de trabalhadores e aos pobres. Do ponto de vista ideológico, isso tem sérias consequências, visto que diferentes grupos sociais passam a querer resolver apenas seus problemas. Há, no horizonte, uma questão ideológica e cultural, pois, com os laços de solidariedade enfraquecidos e com uma nova realidade de intransigência, os pobres passam a incomodar as classes médias.

Por outro lado, por diferentes caminhos, vem-se desenvolvendo um processo de inclusão social no sentido da universalização e da cobertura em serviços de saúde, no qual ocorre a busca da inserção de um maior número de pessoas nos sistemas de proteção social. Essa inclusão social não significa uma autêntica universalização dos serviços ou que os mesmos sejam disponibilizados com a mesma qualidade. Isso sabota os modelos universais, pois, à medida que há avanços dos serviços, a classe média migra para os serviços privados; daí a não necessária igualdade do acesso ou da qualidade.

Na América Latina, a desigualdade ainda não diminuiu e é hora de enfrentar não apenas a questão da pobreza, mas também a da desigualdade social.

Outro aspecto que foi discutido está vinculado à institucionalidade das reformas dos sistemas de saúde. O Chile assume a desigualdade quando elabora um sistema dual e, no país, há uma política de saúde para os que podem e outra para os que não podem pagar.

Porém, é preciso considerar que o Sistema de Saúde Brasileiro também é assim, porque a classe média, ou os que podem pagar, acabam migrando para os seguros privados, muitas vezes subsidiados pelo próprio Estado. Existem evidências da dualidade nos sistemas de saúde e essa também é uma questão a ser enfrentada.

Não se conseguiu, de fato, incorporar solidariedade verdadeira aos sistemas de seguros de saúde; ao contrário, quem não pode mais arcar com os custos volta para o sistema de saúde público.

Houve um esforço constitucional nos diferentes países para a descentralização dos sistemas de saúde, alguns mais participativos, outros não. No Brasil, em relação à descentralização da saúde, nunca houve tantas leis e normas. Criaram-se sistemas descentralizados que incorporam, ou não, a sociedade, abrindo espaço para mecanismos de controle social.

No Brasil, apesar de todas as transformações dos sistemas de saúde e da formação de gestores, os mesmos não estão qualificados. Tem-se, na verdade, uma boa gestão de sistemas, mas uma má gestão dos serviços e, além disso, ainda não ocorreram mudanças no chamado "modelo hospitalocêntrico".

Há um movimento de insulamento do setor saúde na América Latina e isso diminui sua potência política, pela incapacidade de transformar o modelo macroeconômico. Se não são realizados cortes no financiamento da saúde, estes são realizados em outra área, como o saneamento. Assim, as pessoas vão continuar sem ter saúde. Não é possível fazer saúde se não se pensa em ações integradas. É preciso romper com o isolamento.

Francisco Eduardo De Campos

Nescon / UFMG

Existem alguns problemas que necessitam ser considerados e que foram levantados nesta discussão pelos diferentes expositores.

Percebe-se, pelas apresentações, que se tratam de sistemas de saúde extremamente heterogêneos, em vários aspectos, tanto qualitativos como quantitativos. Enquanto no Paraguai gasta-se muito pouco, no Canadá, o valor investido é bastante superior. O Paraguai gasta US\$100 (cem) dólares *per capita* / ano com saúde e o Quebec gasta US\$ 2.000 (dois mil), ou seja, simplesmente vinte vezes mais. Existem limites entre a possibilidade de boa gestão desses recursos e o volume aplicado e, nessa perspectiva, deve-se considerar, conseqüentemente, que as ações de saúde ou o sistema de saúde canadense serão muito melhores.

Também foram apresentados países que possuem uma situação que pode ser chamada de intermediária quanto à alocação de recursos financeiros e de investimentos em saúde, como o Brasil e a Argentina.

Apesar das desigualdades que caracterizam diferenças nos diversos sistemas de saúde, ninguém está satisfeito e todos os países almejam mudanças na organização ou gestão dos mesmos.

Pode-se afirmar que, no contexto mundial, a saúde está na ordem do dia. Porém, 90% dos recursos financeiros estão sendo gastos com 10% da população, o que é eticamente inaceitável. E esse patamar de desigualdades atinge não apenas a América Latina.

A questão a ser discutida não é apenas como podem ser mais bem administrados os recursos financeiros disponíveis para a saúde; é preciso também considerar que existem enormes disparidades.

Além disso, os problemas de saúde não podem ser pensados como questões isoladas que afetam apenas determinados países ou populações. As doenças negligenciadas, como a esquistossomose, são problemas não apenas na África, mas em todo o mundo. Não é possível isolar o continente africano; ignorar seus problemas significaria cometer um verdadeiro genocídio.

Na questão saúde, mudou o pensamento de que o mercado poderia ser o grande regulador. O mercado não pode resolver a questão da equidade. É preciso recuperar e fortalecer os sistemas baseados na solidariedade.

No caso da Venezuela, que foi governada por oligarquias durante tanto tempo, a reforma teve que ser mais radical; foi necessário sacudir as bases e pensar também a reforma do Estado. Na conjuntura existente anteriormente, era realmente impossível resolver as questões da equidade.

Também foram apresentados, neste evento, sistemas como os das Províncias Argentinas de Entre Rios e Formosa, que cobrem menos da metade da população.

De uma forma ou de outra, através do diálogo e do consenso, ou de forma revolucionária, seja qual for a via, é importante frisar as mudanças que aconteceram nos diversos países e sistemas de saúde. Houve progresso na organização dos diversos sistemas de saúde. Isso, sem dúvida, indica que a saúde está na ordem do dia.

Pode-se afirmar, após alguns anos das ditas reformas neoliberais, que os sistemas de saúde fragmentados não deram os resultados esperados. Sistemas fragmentados não apresentam resultados satisfatórios quanto ao acesso e à equidade. Portanto, na verdade, o que está sendo aqui discutido é a segunda geração de reformas. Os sistemas de saúde devem ser tratados como bem público, como matéria de interesse público.

Colômbia e Chile talvez sejam os exemplos mais próximos na América Latina do que foi preconizado pelo Banco Mundial.

Para finalizar, é preciso ressaltar algumas questões, ou preocupações. A primeira está relacionada ao acesso universal ou à universalidade. Como garantir o acesso da população, ou seja, como fazer com que ela tenha acesso rápido aos sistemas de saúde?

A outra é a necessidade de evolução do sistema dual, ou seja, como assegurar o acesso às pessoas não assistidas. Houve, no evento, pouca reflexão sobre a diferenciação dos sistemas de saúde e a convivência dos sistemas públicos com os seguros privados.

É preciso pensar a saúde com a construção de sistemas equitativos, para que haja avanços quanto ao acesso e à equidade. Toda a alta complexidade, no caso do Brasil, está sendo realizada pelo setor público e esse dado é muito importante.

Também é preciso considerar o aspecto da integralidade, levando-se em conta a questão da transição demográfica.

Deve ser considerado, ainda, como desafio na organização dos serviços de saúde, o impressionante número de idosos e, até mesmo, de pessoas centenárias. Os sistemas de saúde devem centrar a atenção não apenas nos casos agudos, mas também nos crônicos.

Como garantir tal demanda de cuidados crônicos com continuidade? Na atenção secundária, talvez essa questão seja ainda mais importante. A fragmentação de atendimento da população pode ser ilustrada por uma afirmativa, feita por um amigo, que muito bem demonstra essa questão: “Minha mãe tem tantos médicos que ela é o próprio médico dela mesma e, a todo tempo, define os medicamentos que vai, em cada momento, utilizar.”

Como estender o conceito da Atenção Básica para uma atenção contínua? Esse é, sem dúvida alguma, um grande desafio que persiste.

Responsabilidades dos Governos Estaduais, Provinciais e Departamentais com a Saúde

Coordenador:

Fernando Agostinho Cruz Dourado

Expositores:

Douglas Pedroso

Julián Dindart

Fernando Passos Cupertino de Barros

Debatedores:

Moisés Goldbaum

Eduardo Levcovitz

Descentralização na Venezuela e o Papel dos Estados

Douglas Pedroso

Diretor Regional de Saúde do Estado de Cojedes

Na Venezuela, até meados de 1989, não havia eleição para governadores. O Presidente da República indicava as nomeações em cada estado. Ainda em 1989, inicia-se o processo de descentralização do país, por meio da promulgação da Lei Orgânica da Descentralização do Setor Público. Essa lei estabelecia as competências do executivo, seja em nível nacional, regional ou municipal. Entretanto, somente na década de 90, a descentralização do setor público, em especial a saúde, atinge o ápice e coincide com o processo das privatizações.

Em 99, quando Hugo Chávez Fria assume a presidência, encontra empresas importantes privatizadas ou em processo de privatização, como a indústria petroleira e o sistema de seguridade social. Na Venezuela, deveríamos falar na transferência de serviços e não na transferência de competências, pois juridicamente não é lógico transferir algo que já é seu, ou seja, transferir uma competência que já é sua "por si". Esse processo de transferência de serviços percorreu um caminho legal e administrativo tortuoso e burocrático, pois a lei orgânica da descentralização ainda não havia sido regulamentada. A primeira experiência exitosa da descentralização ocorreu em 1994, no estado de Aragua, que tem forte arrecadação por ser industrial. A experiência permitiu que implementássemos esse modelo de gestão nos demais estados.

A Venezuela possui 24 estados. Destes, 70% estão descentralizados, ficando apenas sete centralizados. Cada estado assume, de forma diferenciada, a sua descentralização. Entretanto, não existe nos municípios uma descentralização oficial, mas alguns destes já obtiveram sucesso na descentralização do sistema de saúde, visto que dispõem de um orçamento próprio. Para o Ministério da Saúde, não faz diferença se os municípios são descentralizados ou não no repasse de recursos. Cabe ao Ministério aplicar e fazer cumprir a diretriz nacional de saúde. Porém, cabe aos municípios a aplicação dos recursos conforme a designação do prefeito. No processo da descentralização, devem ser considerados os princípios da equidade, da universalidade e da integralidade.

Para avaliarmos o fracasso da descentralização na Venezuela, é preciso considerar alguns fatores que afetam os serviços descentralizados, entre eles, a atual tendência da intervenção e da reversão do processo, ou seja, há uma tendência de algumas correntes políticas para devolver os serviços descentralizados ao poder central. Um dos pontos críticos que deve ser considerado é a aplicação da Lei Orgânica da Descentralização, pois o governo estadual tem o livre arbítrio para aplicá-la e interpretá-la mediante os interesses do estado.

Quanto às leis trabalhistas, o marco legal é perverso, pois é extremamente protecionista. O trabalho é constitucional e não tem correlação com a descentralização, mas afeta-a sobremaneira. O estado não tem orçamento para assumir as dívidas trabalhistas acumuladas que foram transferidas com os serviços no processo de descentralização. A escassa articulação intergovernamental ocorre em vários níveis, pois está relacionada com o mapa político do país.

Por ora, inexistente uma intersectorialidade na saúde, já que esta é vista como ferramenta política e não técnica. A intersectorialidade, na prática, vai acontecer quando houver uma articulação entre todos os níveis de prestação dos serviços da saúde, sejam públicos ou privados. Outros fatores, como mudanças governamentais, alternância dos partidos políticos, troca dos gerentes e diretores regionais também contribuem para que não haja a continuidade dos serviços prestados. É preciso ressaltar que a tendência privatizadora dos serviços atenta contra a gratuidade de saúde. A configuração neoliberal faz parecer que há uma ineficácia no serviço público, a fim de justificar as privatizações.

Nesse contexto, faz-se necessário um diagnóstico da situação regional, a fim de que se cumpram as diretrizes da política nacional de saúde. O estado deve criar e mediar os canais de participação comunitária, visto que o processo de descentralização tem que estar vinculado à participação das bases. Uma experiência exitosa é a *Misión Barrio Adentro*.

Deve-se ressaltar que a mudança política que ocorreu na Venezuela em 1999 e, posteriormente, nos municípios, em 2004, provocou um processo radical de reafirmação das políticas públicas.

Apesar do exposto, acreditamos no processo de descentralização, já que as bases organizativas da saúde foram garantidas constitucionalmente e referendadas pela população. Quanto à avaliação da descentralização, esta dar-se-á pelos indicadores de saúde e também pela população.

A Reforma do Sistema Argentino na Perspectiva das Províncias: as Relações Intergovernamentais

Julián Dindart

Subsecretário de Saúde da Província de Corrientes

Corrientes, capital do estado de Corrientes, tem uma população em torno de 930.991 habitantes. Destes, 78,4% residem na zona urbana e 21,6% na rural. A economia do estado está centrada na produção agropecuária, como gado, arroz, algodão, dentre outros. A população economicamente ativa é estimada em 317.489 habitantes, que correspondem a 77% da população ocupada, enquanto que 22,4% encontram-se sem

ocupação formal. Pesquisas recentes apontam que 28,5% dos habitantes não suprem satisfatoriamente as suas necessidades básicas e que 60,5% figuram no limiar da pobreza, o que dificulta uma intervenção eficaz na saúde.

Corrientes, assim como os demais estados da nação, sofreu com a crise socioeconômica que se abateu no país nos últimos anos. Porém, as dificuldades do estado remontam há 180 anos, devido à sucessão de governos conservadores e concentradores de riquezas. Quando assumimos o governo, em 2002, encontramos o estado com políticas públicas debilitadas. Na ocasião, dispúnhamos de um parco orçamento para aplicarmos na saúde, o que nos obrigou a reordenar a máquina estatal e a enxugar os gastos.

Na Argentina, não há uma lei estadual de saúde. Assim, os estados são os gestores dos planos nacionais elaborados pelo Ministério de Saúde Pública, que determina o orçamento e as diretrizes de saúde. Em relação ao sistema de atendimento, existe uma dualidade entre o modelo público e o privado. Atualmente, 48% da população urbana e 25% da rural possuem cobertura social. Por outro lado, o índice populacional sem assistência atinge 52% na zona urbana e 75% na rural. Esse grupo populacional excluído, sem cobertura social, recebe atendimento da saúde pública.

O plano de saúde provincial tem uma atuação estratégica, voltada para a regionalização sanitária, atenção primária, gestão hospitalar e política de medicamentos. O primeiro passo dado para a descentralização foi a implementação de um embrião de atenção primária. A regionalização sanitária se deu em cinco regiões do estado, mediante o controle do atendimento hospitalar.

Os principais serviços médicos hospitalares estão instalados na capital. No interior, a responsabilidade desse atendimento cabe à iniciativa privada, e é incipiente. Os hospitais foram informatizados e têm um orçamento próprio, com o intuito de reforçar o atendimento, já que 86% da população recorrem aos hospitais públicos e à atenção primária. Atualmente, existem 96 instituições hospitalares distribuídas entre a capital e os municípios. Destas, 58 são públicas e 38 privadas.

A política de medicamentos adotada visa à centralização da compra, a fim de racionalizar os gastos e distribuí-los em parceria com o Programa Nacional de Médicos Comunitários. Existe um laboratório central, localizado na capital federal, que produz e distribui os medicamentos aos municípios.

A Atenção Primária da Saúde conta, hoje, com uma direção central e cinco coordenadores regionais. São 200 médicos e 300 agentes de saúde, que centram esforços no atendimento comunitário, visando à orientação da população sobre gestação precoce e ao combate de doenças, como: chagas, tuberculose, anemia, dengue, entre outras. Os resultados obtidos com o Programa Maternidade Responsável foram satisfatórios, havendo a redução do número de partos e da mortalidade infantil. O Seguro Materno-infantil está sendo implementado e o público-alvo serão mães gestantes e crianças de 0 a 6 anos de idade.

Para finalizar, é preciso ressaltar que a descentralização na Argentina ainda é “centralizada”. E, ainda que tenhamos o apoio e o financiamento do governo central, enfrentamos dificuldades com os recursos humanos e com problemas socioculturais do estado. O contexto político pode ser avaliado como uma ameaça, haja visto a proximidade das eleições.

A Experiência de Responsabilidade Compartilhada do Brasil

Fernando Passos Cupertino de Barros

Secretário de Estado da Saúde de Goiás

Um sistema público de saúde definido constitucionalmente: o Sistema Único de Saúde – SUS. É assim que é preciso entender o sistema de saúde brasileiro, com todas suas especificidades e peculiaridades. Entre essas especificidades, está a possibilidade de coexistência de um sistema privado de saúde, atuando de forma complementar, ou seja, a possibilidade de participação do setor privado na prestação de serviços ao Sistema Único de Saúde, seja ele com ou sem fins lucrativos.

Outra característica desse sistema é que é descentralizado e suas ações e serviços de saúde integram redes regionalizadas e hierarquizadas.

É preciso considerar, nesta análise, as virtudes e os efeitos secundários do processo de descentralização com ênfase na municipalização, pois, num determinado momento, a tendência foi pensar que municipalização era o remédio para todos os males.

Também é próprio desse sistema a existência de instâncias de pactuação entre três esferas de governo, ou seja, de uma “regulação negociada”. Outro elemento singular é a previsão do controle social do sistema de saúde.

Alguns elementos devem ser ressaltados, como a fragilidade de regulação do sistema de saúde em razão da falta de definição precisa das responsabilidades sanitárias.

Outro elemento é a própria ausência de um senso comum sobre o que deve ser a regulação do sistema e suas estratégias de atuação, de modo a subsidiar o planejamento, a organização e as tomadas de decisão no âmbito do SUS.

Outro ponto importante são os embates devido à falta de financiamento, à escassez de recursos financeiros, que terminam por dificultar a ação conjunta e sinérgica dos três níveis de governo.

Existe um Sistema Único de Saúde, mas não uma mão-de-obra única. Os servidores ganham de forma diferenciada e têm ou não possibilidade de carreira, o que pode provocar migração entre os diferentes níveis de atenção. Um elemento que tem imposto dificuldade é a grande rotatividade técnica dos profissionais. As Secretarias Estaduais de Saúde foram vítimas de um processo de esvaziamento de seus quadros com o surgimento do processo de municipalização e da organização das Secretarias Municipais de Saúde.

Existem dificuldades ligadas a questões históricas, dentre elas, as desigualdades sociais, as características do federalismo brasileiro e a persistência de traços do modelo médico-assistencial privatista. É preciso considerar as especificidades desse federalismo e as dificuldades existentes na sua estrutura político-organizativa.

Também é preciso considerar a incapacidade das universidades de formarem profissionais para o sistema de saúde, qualitativa e quantitativamente.

Outro problema que está sendo enfrentado é a crescente demanda por métodos diagnósticos e medicamentos de alto custo, sem o correspondente incremento das fontes de financiamento.

Por outro lado, deve ser destacado o importante entendimento, entre os gestores do SUS, sobre a prioridade de estruturação da atenção primária, cujos frutos já são colhidos pela população brasileira, sendo preciso superar a pouca tradição no monitoramento dessas ações de saúde.

O futuro de um sistema de saúde como o brasileiro, que tem como princípios a universalidade e a equidade, exige o enfrentamento das desigualdades regionais.

A chamada "área social" no Brasil – com especial destaque para a saúde - constitui-se no terreno mais conflituoso e exposto da sociedade, na medida em que é particularmente sensível às condições econômicas de restrição financeira impostas pelas políticas de ajuste econômico também implantadas no país (Jaime, 2005).

Machado (2002), ressalta três grandes motivos para que o gestor federal desempenhe funções de regulação das políticas de saúde: assegurar o caráter nacional do SUS, garantir os princípios do sistema nacionalmente e promover a equidade.

Estados e municípios precisam ter responsabilidades sanitárias bem definidas assim como financiamento em níveis minimamente suficientes - o que inclui recursos para capacitação e reposição de mão-de-obra, aquisição, manutenção e reposição de equipamentos e conservação predial das unidades de saúde – e precisam, também, estruturar, em conjunto, redes regionais de serviços de promoção e de assistência à saúde, com economia de escala e sem barreiras ao acesso da população, além de idealizar uma forma de gestão colegiada para as áreas metropolitanas, com um fundo financeiro comum.

Finalizando, é preciso convencer-se de que o dinheiro não pertence ao gestor. Ele é do cidadão e deve estar prontamente disponível, onde quer que dele se necessite, para responder às necessidades de cada um.

Debatedores

Moisés Goldbaum

Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco

É importante aprofundar a discussão com os gestores sobre o papel que cada um tem neste tema: responsabilidade dos governos com a saúde. A presença da academia neste debate demonstra a disposição de buscar uma solução conjunta e intersetorial. Isso permite compartilhar idéias e é preciso expandir estas para além do setor saúde, pois as responsabilidades devem ser compartilhadas. A busca da integralidade não deve ficar restrita somente ao setor saúde.

Como epidemiologista, minha visão desta questão terá tal viés, mas sem julgar que a epidemiologia é solução para tudo, pois essa visão deve ser relativizada, principalmente pelos administradores e planejadores.

O que está sendo vivenciado na área de saúde reflete o processo de democratização dos países da América Latina no século passado, como já foi apontado por Sonia Fleury. Essa onda de democracia é uma novidade e foi realizada por cada país de forma peculiar, sendo preciso, portanto, respeitar a história e as especificidades de cada um.

É necessário olhar e analisar a história e as responsabilidades dos governos, para que essas não sejam vistas como causas pétreas, e sim contextualizadas em um processo histórico. Infelizmente, em algumas situações, a situação do momento tende a obscurecer esse processo histórico. Esse ponto é muito importante e deve estar presente na análise dos processos de descentralização dos sistemas de saúde de cada país, assim como as responsabilidades do estado com a saúde.

Algumas questões merecem ser discutidas, como a capacitação de recursos humanos e o desenvolvimento de pesquisas. Fernando Cupertino chamou a atenção para o desenvolvimento da pesquisa, tema geralmente visto como algo, de certa forma, problemático. Na verdade, existe pouco diálogo da saúde com o setor educacional ou entre academia e os serviços e é preciso promover esse diálogo intersetorial. O presente evento resgata isso de forma construtiva. A presença de membros da academia como debatedores demonstra que todos estão se colocando na mesma direção, que é a de buscar a equidade em saúde.

A descentralização dos serviços no setor saúde não pode obedecer à mesma lógica da educação ou da tecnologia. As especificidades do setor precisam ser consideradas.

Fernando Cupertino também chamou a atenção para a questão da capacitação de recursos humanos. De que forma isso repercute na saúde, em que a descentralização atingiu graus mais elevados do que em outras áreas? É absolutamente inadmissível, por exemplo, que a Região Amazônica não tenha ainda um programa de pós-graduação em saúde coletiva. Nessa região, a saúde apresenta especificidades ou problemas absolutamente singulares e são necessários investimentos na área para atender essa demanda. É preciso pensar as propostas de capacitação de forma descentralizada, respeitando e considerando a especificidade da realidade.

Outra tendência que deve ser combatida é aquela de imaginar que o que é realizado no "Sudeste Maravilha" seria válido e devesse ser copiado por todas as regiões. A verdade é que a existência dos problemas também é gerada pela falta de compreensão da complexidade do processo de descentralização. A dificuldade do diálogo intra-setorial faz com que o processo de descentralização careça de certa harmonia.

Algumas perguntas ou considerações precisam ser realizadas. Como o sistema de saúde está se preparando para enfrentar o processo de transição epidemiológica, ou de polarização, já que não são processos uniformes? Ou como está se preparando para enfrentar o processo de envelhecimento da população?

É preciso procurar trabalhar as questões da especificidade na forma de olhar as doenças. Existe no Brasil o hábito de transformar problemas localizados em problemas regionais ou mesmo nacionais. Particularmente, no campo epidemiológico, é preciso olhar o conjunto das enfermidades, suas diferenças e as suas implicações, sejam elas municipais, estaduais ou nacionais. O recente episódio da doença de chagas em Santa Catarina é um bom exemplo. É um problema localizado e não há por que transformá-lo em questão nacional.

Algumas doenças exigem que seja feito um trabalho mais abrangente em nível nacional. A malária, por exemplo, tem implicações regionais ou mesmo nacionais. As doenças emergentes como a hantavirose também se enquadram nesse perfil. Outras, como a pneumonia asiática (SARS), necessitam de medidas internacionais. Tais especificidades também obrigam os gestores a avaliar melhor o modo de conduzir o processo de descentralização.

Finalizando, é preciso respeitar as especificidades da formação dos recursos humanos na implementação da descentralização. É extremamente relevante a questão da formação e da fixação dos servidores públicos, que muitas vezes adquirem conhecimento em determinada área de atuação e, devido à própria falta de definição de uma política de recursos humanos, vão atuar em outra para a qual não estão tecnicamente preparados.

A Opas está buscando parcerias mais efetivas para a organização e realização dos eventos e este encontro é um bom exemplo dessa tendência.

A oportunidade de discutir maneiras de operacionalizar concretamente os princípios éticos e ideológicos é uma tarefa extremamente relevante. Esse tema estará presente, de várias maneiras, nesta intervenção e também esteve presente nas apresentações realizadas pelos diferentes países.

O que as três apresentações deixam claro é que os sistemas de saúde são segmentados, duais, e que existe uma complexa convivência do público com o privado. O problema da segmentação é histórico e tentar esquecer a história é uma das tragédias pelas quais passamos. Por outro lado, existe um processo contínuo de tentativas de unificação dos sistemas de saúde nos diferentes países.

A convivência dos modelos de saúde, ou seja, Serviço Nacional de Saúde e Seguro Social de Saúde é uma realidade nos países latino-americanos.

Os modelos clássicos dos sistemas exerceram grande influência no desenvolvimento do setor saúde na América Latina. Porém, nenhum desses modelos foi totalmente implantado pelos países da região, onde predominam os sistemas segmentados, exceto Brasil, Canadá, Costa Rica e Cuba.

Enfrentar a segmentação dos sistemas de saúde talvez seja a idéia principal a discutir neste debate e, para isso, é preciso romper com o estigma da segmentação. A segmentação é, muitas vezes, colocada como uma realidade e também como um destino.

A primeira tarefa é apontar as limitações, ou problemas, dos sistemas segmentados. O primeiro problema de um sistema segmentado é que ele segmenta direitos, o atendimento é vinculado a rótulos. De um lado, pessoas que têm direitos são vinculadas à seguridade social, o que já rompe com a idéia de que o direito à saúde deve se vincular à cidadania, ou seja, é um atributo a ela inerente.

Outra limitação é que, em um sistema segmentado, também ocorre a fragmentação da rede de atendimento à saúde, ou seja, dos próprios serviços existentes. Como organizar a rede de atenção se as pessoas não podem circular da rede pública para as unidades que são privativas dos sistemas de seguros?

Também apresenta-se como limitação a fragmentação operacional dos sistemas segmentados, devido à superposição de redes, ausência de serviços complementares e continuados, o que impossibilita a atenção integral.

Outro problema é a condução ou direção frágil, que tem como conseqüências um marco regulatório insuficiente e uma fiscalização inadequada. Sistemas segmentados e fragmentados debilitam muito a capacidade de comando, pois têm excesso de donos, assim como dificuldade de visualizar a possibilidade de um comando unificado.

Entre as limitações dos sistemas segmentados, também devem ser destacados o retrocesso e a insuficiência do financiamento, pois predominam os pagamentos individuais. Esses sistemas são muito regressivos no financiamento e existe pouca capacidade de transferência de aporte financeiro entre aqueles que mais podem contribuir e os que não podem.

Ainda como limitações dos sistemas segmentados é preciso ressaltar que, nos mesmos, os custos de transação são muito elevados, devido ao clientelismo, ao corporativismo, à corrupção, à ausência de planejamento e de programação integradas, à insuficiente capacidade de elaboração de contratos e à existência de mecanismos de pagamento geradores de incentivos perversos. Algumas evidências são brutais, pois, quanto mais elevados os custos de transação dos serviços, maior a fragmentação. Sistemas exageradamente fragmentados, como o americano e o colombiano, chegam a ter cerca de 35% de recursos financeiros que não se transformam efetivamente em recursos assistenciais. Os sistemas segmentados possuem, ainda, como característica uma política de comando frágil ou debilitada.

Combater a segmentação é uma tarefa operativa importante. O grande problema dos sistemas segmentados é que eles reproduzem a fragmentação. O problema fundamental é: Como enfrentar essa segmentação e fragmentação? Que fazer se não aceitamos o destino da fragmentação?

Inúmeros são os desafios e, a seguir, proponho a discussão de algumas propostas ou idéias em construção.

É preciso redirecionar a condução da política de saúde, ou seja, priorizar populações, problemas, programas e intervenções, definir os objetivos sanitários das políticas públicas nacionais, construir e negociar um processo integrado de planejamento setorial e mobilizar recursos.

Também é preciso construir consensos e formar uma coalizão de sustentação sociopolítica, visando às mudanças e às reformas. A proposta é buscar um processo de condução coletiva, priorizando problemas e estabelecendo mecanismos de planejamento, com vistas ao desenvolvimento de ações coordenadas. Experiências em andamento em vários países demonstram que isso demanda construir processos de coalizões, mas é possível, desde que haja consenso entre as partes e que os interesses comuns sobreponham os existentes entre elas. As diferenças podem ser superadas e coalizões de natureza sociopolítica são fundamentais para superar a segmentação.

Outra proposta é escolher temas exclusivos para debater, estabelecendo, assim, instrumentos concretos que levem à construção de mecanismos de coordenação institucional, que juntem os responsáveis por vários segmentos nas Comissões Intergestores Tripartite – CIT e Comissões Intergestores Bipartite – CIB, buscando uma integração operativa. Ao escolher um ponto crítico de discussão, estamos trabalhando em um campo extremamente complexo.

É muito importante o papel das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, que são paritárias. Comissões Intergestores estão além da democracia, o que tem possibilitado ao sistema de saúde crescer sem se tornar refém de gestores que apareçam no meio do caminho. Essas comissões são extremamente importantes e gostaria que os colegas de outros países priorizassem a discussão sobre essas instâncias de pactuação.

Também é preciso redirecionar a condução da política de saúde, com ênfase no diálogo social como espaço político de geração de consensos, definição de prioridades, formalização de compromissos e fórum permanente de prestação de contas.

É necessário incentivar a mobilização e a participação e controle da comunidade e da sociedade civil na definição dos problemas prioritários, nos objetivos e estratégias de superação dos mesmos. Esta tarefa, de superação da segmentação, não é possível sem mecanismos de participação social extremamente ativos, não apenas dos trabalhadores da área de saúde, mas de outros grupos que têm direito à participação, inclusive os usuários. É preciso fortalecer os processos de diálogos sociais que permitem estabelecer mecanismos de controle social.

Outro ponto que merece ser abordado é o financiamento na saúde, ainda que este não seja o tema específico, pois os problemas passam logicamente pela questão do financiamento e o Brasil ocupa o 31º lugar na destinação de recursos, apesar do clamor da sociedade por muito mais. No Canadá, o percentual de gasto público é muito maior, 24 vezes o que é gasto no Brasil.

Finalizando, os desafios fundamentais são a coordenação interinstitucional e a integração operacional.

É preciso superar a lógica da fragmentação, pois o usuário entende que ele tem ou não uma carteirinha, tem ou não o acesso a serviços assistenciais. Um pacto pode “mudar a cara” dos serviços de saúde. Integrar os serviços de forma operacional gera uma unificação dos mesmos. Vale a pena refletir que o setor é dinâmico e complexo e que temos pouca compreensão da dimensão intersetorial da saúde.

É preciso considerar as várias dimensões do setor saúde: política, poder, governabilidade, indústria, saúde, proteção social (direitos, cidadania). O setor saúde é um agente econômico muito poderoso. Ele tem uma forte dimensão de serviços; assim, esquecemos que é um sistema de dinâmica exageradamente complexo.

A saúde tem, também, um poder político muito importante e, em vários países europeus, na Inglaterra, por exemplo, o sistema de saúde é o maior empregador.

Interesses econômicos e políticos estão atuando no setor, sendo inúmeros os *lobbies* existentes. A pressão política que se exerce na saúde é muito acentuada. O caso de medicamentos, dos laboratórios, é superconhecido, assim como o dos genéricos, que geram fortes interesses econômicos. A quantidade de pessoas que fazem carreira nesse setor é significativa, assim como a de pessoas que realizam seu *lobby*. Nos EUA, o *lobby* da saúde é muito grande, talvez o segundo após o da guerra.

A idéia fundamental é que existem problemas concretos assim como formas de enfrentá-los. Porém, as intervenções têm que ser pensadas considerando a complexidade da questão. É necessário considerar o sistema de proteção social, mas também a dinâmica capitalista.

Os espaços de intervenção são complexos e é preciso considerar inúmeros elementos, entre eles: os agentes de mudança, a capacidade institucional, a informação, a discussão, a criatividade, o compromisso e a ousadia, o conhecimento e a inovação, o planejamento e a coordenação, etc.

Coordenador**Fernando Agostinho Cruz Dourado**

Secretário de Estado da Saúde do Pará

É fundamental a discussão sobre o financiamento, pois os governos ainda não perceberam a importância de investir na saúde. Na América Latina, existe um financiamento vergonhoso para a saúde. Os países da América do Sul também apresentam baixos patamares de investimentos no setor.

O CONASS, recentemente, movimentou-se politicamente por conta do investimento em saúde, visando aumentar o gasto público. O que causou surpresa foi que alguns gestores não se mobilizaram nessa luta. Por outro lado, também falta concretização dos legisladores regulamentando a Emenda Constitucional nº 29 e garantindo recursos bem definidos para a saúde.

No orçamento do Ministério da Saúde, poucos recursos são destinados à Amazônia e isso reflete na questão da equidade. É necessário um orçamento diferenciado, respeitando as especificidades regionais. As regiões não podem ser submetidas a pseudos planos regionais. O orçamento destinado à Amazônia, de certa forma, considera que a região não necessita de grandes aportes financeiros, como se fosse fácil resolver os problemas que apresenta. É preciso que se olhe com mais carinho para essa região, que exista financiamento diferenciado, que ela não seja obrigada a cumprir metas que foram elaboradas de acordo com parâmetros definidos para o Sul e o Sudeste.

É necessário lutar por um financiamento maior na área da saúde. Os avanços no SUS, apesar das dificuldades, estão sendo significativos. O que se conseguiu com o SUS é incomparável se avaliarmos o aporte de recursos financeiros disponibilizados. O país tem conseguido, inclusive, projeções além-fronteira, com várias políticas internacionalmente reconhecidas, como a da AIDS, dos transplantes, etc.

Descentralização e Regionalização de Serviços de Saúde

Coordenadores:

Antônio Alves de Souza

Crescêncio Antunes da Silveira Neto

Expositores:

Roger Paquet

Marcus Vinícius Pestana

Luiz Odorico Monteiro

Elkin Otalvaro

Debatedores:

Jairnilson Paim

Paulo Eduardo Mangeon Elias

O Paradoxo da Descentralização X Centralização - Experiência do Quebec

Roger Paquet

- Ministério da Saúde e Serviços Sociais do Quebec

Na apresentação de ontem, houve a descrição dos mecanismos de descentralização adotados no Quebec ao longo do último ano e dos motivos que levaram à implantação dos Centros de Saúde e de Serviços Sociais. Hoje serão abordados três aspectos:

- A diretriz da responsabilidade de promoção da saúde ocorre no plano da ação e, nesse nível, faz-se necessária a participação dos cidadãos e da organização local, visando à integração e ao fortalecimento dos serviços de saúde;
- A responsabilidade pela oferta dos serviços para a população no território corresponde e integra a proposta legislativa que o Ministro está debatendo na Assembléia Nacional;
- O movimento do viés regional ao viés local abrange a responsabilidade de coordenação dos serviços para a população e é preciso insistir sobre a importância de uma integração horizontal dos serviços, a fim de que se estabeleça uma coerência na coordenação e na integração destes.

A opção feita atualmente foi pelo estabelecimento da responsabilidade local de coordenação de serviços, pois, anteriormente, as responsabilidades de coordenação eram emanadas pelos comandos regionais. Estes foram reposicionados como espaços de gestão, com o objetivo de que as autoridades regionais, ao manejarem o orçamento global, possam proceder à alocação de diferentes fontes em diversos estabelecimentos e organismos implicados na rede de serviços, estabelecendo vínculos sob a forma contratual com os estabelecimentos de saúde. Busca-se garantir os resultados os quais o financiamento é destinado e proceder à inevitável arbitragem no sistema quando vários querem fazer a mesma coisa e ninguém quer fazer o que é menos lucrativo e menos interessante.

Devido à distância em que se situam os territórios locais em relação ao poder central que, anteriormente, tomava essas decisões, a gestão dar-se-á por região. Esse reposicionamento faz com que a dimensão dos serviços prestados à população seja, sobretudo, exercida em nível regional. Tomemos como exemplo a região de Montreal ou do Quebec, que tem perto de dois milhões de habitantes e recebe um orçamento de mais de 4 bilhões de dólares, o que corresponde a 20% do orçamento da saúde e dos serviços sociais.

No que diz respeito ao comando central, este tem que aceitar afastar-se da gestão dos serviços e centrar-se no sistema, trabalhando tanto na matéria política e na

elaboração dos objetivos quanto no desenvolvimento de padrões de acesso e de qualidade. Ele possui também uma importante responsabilidade na distribuição espacial dos estabelecimentos, porque lhe compete determinar o orçamento para cada região, mediante uma regra justa, até onde for possível e conveniente, coordenando essa divisão de fundos.

No sistema atual, é enfatizada a questão da igualdade para cada uma das regiões. Historicamente, tínhamos um modo de prestação de serviços que eram indexados e ajustados aos custos de salários e de funcionamento, o que aumentava cada vez mais a distância entre ricos e pobres. Optou-se, então, por reunir os representantes das regiões, a fim de elaborar em parceria um conjunto eqüitativo de programas de saúde e de serviços sociais.

Duas outras responsabilidades são importantes na condução centralizada. Primeiro, a legislação e, em segundo lugar, a avaliação do sistema de saúde. A experiência denota que o problema reside no exercício das responsabilidades e isso nos levou a acentuar as mudanças no sistema, visando uma nova cultura, um novo hábito, que recai na aproximação pelo diálogo, a fim de estabelecer novas alianças. O segundo elemento da cultura que foi colocado na prática foi a aproximação dos parceiros e colaboradores, visando ao enriquecimento da ação.

O terceiro elemento leva-nos a privilegiar os resultados, já que o sistema não estava habituado a essa cultura de resultados. Acreditamos que, na ausência de resultados na qualidade de vida da população, é preciso questionar a utilidade das ações desenvolvidas. É preciso ressaltar que, a princípio, foi difícil modificar essa trajetória. Os objetivos foram alcançados quando os cidadãos e os prestadores de serviços se conscientizaram da ameaça que rondava o sistema de saúde do Quebec, já que um crescimento desenfreado levaria a cabo o sistema.

Quanto aos diferentes meios usados para o sucesso da reforma, primeiro fez-se um estudo dos dados sobre a saúde assim como sobre as teorias de mudança da sociedade. Foram consultados trabalhos efetuados em reformas anteriores para aprendermos com suas lições, e observamos que teríamos que adicionar outros elementos para sustentá-la, a fim de torná-la operacional.

O primeiro meio utilizado foi o diálogo entre as partes. O segundo foi o desenvolvimento de uma nova fórmula de responsabilização dos médicos, mais precisamente dos médicos de família. Isso significou ter que negociar com médicos das clínicas privadas, onde habitualmente um grupo de 10 a 15 profissionais é responsável por uma população que se inscreve com eles mesmos. O terceiro foi confrontarmos a coordenação de serviços especializados e superespecializados, optando por uma escolha clara quanto à responsabilidade local sobre a coordenação horizontal.

Buscávamos a resolução de dois problemas: o primeiro, relativo à dificuldade que era vivida pela pessoa de estar preparada para fazer ela própria seu fluxo nos serviços

especializados e o segundo, referente às reclamações dos cidadãos de não estarem todos sendo tratados da mesma forma. O que ditava as prioridades de acesso aos serviços eram os níveis de necessidade e a localização geográfica, por exemplo, o fato de viver em uma cidade grande favorece quem ali vive, e não os que moram longe. Para corrigir essa situação, foi montada uma rede universitária integrada. Foi solicitado, então, aos Centros Hospitalares Universitários e à Faculdade de Medicina à qual eles estão vinculados (existem quatro no Quebec) que cada um criasse uma rede para permitir a circulação e a coordenação horizontal de serviços especializados para a população. Dessa maneira, existem dois interlocutores em matéria de coordenação de serviços capazes de assegurar a continuidade dos serviços garantidos: os Centros e as Faculdades de Medicina.

Outra estratégia utilizada nas mudanças foi permitir uma maior circulação da informação clínica, pois os habitantes do Quebec sempre foram apegados à confidencialidade dos dados médicos. A circulação pela informática desses dados se deparou com dois problemas, sendo o primeiro o medo de ter os dados agrupados em um só lugar e o segundo o risco de deixá-los em circulação.

Pela primeira vez, houve a implementação de uma abordagem que traz segurança para a circulação da informação. Em vez de fazer circular toda a informação, foram selecionados dois tipos. O primeiro refere-se aos cuidados vitais, isto é, exames, vacinas, medicação, alergia, etc., informações que são necessárias ter em tempo real para o tratamento de urgência das pessoas. Modificamos o sistema para não haver um agrupamento central de todos os dados, mas um conjunto de depósitos regionais onde são acumuladas as informações, o que impede o seu agrupamento em um só local. O segundo refere-se às pessoas que necessitam de cuidados a longo prazo, que estão em uma situação de acompanhamento contínuo e que sabem que a divisão de informação é de caráter vital para a qualidade desse tipo de tratamento. Esses dois elementos constam do projeto de lei que está em discussão e, depois de ter completado todas as etapas das consultas, estamos convencidos de que elas serão autorizadas e sancionadas pela nova lei.

Foi preciso desenvolver novas ferramentas de gestão e adaptá-las, pois esse tipo de abordagem baseia-se em resultados, com níveis de responsabilidade distintos. Fez-se necessário, ainda, desenvolvermos mecanismos de gestão que permitam um maior rigor quanto à relação contratual entre o nível regional e o nível central. É preciso ressaltar que esses métodos foram reforçados para garantir o respeito aos direitos dos usuários dos serviços. Assim, valorizamos a sua satisfação perante os serviços e, de forma sistemática, aplicamos estudos para conhecer esses níveis de satisfação e, aos poucos, integramos esse elemento no planejamento dos serviços. Em um sistema de saúde baseado em resultados, na maximização de cada dólar investido, não podemos nos limitar a um olhar quantitativo. É preciso observar a qualidade e a pertinência e esses desafios nos parecem tangíveis, a curto prazo.

Para finalizar, apontamos outro desafio, relacionado ao envelhecimento da população e ao seu custo para os serviços. É certo que, nos anos vindouros, existirá uma situação difícil, dada a diminuição da população ativa e o aumento da população idosa, e esse duplo fenômeno, certamente, fragilizará a nossa capacidade financeira. Nesse sentido, o governo do Quebec já organiza fóruns com os cidadãos de cada região, com o intuito de buscar soluções para esse obstáculo que, fatalmente, o sistema terá de enfrentar.

A Regionalização Cooperativa Brasileira

Marcus Vinícius Pestana

Secretário de Estado da Saúde de Minas Gerais – MG

De que forma os três níveis de governo se articulam para a organização e implementação dos serviços de saúde?

Se, por um lado, o SUS ainda não está totalmente consolidado, por outro, a opção do Brasil por um sistema único, universal e eqüitativo é irreversível. A tarefa que une os gestores é consolidar o SUS, aprimorá-lo e superar os obstáculos existentes na sua gestão.

A Constituição Federal de 1988 instituiu um federalismo singular ao definir os municípios como entes federativos com competências tributárias e autonomia política e administrativa. A Constituição forneceu as bases para a municipalização do SUS.

A construção do SUS foi um movimento vigoroso e único no mundo. No Brasil, todos os atores - União, estados e municípios - convergem para esta realidade: a efetiva implementação do Sistema Único de Saúde. Isso faz convergirem as potencialidades para esse sistema e é possível conquistar a integralidade e a universalidade, ainda que haja um sistema paralelo complementar.

Como princípio, a descentralização é sempre boa. O governo central não deve fazer nada que os governos estaduais podem fazer e os governos estaduais não devem fazer nada que os governos locais podem fazer. Sendo assim, o poder local tem gestão plena sobre a atenção básica e regulação da assistência ambulatorial e hospitalar.

A experiência brasileira contrasta com algumas outras da América Latina, pois o caminho definido é o universal. No Brasil, adotou-se, na descentralização do SUS, um paradigma singular e único: o da municipalização autárquica. Isso foi fruto, por um lado, da opção constitucional e, por outro, da força que o movimento municipalista teve na estruturação do SUS. Assim, através das normas operacionais do SUS, foi se consolidando a municipalização autárquica como modo de descentralização do sistema público brasileiro e dos serviços de saúde.

O Brasil é um país continental, repleto de diversidades culturais, regionais e locais. Tem uma área de 8,5 milhões de quilômetros quadrados e uma população de, aproximadamente, 180 milhões de habitantes. O país está dividido em 26 estados, distrito Federal e possui 5.560 municípios.

A descentralização política brasileira pós-regime militar, consolidada pela Constituição de 1988, gerou o fenômeno do federalismo municipal, caracterizado pelo *status* de membros da federação concedido aos municípios e pela repartição de recursos da União e dos estados para os novos entes.

Esse tipo singular de descentralização conduziu a alguns resultados, como a intensa criação de municípios - 1.405 novos no período de 1984 a 1997, um incremento de 34,3% nesse período – e a concentração de novos municípios nas Regiões Sul (405) e Nordeste (402). Houve, nesse período, a proliferação dos pequenos municípios. Dos 1.405 novos, 1.329 (94,5%) têm menos de 20 mil habitantes, 1.095 (78%) têm menos de 10 mil habitantes e 735 (52%) têm menos de 5 mil habitantes.

Também é preciso ressaltar o enorme percentual de pequenos municípios existentes no país: 25,4% com menos de 5 mil habitantes, 50% com menos de 10 mil e 74,8% com menos de 20 mil habitantes.

A municipalização foi importantíssima para a organização do SUS e gerou grande crescimento da rede pública, mas, por outro lado, também gerou problemas. A principal desvantagem foi a fragmentação do sistema, que levou a perdas de eficiência e de qualidade dos serviços e a conflitos inconciliáveis. A descentralização é um princípio correto, porém ela se confronta com questões como a necessidade de oferecimento de serviços de escala ou de recursos humanos altamente qualificados. É preciso reconhecer que a forma descentralizada da gestão pela municipalização, engendrada pelo SUS, através do paradigma autárquico, esgotou-se e necessita ser repensada.

A Programação Pactuada Integrada – PPI regula os fluxos financeiros e os recursos assistenciais, mas o problema é a assimetria política e financeira existente entre os pequenos municípios e os de grande porte. Um exemplo é a análise do perfil assistencial dos hospitais, considerando o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (ICSAA) no SUS por número de leitos dos hospitais de ocorrência da internação e por valores pagos em 2001. As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial variaram de 55,7% nos hospitais de até 30 leitos a 50,7% nos hospitais de 31 a 50 leitos, 41% nos hospitais de 51 a 100 leitos, para alcançar valores inferiores a 15% em hospitais de mais de 500 leitos. Constatou-se, então, que, somente a partir de hospitais de mais de 100 leitos, os valores encontrados são inferiores à média nacional.

Essa inconsistência organizativa e operacional está presente, também, na lógica da alocação de recursos financeiros e na oferta de serviços de saúde, inclusive nos serviços prestados pelos laboratórios de análises clínicas e anatomopatologia.

A resposta brasileira dada até o presente momento foi a pactuação entre municípios por via da Programação Pactuada Integrada – PPI, a pactuação entre os diversos níveis de governo por meio de Comissões Intergestores Bipartite – CIB e Comissões Intergestores Tripartite – CIT e a transferência direta de recursos fundo a fundo. No entanto, em face da complexidade do SUS, essas respostas ainda são insuficientes.

É preciso o fortalecimento do papel de coordenação, regulação, avaliação e controle dos governos estaduais. É preciso reconhecer que o governo federal está muito distante das realidades regionais e locais. Também é preciso considerar que, nos governos municipais, existe uma certa dialética entre a cooperação e o conflito. Existe uma questão política concreta, pois os prefeitos eleitos têm como principal compromisso defender seus legítimos munícipes. O papel de árbitro deve ser do nível estadual.

É necessário fortalecer as Comissões Bipartites e Tripartites como espaço de construção das políticas públicas compartilhadas e de pactuação democrática. Também é preciso incentivar as experiências consorciadas intermunicipais, fortalecendo, assim, a regionalização. Existem diversas experiências na área ambiental e na educação em que são montados os consórcios de serviços. Deve também ser ressaltado que é preciso introduzir definitivamente a questão da equidade nos parâmetros de financiamento, sendo fundamental não perder de vista que é preciso financiar a demanda priorizando os cidadãos, e não a oferta, priorizando os serviços assistenciais.

Quanto ao financiamento, também é preciso melhorar a qualidade dos gastos públicos, e o dinheiro tem que estar onde o cidadão dele necessitar. O cidadão é sempre cidadão, independente do local onde fixe residência, e deve ter acesso aos serviços de saúde de que necessita. Os equipamentos de saúde precisam ser vistos e geridos tendo como pressuposto a lógica da cidadania, e não a geográfica ou a política.

É necessário estimular a consolidação de plenárias nas macro e microrregionais, visando fortalecer o controle social para que a sociedade possa acompanhar a implementação das políticas públicas.

Na realização do pacto de gestão, é preciso ter como elemento central a “Lei de Responsabilidade Sanitária”. É urgente a superação de áreas sombrias, como a responsabilização difusa, assim como dos equívocos gerados por esta. É preciso, ainda, integrar os instrumentos de programação, certificação, controle, contratação e financiamento bem como instalar sistemas de regulação e de transportes sanitários eficientes.

Enfim, é preciso romper com a fragmentação localista e com a municipalização autárquica e construir redes cooperativas e solidárias, tendo como metas a eficiência, a garantia de acesso e a qualidade.

A regionalização cooperativa deverá estruturar-se com base num conjunto de princípios e deverá estabelecer, em planos diretores de regionalização, realizados com

rigor técnico, as microrregiões e as macrorregiões sanitárias, construindo redes solidárias e efetivas.

A regionalização cooperativa deverá implicar uma clara opção por uma forma peculiar de conformação das redes de atenção à saúde, os sistemas integrados de saúde.

São princípios da regionalização cooperativa: a integralidade da atenção à saúde, a equidade, a participação social, a qualidade dos serviços, a eficiência, a gestão da demanda, a responsabilidade inequívoca, o financiamento solidário e a endogenia microrregional.

A regionalização cooperativa vai permitir recuperar uma escala adequada em espaços mesorregionais e ofertar serviços mais econômicos e com maior qualidade.

É preciso sair da responsabilização difusa para uma responsabilização específica, onde cada um saiba seu papel no sistema. Deverá haver, de acordo com o princípio da responsabilização inequívoca, um gestor único e identificável pela população para as ações de saúde.

Para que a regionalização cooperativa se implante, deverá haver uma modelagem do SUS nos espaços institucionais, gerencial, logístico e democrático. O objetivo fundamental da mesma é garantir o acesso dos usuários do SUS a serviços de qualidade, ao menor custo social, econômico e sanitário possível.

Uma reforma mais conseqüente implica a superação do paradigma da municipalização autárquica e a instituição do paradigma da regionalização cooperativa.

O Papel do Gestor Local

Luiz Odorico Monteiro

Presidente do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – Conasems

Parte das questões que serão discutidas já foram abordadas neste evento e fazem parte deste exercício de gestão em saúde que ocorre nas esferas federal, estadual e municipal.

Desconcentração de poder ou descentralização? Desconcentração significa a transferência de responsabilidades sem o acompanhamento do repasse de recursos financeiros. No entanto, na saúde existem as experiências de transferência fundo a fundo, que são bastante inovadoras. Em várias áreas, porém, isso ainda não existe; na Assistência Social, por exemplo, só agora se começa a discutir o Sistema Único de Assistência Social – SUAS. No meio ambiente, sequer está claro o papel de cada área e existem conflitos de competências entre as esferas de governo.

Quanto à descentralização dos sistemas e serviços de saúde no Brasil, algumas considerações devem ser feitas. É importante ressaltar a natureza ambivalente da descentralização, que é princípio político e, ao mesmo tempo, diretriz organizativa do Sistema Único de Saúde.

A descentralização implica deslocamento, consentido e mediado, de prerrogativas, gradientes de poder (político, técnico e administrativo) e de margens de autonomia interdependente entre os entes governamentais. Implica, também, a constituição de espaços e processos permanentes de negociação e mediação política entre os gestores governamentais de saúde.

Implica, ainda, a conformação de estratégias institucionais, administrativas e programáticas para a reorganização de Sistemas e Serviços de Saúde (SSS). No caso brasileiro, a municipalização é a estratégia de descentralização.

O SUS é sistêmico e parte do problema de acesso está na falta de tecnologia, de capacidade instalada e de recursos financeiros, e não nas deficiências ou lacunas da Programação Pactuada Integrada – PPI.

É preciso considerar a existência de limitantes de acessos quanto à capacidade instalada e à disponibilidade de recursos humanos. Problemas relacionados à carência de várias especialidades, como otorrino, neurologia e proctologia não serão resolvidos com a PPI, que não é um processo de planilha em que recursos financeiros são meramente transferidos de um local para outro.

A questão de que o dinheiro acompanha o paciente deve ser melhor discutida. É preciso pensar o sistema de saúde de forma sistêmica, considerando a demanda e a oferta de serviços assistenciais para repensar a sua organização .

Quanto ao acesso horizontal e vertical aos serviços de saúde, é preciso ressaltar que existem limitações no acesso à tecnologia disponível em todos os países do mundo.

Existe um paradoxo, pois, sempre que há uma discussão sobre a descentralização, a centralização é também colocada em pauta. A dinâmica entre os movimentos de centralização e descentralização dos SSS não pode ser determinada pela fixação normativa de um dos dois pólos. Trata-se de um tensionamento dialético, permanente e necessário, com a imprescindível preponderância de uma tendência: a descentralização.

Tal preponderância torna-se imprescindível não somente por propiciar uma maior responsividade aos SSS, mas por permitir uma maior sensibilidade e seletividade às necessidades sociais em saúde, além de possibilitar um controle público mais efetivo.

Outras estratégias devem coexistir para ordenar e regular aquelas de descentralização, para evitar a fragmentação ou a segmentação excessiva dos SSS, por exemplo, a regionalização. Desde que os papéis e as responsabilidades dos entes governamentais estejam claramente definidos, algumas estratégias de centralização e concentração devem ser preservadas e induzidas, de modo a garantir uma maior eficiência, a partir da economia de escala, e a regulação do tensionamento entre unidade e diversidade dos SSS.

O que é a municipalização? Para responder a essa pergunta deve ser considerado o desenho político e organizativo muito próprio do país, enfatizando-se o papel dos

municípios no Pacto Federativo Brasileiro; os preceitos constitucionais da “municipalização” na saúde; as atribuições e responsabilidades das esferas estadual e federal de governo; a cooperação intergovernamental com negociações e arranjos decisórios (pactuações) permanentes; e as Comissões Intergestores do SUS.

A regionalização dos sistemas e serviços de saúde no Brasil é um conceito logístico, aplicado a um âmbito intermunicipal ou interestadual, utilizado para a organização e programação de fluxos de demanda assim como de modos e meios de acessibilidade aos sistemas, serviços e ações de atenção à saúde (promoção, proteção e recuperação), com hierarquias distintas.

É também uma diretriz normativa para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS): regionalização ascendente, a partir do processo de municipalização.

É, ainda, uma estratégia interinstitucional, administrativa e programática de ordenação e regulação para os processos de descentralização/centralização, desconcentração/concentração dos SSS, em razão de sua complexidade, densidade tecnológica e resolubilidade.

Na década de 70, houve a construção de uma importante crítica ao sistema de saúde brasileiro ora vigente. Na década de 80, ocorreu a construção do arcabouço jurídico e administrativo do SUS e, na de 90, novos atores entram em cena, sendo esta década marcada por um processo das NOBs, com ênfase nos processos de regionalização, com a criação da proposta de municipalização plena.

Os ciclos de organização do SUS foram marcados por normas operacionais: a norma de 1993 (NOB-SUS/93), com ênfase na municipalização, mas sem uma definição clara sobre a regionalização e o papel das Secretarias Estaduais de Saúde; a norma de 1996 (NOB-SUS/96), com ênfase na organização da atenção básica à saúde, sob a responsabilidade municipal; e as normas de 2000 e 2001 (NOAS), com ênfase na regionalização, sob a lógica exclusiva da oferta de serviços assistenciais.

Vários foram os avanços do processo de descentralização, como o aumento progressivo de transferências financeiras intergovernamentais em bloco (fundo a fundo); a ampliação da oferta e cobertura de serviços nos municípios; o aumento de experiências inovadoras, em termos de gestão pública e organização de serviços (principalmente em atenção básica) em estados e municípios; o incremento e consolidação do processo permanente de negociação e pactuação intergestores; a maior transparência e democratização na gestão pública dos sistemas de serviços de saúde; a maior integração entre as políticas e os modos de gestão governamental do setor.

Os conflitos existentes entre as esferas de governo podem ser, até mesmo, saudáveis, pois existe a pactuação e o processo de obtenção de consenso é muito importante.

O processo de regionalização não pode ser organizado de forma competitiva, pois, muitas vezes, o município pólo não oferta determinados serviços assistenciais.

Também é preciso considerar a existência de problemas limitantes quanto à oferta de serviços de saúde. Essa crise não pode ser administrada de forma orçamentária, não sendo possível pensar esse processo por via de PPI e planilha, mas através de atuação solidária.

Os estados devem redesenhar seu papel nesse processo de organização, descentralização e regionalização dos serviços de saúde, assumindo-o e participando de forma parceira com os municípios.

Sempre que se detectar prejuízo à população, a questão da regionalização sanitária tem que vir à tona. De acordo com a NOB e NOAS, ocorre a desabilitação e, como conseqüência, a perda de recursos financeiros, mas isso tem que ser repensado, porque a população é que acaba sendo prejudicada.

São dificuldades do processo de descentralização: a coexistência de diversos (sub)sistemas fragmentados ou segmentados de financiamento, regulação e prestação de serviços em saúde sem mecanismos e instrumentos eficazes de controle governamental; a coexistência de diversos modos e modalidades de regulação e avaliação sistêmicas, dissociados e desintegrados entre si; a preponderância de regulação *ad hoc* (portarias governamentais) sobre a legislação sanitária vigente; a indução a um movimento paradoxal de cooperação e competição entre os estados e os municípios, devido a contradições entre os propósitos normativos e os critérios e mecanismos estabelecidos para a redistribuição intergovernamental de recursos financeiros para o setor, à insuficiência e instabilidade do financiamento para o setor e à indefinição sobre as responsabilidades e prerrogativas de comando entre Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

O Ministério da Saúde, atualmente, repassa recursos financeiros através de cerca de 80 "caixinhas", mas é preciso pensar formas de financiamento coerentes com os planos de saúde municipais. O papel de indução de políticas do Ministério da Saúde não pode ser realizado desta forma.

São desafios da regionalização: garantir a universalidade, a integralidade e a equidade no acesso aos SSS de âmbito regional, a oferta integral de serviços de promoção, proteção e recuperação à saúde de indivíduos e comunidades, o referenciamento, contra-referenciamento e a continuidade da atenção aos serviços de atenção básica; promover a integração das políticas públicas, numa perspectiva intersetorial, o controle social no âmbito regional, a atuação cooperativa e complementar de municípios e estados na gestão dos sistemas regionais de saúde; possibilitar a instituição de inovações no financiamento, planejamento, gerenciamento, regulação e avaliação dos SSS no âmbito regional.

O novo pacto de gestão do SUS deve ser orientado para a necessidade e oportunidade de inovação na perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS, ter a responsabilização sanitária dos entes governamentais como fundamento, a regionalização

solidária e cooperativa como eixo estruturante, alinhada, incondicionalmente, aos preceitos de universalidade, integralidade, equidade e participação da comunidade, à introdução de critérios baseados em necessidades e iniquidades para o financiamento dos SSS, à desburocratização normativa, à integração dos processos e tecnologias de gestão (planejamento, programação, regulação, avaliação), ao incremento da participação e controle sociais e à ênfase na gestão do trabalho e dos trabalhadores em saúde.

A Rede Américas completa 10 anos e, de certa forma, com este encontro, essa proposta de integração internacional está sendo ampliada. Não é possível, portanto, deixar de falar nela. A Rede Américas foi uma iniciativa da diretoria do Conasems, em 1995, na gestão de Raimundo Bezerra e Gilson Cantarino O'Dwyer, a partir do acúmulo da experiência brasileira da descentralização da saúde em âmbito do SUS para difusão no continente americano.

A Rede Américas conta com o apoio da Opas/OMS, do UNICEF, da Fundação Kellogg, da ALAMES e do Ministério da Saúde do Brasil e busca parcerias com países com princípios coerentes com a reforma sanitária brasileira: saúde como direito, universalização, equidade, integralidade, cidadania e participação social.

São marcos históricos de sua existência:

- Realização do I Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Fortaleza, em 1995, quando é lançada a Carta de Fortaleza. Esse ano é também marcado pela criação do Movimento de Saúde dos Secretários Municipais de Saúde e da Secretaria Provisória de Articulação, sediada no Conasems.
- Em 1997, é realizado o II Congresso de Secretários Municipais de Saúde das Américas, em Havana. A Carta de Havana representa o aperfeiçoamento da Carta de Fortaleza e a continuidade do movimento.
- Em 2000, é realizado o III Congresso de Responsáveis Locais de Saúde das Américas e definida a chamada Plataforma do Quebec. Também ocorre o lançamento da Rede de Secretarias Municipais de Saúde das Américas e a criação do Grupo de Trabalho para Organização da Rede das Américas.
- Em 2003, é realizado o IV Congresso de Secretarias Municipais de Saúde das Américas, em que foi aprovada a Declaração de Rosário. Nesse ano, também acontece a criação da Rede Argentina de Secretarias Municipais de Saúde.

A Rede Américas tem como princípios: o resgate do paradigma da saúde integral; a convergência de políticas públicas e a intersetorialidade; o direito universal e o bem público; o fortalecimento do poder local e a descentralização participativa; a ênfase nos processos democráticos e de participação social e comunitária.

Tem como objetivo gerar processos de redes como um instrumento de mobilização, articulação social e política dos distintos atores no campo da saúde no continente americano.

Sua metodologia de trabalho está baseada na construção de um plano de trabalho conjunto, da comunicação virtual por via de internet, de reuniões *chat* internet, da realização de congresso bianual, de videoconferências, etc.

Entre os resultados apresentados pela Rede Américas podem ser destacados: a maior visibilidade dos processos nacionais de reforma do setor saúde no continente americano; o surgimento de novas lideranças e atores na saúde; o incentivo a projetos de cooperação horizontal e bilateral; o fortalecimento e disseminação da saúde como direito e consciência sanitária; o apoio à organização de redes nacionais de secretarias municipais de saúde na Colômbia (1998, COSESAM) e na Argentina (Rede Argentina de Secretarias Municipais de Saúde 2003).

Além disso, é preciso ressaltar que a Rede Américas é responsável pelo fortalecimento do papel do Conasems no cenário da saúde e em fóruns internacionais, pela inovação em formas de cooperação entre distintos atores e instituições nas Américas, ultrapassando barreiras das diferentes línguas e culturas.

A Descentralização na Colômbia

Elkin Otalvaro

Secretário do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Cosesam

Partimos do princípio de que a descentralização é uma das tendências mais acentuadas na evolução da democracia. A descentralização na Colômbia firma suas bases na metade da década de 80. A Constituição Política, em 1991, permitiu a modernização e a reestruturação do Estado. Porém, essa modernização do Estado veio acompanhada da internacionalização da economia, dentro do processo de globalização. A legitimação dos governos, por meio do processo democrático e da distribuição do poder, ampliou a participação dos cidadãos na tomada de decisão e no controle político.

Antes de abordarmos a descentralização dos serviços, temos que falar do território, da responsabilidade do Estado e da Nação. Temos que apontar, na organização das regiões, as dificuldades geográficas, econômicas, políticas e culturais. O Estado agrega as regiões e os municípios. Região pode ser definida como o agrupamento de departamentos. O Estado resulta da junção de vários municípios. Cabe à nação delegar responsabilidades aos estados, e estes, aos municípios, a fim de que a lei seja cumprida.

No entanto, as regiões, criadas por lei, desconhecem a organização territorial democraticamente reconhecida e se sobrepõem a ela. Isso gera contradição, confusão de papéis, sobreposição de poder e desperdício de recursos e ocorre porque, na prática, as regiões inexistem. Essa confusão é gerada porque vige no território a Constituição de 1886. Assim, a única área que se aproxima do conceito de região, na Colômbia, é a Atlântica. As demais não funcionam legalmente, pois a Lei de Ordenamento Territorial não foi contemplada na Constituição de 1991.

Nesse contexto, é possível afirmar que o financiamento dos serviços nos municípios e no estado não são viáveis por questões fiscais. Por outro lado, na organização das regiões, 70% são financiados pela nação e 30% pelos municípios. Parte dos impostos, ou seja, 50%, é transferida ao território. Para otimizar a aplicação dos recursos, é preciso implementar a Lei de Organização Territorial e viabilizar a sua aplicação. Na realidade, o controle fiscal passará a ser viável quando houver critérios políticos para colocá-lo em prática. Não é fácil viabilizarmos acordos e distribuir os recursos de forma eqüitativa, haja vista a inviabilidade territorial. Por outro lado, o controle fiscal está atrelado ao processo de descentralização. E, para tal, deve estar em consonância com todas as instâncias governamentais. Isso nos leva a pensar numa forma de torná-lo exeqüível e, ao mesmo tempo, superar as adversidades.

Na Colômbia, existem algumas leis que antecederam o processo de descentralização e que contribuíram para o seu fortalecimento: Sistema Nacional de Saúde; Aspectos Conceituais de Planejamento (Decreto 56/75); Código Sanitário: Medidas Sanitárias (Lei 9/79); Descentralização e Municipalização do Sistema Nacional de Saúde (Lei 10/90); Nova Constituição Política de 1991, que consagra a Seguridade Social como obrigatória pelo Estado; criação do Sistema Geral Em Seguridade Social (Lei 100/93).

A Lei 10/90, que trata da descentralização e municipalização do sistema de saúde, é revolucionária e, ao mesmo tempo, ineficiente, pois não teve competência, tampouco ferramentas necessárias para se tornar exeqüível. O principal desafio encontrado após a implementação da Lei de Segurança Social foi transformá-la num sistema de atendimento integrado e implementá-la como modelo de saúde pública.

Encontramos, hoje, deficiências na estrutura do sistema de saúde, que geram especulação e má verbação de recursos. Essa avaliação foi efetuada pela Controladoria da Nação. Destacamos, ainda, que a seguridade não prevê os riscos dos cidadãos, usuários do sistema.

O governo tem que superar as diferenças regionais, de forma a atender a população, visando à gratuidade e à universalidade do sistema de saúde. Essa integração deve contemplar o sistema público e o privado.

Diante do exposto, apontamos algumas dificuldades encontradas no processo de descentralização da saúde. Dos 1.098 municípios existentes no país, 464 estão descentralizados. Nessa descentralização, os estados perderam autonomia para gerir recursos, devido à aplicação de leis austeras, com o intuito de enxugar os gastos públicos e coibir a corrupção no sistema, que tinha um controle de vigilância deficitário. Isso complicou o processo de descentralização, pois atingiu municípios modernos e descentralizados e outros em princípio de descentralização.

Os programas e serviços da saúde estavam dispersos e não havia uma política de recursos humanos. Já os hospitais, não estavam adequados para atender o fluxo do sistema com qualidade nos serviços. A reestruturação que buscamos almeja o

atendimento com equidade para ricos e pobres, já que o setor privado não complementa o setor público. É preciso ter fluxos articulados e sistemas de informação que permitam ao usuário o acesso de qualquer lugar. Nesse sentido, a descentralização “viria a calhar” e potencializaria os recursos da Nação.

A conclusão é que, a partir da descentralização, os benefícios excedem as dificuldades. O bem-estar da população tem melhorado significativamente. Sendo um país de diversidades, aprendemos, com esse trabalho, a respeitar as diferenças regionais, pois temos duas Colômbias dentro do mesmo país. Há uma luta para igualarmos o país desenvolvido e moderno com o subdesenvolvido, que apresenta baixos índices de desenvolvimento humano. Bogotá, por exemplo, é uma república dentro de outra república. A Constituição Política de 1991 permitiu a elaboração do Estatuto Orgânico de Bogotá, que trouxe desenvolvimento e autonomia nas áreas fiscal, administrativa, financeira, etc. Esse processo durou dez anos.

Em 2003, Bogotá foi escolhida como a cidade de maior desenvolvimento da América Latina nos últimos 10 anos. O prêmio recebido da ONU brindou os esforços travados na luta contra a desnutrição e a mortalidade infantil, dentre outras mazelas sociais. Isso melhorou o Índice de Desenvolvimento Humano – IDH. É preciso inserir nessa onda de desenvolvimento todos os outros municípios do país, já que há uma parcela significativa da população na linha da pobreza e marginalidade. A expectativa é a realização de mudanças importantes e o rompimento com o processo de iniquidade.

Debatedores

Jairnilson Paim

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia – UFBA

Uma das palavras mais citadas pelos expositores durante o evento foi “ideologia”, termo polissêmico, com muitas conotações. *Ideologia* foi utilizada, talvez, no sentido de um conjunto de idéias, de crenças, de princípios e de projetos. Porém, a mesma palavra pode ser utilizada para escamotear a realidade, manter o *status quo*, ou mesmo justificar a nossa impotência diante da realidade da América Latina.

Neste momento, é preciso construir um pensamento crítico e estratégico capaz de orientar o que fazer, com quem fazer e, sobretudo, como fazer.

A dimensão administrativa da descentralização precisa ser complementada por uma dimensão estratégica e política, já que a descentralização e a regionalização da gestão em saúde implicam a redistribuição territorial do poder do Estado.

O território não é apenas um espaço físico, mas um “território-processo”, um espaço social com uma dada conformação de poder econômico, político, cultural e simbólico, com seus eixos e fluxos. A divisão do poder não pode ser modificada mediante os desejos dos gestores de saúde, pois o poder político, econômico e cultural está enraizado na própria organização política existente no país.

Ontem, Francisco Campos disse que o Plano de Saúde das Américas, apoiado pela Opas em 1972, ou seja, há cerca de 30 anos, já propunha a descentralização. Ainda um pouco mais atrás no tempo, na década de 20 do século XX, o Relatório *Dawson*, na Inglaterra, também propôs a descentralização dos serviços de saúde. Por que, passado tanto tempo, a maioria dos países latino-americanos não foi capaz de construir sistemas de saúde descentralizados e regionalizados? Por que, numa época em que existe o acúmulo de tantos conhecimentos sobre saúde e sociedade, em que existe tanta informação tecnológica disponível, a descentralização ainda não foi implementada de fato? Será por que a descentralização é pensada numa perspectiva virtuosa, dentro da qual seria boa em si mesma? Pode ser levantada a hipótese de que a descentralização, ao mesmo tempo em que pode estar associada à democratização, pode também favorecer a privatização, implicando a desresponsabilização do Estado Nacional.

Sem análises concretas da situação, a regionalização pode representar uma proposta abstrata ou tecnocrática no que tange às políticas de saúde. No caso brasileiro, por exemplo, pode ser inócua uma proposta que não for acompanhada de investimentos que supram os vazios existentes quanto à infra-estrutura, inclusive os vazios regionais.

Também é preciso aprofundar a discussão sobre a relação, ou a mediação, existente entre o público e o privado, que apresenta inúmeros problemas e até mesmo relações promíscuas. Não é possível ainda afirmar a existência no Brasil de um sistema único de saúde e espero que ele seja construído. A relação existente entre o sistema público de saúde e o privado não pode ser definida como paralela, pois tal palavra indicaria dois sistemas que nunca se encontram. A discussão dessa relação entre o público e o privado precisa ser enfrentada em todas as instâncias e esferas governamentais, pois ela é um dos maiores desafios para os sistemas de saúde e para a implementação das propostas de regionalização.

Como pensar a regionalização que contemple seu objetivo final, ou seja, o de melhorar a saúde e a vida das pessoas?

Talvez o Brasil seja o único país do mundo com essa forma de federalismo, na qual o município é um ente federativo, tal como o estado e a União. Esse federalismo *sui generis* exige uma engenharia política capaz de criar espaços institucionais de negociação e de construção de consensos para a organização de serviços regionalizados de saúde, com a preservação do comando único municipal e a gestão estadual na coordenação regional realizando-se mediante a co-gestão com as administrações municipais de cada região.

Se tais problemas podem ser enfrentados para a superação dos atuais desafios da gestão e da organização dos serviços de saúde, talvez não sejam suficientes para responder à questão do cuidado das pessoas. O SUS, que passou por tantos processos e conjunturas diferentes, em condições, por vezes, adversas, com todas as suas lutas gloriosas e conquistas não desprezíveis nestes quinze anos, precisa aprender a cuidar de gente.

Os grandes atores políticos da reforma sanitária na década de 90 foram o CONASS e o Conasems. Porém, os secretários de saúde são representantes do Estado e é preciso pensar outras formas de gestão.

Da forma como o sistema de saúde está estruturado, ninguém é cidadão. Dois poetas baianos denunciaram tal distorção em um *rap* que diz que, no setor privado, as pessoas se transformam em mercadorias e, no estatal, em coisas. O problema que atualmente ocorre no Rio de Janeiro é um exemplo concreto da coisificação das pessoas. O grande desafio é transformar esses indivíduos e consumidores em sujeitos, em cidadãos de direito deste país.

Paulo Eduardo Mangeon Elias

Departamento de Medicina Preventiva - Faculdade de Saúde Pública / USP

É preciso, inicialmente, destacar a oportunidade do presente debate. A discussão sobre descentralização emerge em meados da década de 70, concomitante à ascensão do pensamento neoliberal, como resposta à crise de acumulação capitalista. É certo que os grandes desafios à regionalização do sistema de saúde estão fora do setor saúde. É imenso o desafio de construir sistemas universais de saúde na periferia do capitalismo, em países marcados pela heterogeneidade e pelas desigualdades sociais.

Os processos de descentralização se polarizam entre *democratizar* ou *racionalizar* recursos e privatizar, ou seja, comportam-se como um verdadeiro "camaleão", e se adaptam à situação em que são engendrados.

A descentralização é matéria que envolve expressão política e poder. Descentralização é um meio e, em si, nada molda, antes se amolda a um determinado projeto político, e é por isso que se presta tanto a democratizar quanto a centralizar. Ela encarna um projeto político e não é um fim em si mesma. A descentralização implica distribuição de poder e é preciso considerar que ninguém gosta de abrir mão do poder.

Centralização e descentralização são faces da mesma moeda. Dadas suas complexidades e seus papéis, o Estado Moderno não poderia ser centralizado, mas, ao mesmo tempo, a descentralização levada às últimas conseqüências, como alerta Bobbio, significaria nada menos do que a destruição do próprio Estado.

A descentralização possui interfaces com a estrutura federativa do país, sendo preciso considerar alguns requisitos para entendê-la. É necessário que a descentralização promova de fato a autonomia, considerando que a mesma pode ser apenas parcial (desconcentração). A descentralização comporta três dimensões ou capacidades: administrativa, financeira e política. É efetiva a descentralização que garante autonomia nessas três dimensões.

A descentralização é um meio e o que a justifica não podem ser apenas razões ideológicas, mas sim a melhoria da prestação dos serviços de saúde.

No Brasil, as políticas de descentralização se imbuem de elevado voluntarismo, com forte acento político, e têm se configurado como políticas de governo, mas não de estado. A análise das três dimensões citadas anteriormente demonstra que ela está aquém de uma política de estado.

É preciso considerar, também, algumas das limitações do processo de descentralização. No caso brasileiro, a leitura de alguns clássicos lembra que o poder local não é mais virtuoso que o central. A descentralização nos serviços de saúde talvez seja mais fácil de ser implementada nos municípios de médio porte, mas é extremamente problemática nos pequenos, ou seja, na maioria dos municípios brasileiros, porque eles têm dificuldades até mesmo de se estabelecerem como municípios, ou seja, de cumprirem

com alguns requisitos mínimos. Nas grandes metrópoles, é ainda mais complexa a implementação da descentralização. Veja-se o caso atual do Rio de Janeiro, onde a intervenção do Ministério da Saúde bem demonstra seus limites.

Existem contrastes nos casos apresentados quanto à concepção de equidade, por exemplo, entre o Canadá - de onde se pode dizer que se almejam resultados para a ação do sistema de saúde e o financiamento é apenas um meio de se obterem tais resultados - e os demais países da América Latina. O Canadá trabalha com a equidade como um meio vinculado a determinados resultados e ela vai ser qualificada de acordo com os interesses do usuário. Nos demais países, a equidade está vinculada tanto a processos como a meios. Em suma, o conceito de equidade não pode se transformar em uma expressão matemática de transferência e de alocação de recursos.

Outro contraste em relação à descentralização é o fato de, no Canadá e no Brasil, estar associada à democratização. No caso colombiano, ao contrário, visa diretamente à racionalização de recursos e de serviços.

Em relação à regionalização, existem dificuldades inerentes ao federalismo brasileiro e ao processo de reprodução política. Os governadores não aceitam facilmente a divisão de poder e o estabelecimento de poderes regionais. A lógica da reprodução política recomenda que os municípios pensem apenas em si, sem compartilhar as suas dificuldades com outros. Um prefeito definitivamente não se importará com o atendimento do munícipe vizinho, que não é eleitor seu. Existem, portanto, contradições entre as próprias esferas de governo.

A Lei Orgânica da Saúde Brasileira estipula algumas competências concorrentes para os três níveis de governo, mas essa lei precisa ser revista, já que *onde todos podem, ninguém manda*.

Outro desafio é que é preciso aproximar os centros produtores de conhecimento e os formuladores de política. Se, por um lado, as universidades estão distantes dos problemas enfrentados pelos serviços de saúde, por outro, os gestores são pouco afeitos a críticas ou não têm capacidade de absorvê-las. Tudo isso é reflexo da ausência de um espaço público em nossos debates. Este evento está dando um passo importante, pois é preciso buscar soluções conjuntas para os problemas, visando, acima de tudo, à relevância do interesse público.

MESA 4**As Funções Essenciais
de Saúde Pública
na Gestão Estadual,
Provincial e Departamental****Coordenador:**

Osmar Terra

Expositores:

Julio Suarez

Júlio Strubing Muller Neto

Nohora Arias

Debatedores:

Patrícia Ribeiro

Carmen Teixeira

As Funções Essenciais de Saúde Pública: um panorama nas Américas

Julio Suarez

Opas / Brasil

Para tratar deste assunto, as Funções Essenciais da Saúde Pública (Fesp) nas Américas, faz-se necessário realizar um resgate histórico do processo de descentralização na saúde pública. O contexto internacional na década de 90 está intrinsicamente ligado às reformas, à construção dos diferentes sistemas de saúde e ao seu desenvolvimento.

O novo arranjo dos países, a partir do final da Guerra Fria, mudou a polarização mundial e estabeleceu uma hegemonia de pensamento por meio do neoliberalismo ou fundamentalismo de mercado. A globalização, também chamada de movimento de homogeneização, traz em seu bojo a exclusão e a substituição de valores. Essa exclusão se dá de forma diferenciada, seja por meio da informação e propaganda, internet ou do processo cultural. A avalanche de informações se sobrepõe à cultura local, transformando-a por meio da introjeção de novas tecnologias.

Nessa década, as reformas do Estado seguiram uma agenda única, informadas pela lógica mercantilista. Nesse processo, surgiram questionamentos do Estado e das instituições bem como dos serviços públicos. A iniquidade crescente dentro e fora dos países e a situação desigual da saúde e do acesso da população geraram a crise da saúde pública. A reforma econômica neoliberal acentuou a pobreza e a desigualdade no acesso às riquezas, gerando um número crescente de trabalhadores informais no mercado de trabalho. Um dos marcos da reforma do Estado é a reforma da saúde. Ocorre que a maioria dos países seguiu o paradigma predominante de reforma chamado de aplicações em saúde. Porém, a reforma dos serviços de saúde do Brasil, por exemplo, o SUS, não seguiu esse movimento.

As reformas do Estado partem do chamado consenso de Washington, que centrava suas ações no financiamento e na eficiência do setor saúde, mediante enxugamento do Estado, e na ampliação do mercado para os serviços essenciais. Por outro lado, questões importantes, como a equidade, universalidade, integralidade, modelo de atenção e recursos humanos, foram ignoradas ou marginalizadas.

A iniciativa da saúde pública nas Américas visa melhorar as práticas sociais e fortalecer a autoridade sanitária, com base na definição e medição das Funções Essenciais da Saúde Pública (Fesp). Assim, a Função Essencial da Saúde Pública é vista como condição e processo. Defendemos o princípio de que o atendimento não pode se fixar sob a responsabilidade do mercado, já que determinadas ações são inerentes ao público.

As Funções Essenciais da Saúde Pública podem ser definidas como:

- Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população;
- Vigilância à saúde, investigação e controle de riscos e danos para a saúde pública;
- Promoção da saúde;
- Participação dos cidadãos na saúde;
- Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional no planejamento da saúde pública;
- Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública;
- Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde;
- Desenvolvimento em recursos humanos e capacitação em saúde pública;
- Garantia e melhoramento da qualidade dos serviços individual e coletivo;
- Investigação essencial para o desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública;
- Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

Estamos trabalhando para que nossos planos de desenvolvimento possam responder às demandas por um pacto social da saúde. A sociedade e seus atores têm que defender o sistema universal equitativo e fortalecer a implementação plena do SUS. O pacto social tem que difundir, no âmbito geral da sociedade, o modelo de atenção à saúde; assim, este deixa de ser marginalizado na agenda governamental. O novo pacto social da saúde deve contemplar a saúde na agenda pública, a saúde no espaço intersectorial e a construção de cidadania em saúde.

Para finalizar, consideramos que a saúde possui dois entraves: o primeiro refere-se ao financiamento e o segundo aos recursos humanos. Em relação ao financiamento, é preciso disponibilizar uma gama maior de recursos para serem aplicados na saúde. Quanto aos recursos humanos, deve-se levar em conta que são pessoas atendendo outras pessoas. Atualmente, os profissionais de saúde não estão suficientemente motivados e capacitados para atender à população. É preciso fortalecer a capacidade de avaliar os sistemas de saúde, a fim de melhorar o atendimento dos serviços essenciais de saúde.

Experiência Brasileira de Adaptação das Funções Essenciais de Saúde Pública - Fesp

Júlio Strubing Müller Neto

CONASS

Desde janeiro de 2004, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS estabeleceu uma relação de cooperação com a Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), com vistas a promover a adaptação do instrumento “Funções Essenciais da Saúde Pública” para sua aplicação no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde. O projeto desenvolvido pelo CONASS foi aprovado pela Opas e, posteriormente, veio a ser apoiado pelo Ministério da Saúde, através do Departamento de Apoio à Descentralização – DAD da Secretaria Executiva. Atualmente, faz parte do Programa de Apoio aos Gestores do SUS, o PROGESTORES, co-financiado pelo MS.

A Organização Pan-americana de Saúde – Opas, em colaboração com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças – CCPD e Centro Latino-americano de Investigações em Sistemas de Saúde – CLAISS, desenvolveu, nos últimos anos, um instrumento de medição do desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública, próprias dos gestores da saúde (“Autoridade Sanitária”), como parte da iniciativa “A Saúde Pública nas Américas”. Esse instrumento, depois de ser aprovado pelo Conselho Diretor da Opas, foi aplicado em 41 países da Região das Américas.

As Funções Essenciais a Saúde Pública (Fesp) são entendidas como atribuições indispensáveis a serem exercidas pelos órgãos gestores da saúde, que permitam melhorar o desempenho das práticas de saúde, por meio do fortalecimento das suas capacidades institucionais.

A Opas ressalta a importância dessa iniciativa ao considerar que os processos de reforma do setor saúde concentram-se, principalmente, nas mudanças estruturais, financeiras e organizacionais dos sistemas de saúde e nos ajustes na prestação dos serviços de atendimento às pessoas. Considera, ainda, que a saúde tem sido descuidada como responsabilidade social e institucional, justamente quando mais atenção requer e quando mais precisa de apoio da parte dos governos, a fim de modernizar a infraestrutura necessária para seu exercício. Priorizar a saúde pública na agenda de transformação do setor passa pela definição clara de seu papel assim como pela operacionalização dos conceitos que lhe dão fundamento, entre eles, o das funções essenciais. É importante, também, que as categorias operacionais, como as Fesp, possam ser caracterizadas e medidas, a fim de determinar o grau efetivo com que se levam a cabo, tanto por parte do Estado como da sociedade civil.

As questões apontadas pela Opas têm importância estratégica para o desenvolvimento atual dos sistemas públicos de saúde e influenciam o debate sobre o tema em todos os países das Américas. Tais questões têm pautado atualmente a agenda do

CONASS, que reconhece a necessidade de intensificação dos esforços das três esferas de gestão do SUS para o fortalecimento da saúde pública enquanto uma responsabilidade social e institucional. Essa preocupação é mais evidenciada na atual conjuntura, quando está na mesa de negociação o pacto de gestão entre os gestores do SUS.

Por isso, o CONASS considera relevante a oportunidade de somar esforços para a adequação da definição e dos instrumentos para a medição das Fesp no âmbito dos estados, de forma a contribuir para o melhor desempenho do papel e das atribuições da gestão estadual do SUS.

Onze (11) funções essenciais foram identificadas como cruciais para a prática da saúde pública nos países das Américas e estão contidas no instrumento de medição de seu desempenho, desenvolvido pela Opas em colaboração com o CDC e o CLAISS:

- Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população;
- Vigilância, investigação e controle dos riscos e danos na saúde pública;
- Promoção da saúde;
- Participação dos cidadãos na saúde;
- Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública;
- Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública;
- Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários;
- Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública;
- Garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos;
- Investigação essencial para o desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública;
- Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

A abordagem da Opas enfatiza a avaliação das funções estruturantes, em vez de incluir as funções específicas ou as esferas de ação (campo de atividades) da saúde pública (materno-infantil, por exemplo). Parte da premissa de que, se as funções são definidas adequadamente, incluindo todas as capacidades necessárias para a boa prática da saúde pública, seu funcionamento apropriado estará garantido em cada esfera de trabalho da saúde.

Assim, a medição do desempenho das Fesp é o processo de auto-avaliação, realizado pelos gestores da saúde (Autoridade Sanitária), do desempenho dessas funções essenciais, com o objetivo de identificar os pontos fortes e os fracos da sua atuação, de modo a poder reorientar as ações futuras. A medição não é uma avaliação externa da gestão dos órgãos da saúde nem de seus dirigentes como também não tem utilidade para

classificação ou comparação entre diferentes gestões e gestores. A única comparação possível é entre as sucessivas medições, ao longo do tempo (anuais, por exemplo), da mesma gestão da saúde (Autoridade Sanitária).

Em concordância com as proposições da Opas, o CONASS considera que a medição do desempenho irá permitir a identificação global dos pontos, fracos e fortes, das práticas de saúde no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde, além de possibilitar um diagnóstico operacional das áreas que requerem maior apoio para fortalecer a sua infraestrutura, entendida em sua mais ampla acepção, isto é, incluindo as capacidades humanas e as instalações e equipamentos necessários para seu bom desempenho. Esse exercício metodológico deverá, portanto, permitir o melhoramento das práticas de saúde, estabelecendo padrões de bom funcionamento e pontos de referência para o melhoramento contínuo, além de lhes conferir maior transparência. Espera-se, ainda, que a medição possa subsidiar processos mais criteriosos de distribuição dos recursos para as ações de saúde.

Considera-se, ainda, que a aplicação da metodologia e dos instrumentos de medição das Fesp, em cada Secretaria Estadual de Saúde, permitirá:

- Fortalecimento das macrofunções gestoras na saúde, possibilitando a construção de uma unidade interna nas equipes estaduais quanto ao entendimento e visão integral do desempenho nas Fesp;
- O desenvolvimento e aprimoramento técnico da força de trabalho das equipes estaduais;
- A produção, já no ano de 2005, de relatórios parciais, que poderão subsidiar a elaboração dos planos estaduais e do orçamento para o exercício 2006;
- A identificação de áreas que requerem fortalecimento, para a cooperação técnica dos estados com os municípios e a qualificação das equipes técnicas estaduais para o exercício dessa ação,
- A identificação de necessidades específicas, que poderão subsidiar o desenho de processos de cooperação do Ministério da Saúde e de organismos de apoio, como a Opas, com os estados;
- A formulação de proposições para o fortalecimento das Fesp.

É imprescindível que a aplicação da metodologia e dos instrumentos de avaliação das Fesp nas Secretarias Estaduais de Saúde seja precedida de adaptações e adequações para poderem ser elementos de fortalecimento do desempenho da capacidade gestora dos estados.

O CONASS definiu, dentre o seu corpo de assessores técnicos, uma equipe responsável por conduzir todo o processo da adaptação. Fazem parte da equipe os assessores Luis Fernando Rolim Sampaio, Rita Catanelli e Carricondo Arruda, sob a coordenação do professor Júlio Müller Strubing Neto. Essa equipe trabalhou intimamente

articulada com os dois responsáveis pelo projeto na Opas, Julio Suarez e Rosa Silvestre. A Opas contratou a Professora Carmem Teixeira, indicada pelo Ministério da Saúde, para acompanhar o trabalho de adaptação. Finalmente, o CONASS selecionou quatro consultores, com reconhecida experiência na formulação de políticas e gestão na esfera estadual do Sistema Único de Saúde, para trabalharem diretamente na adaptação do instrumento.

Decidiu-se que a adaptação seria realizada a partir das deliberações coletivas tomadas em oficinas de trabalho por essa equipe ampliada, utilizando-se a técnica da "construção de consensos". Esse processo de trabalho se alternou com a revisão e a elaboração das mudanças nas Fesp individualizadas, por parte dos consultores contratados. Para isso, foi necessária uma apropriação em profundidade do objeto, a proposta de definição e medição das Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp) desenvolvida pela Opas. O movimento de apropriação implicou a avaliação das onze funções em seus aspectos conceituais, estruturais e operacionais, em um primeiro momento – processo realizado em duas oficinas de trabalho, em novembro e dezembro de 2004, na sede da Opas, em Brasília.

A primeira oficina contou com a participação dos Drs. Carlyle Guerra De Macedo, Oscar Feo e Graziela Muniz Saavedra, expositores convidados pela Opas para apresentar e debater com a equipe responsável os aspectos conceituais e estruturais das Fesp assim como detalhar o instrumento de medição. Foram, também, apresentados os princípios e as diretrizes, o marco legal e institucional do Sistema Único de Saúde no Brasil e as atribuições e responsabilidades da Autoridade Sanitária Estadual (gestão estadual), o que propiciou um rico debate. Participaram, ainda, dessa primeira oficina, seis representantes do Ministério da Saúde, indicados por sua Secretaria Executiva. Foram disponibilizados à oficina: uma bibliografia básica referente às Fesp; a publicação da Opas "*La Salud Pública en las Américas*"; a legislação básica do SUS; os documentos produzidos pelo CONASS, denominados *Para Entender a Gestão do SUS*; o relatório da oficina de consenso sobre as atribuições das Secretarias Estaduais de Saúde, realizado em 2003.

Da segunda oficina, participaram apenas as equipes de consultores e de coordenação do CONASS e da Opas, momento em que foi feita uma avaliação de cada uma das definições, indicadores e padrões das Fesp, em uma perspectiva comparativa de sua adequação ao Sistema Único de Saúde brasileiro. Ainda nessa oportunidade, foi definido o agrupamento de algumas Fesp para efeito de distribuição entre os consultores – consideradas as proximidades das definições e as necessidades maiores ou menores de adaptação.

O produto das duas primeiras oficinas permitiu algumas definições e encaminhamentos importantes para o processo do ponto de vista metodológico. Assim, a adaptação deveria: considerar os princípios, as diretrizes e as definições legais do SUS;

ter como foco as responsabilidades sanitárias da esfera estadual do SUS; incluir uma nova função estrutural para a Autoridade Sanitária Estadual – a de organizar/reorganizar o modelo de atenção à saúde no âmbito do seu território. A mudança, a supressão e a incorporação das definições, indicadores e perguntas (medições) deveriam respeitar a estrutura do documento e a sua coerência interna para não gerar alterações no resultado final das medições. A aplicação dessas orientações produziu um grande número de adequações: em algumas, um simples ajuste; em outras, a total substituição do conteúdo.

Além dessas, foram realizadas outras duas oficinas, em janeiro e março do ano em curso, que ocuparam aproximadamente 48 horas de trabalho intensivo de debates e busca de consenso na análise e deliberação sobre cada uma das propostas de adaptação das funções feitas pelos consultores. Debateu-se cada definição, indicador, padrão, pergunta e subpergunta, que somam mais de 800 questões.

O processo, exaustivo, mas instigante e enriquecedor, convenceu todos os participantes da importância e da oportunidade de levá-lo às Secretarias Estaduais de Saúde – a partir da iniciativa do CONASS, com o apoio da Opas e do Ministério da Saúde – e, assim, propiciar um processo de auto-avaliação, que será, também, uma reflexão coletiva profunda e proveitosa para todos os atores envolvidos na construção no âmbito estadual desta que é a mais generosa e solidária das políticas públicas brasileiras, o SUS.

O processo de adaptação demonstrou claramente que as definições e medição das funções reforçam o papel do Estado e da instância pública, reafirmando a saúde como prática social a ser melhorada e a população como ator principal desse movimento. A proposta supera a visão estreita do Estado Mínimo e do mercado como regulador das ações de saúde, propagada internacionalmente pela onda neoliberal e que alguns atores tentaram equivocadamente atribuir à iniciativa. Ao definir a saúde pública como o esforço organizado da sociedade, principalmente por suas instituições de caráter público, para promover, melhorar, proteger e restaurar a saúde das populações através de ações de natureza coletiva, as definições e medições das Fesp ampliam e atualizam a concepção tradicional da saúde pública formulada ainda nas primeiras décadas do século XX, impregnada por um forte viés higienista.

A avaliação das funções pode qualificar a organização e o comportamento dos atores que participam do setor e, assim, melhorar as condições para o desenvolvimento do SUS no Brasil, especialmente em relação à esfera estadual de gestão da saúde. Nessa perspectiva, a adaptação das definições e do instrumento de medição à realidade do sistema de saúde brasileiro mostrou-se necessária e viável.

Apesar de as definições e as medições das Fesp produzidas pela Opas trabalharem com um conceito de saúde pública mais abrangente, como citado anteriormente, em muitas das definições, ele ainda era aplicado em sua concepção mais restrita, o que nos obrigou, no processo de adaptação, a “traduzi-lo”. Além disso, foi feita

a adaptação à realidade legal e institucional brasileira: incorporaram-se o conceito de saúde como direito de cidadania garantido constitucionalmente pelo Estado Brasileiro e os princípios do SUS, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a democratização, o controle social e a descentralização. Nesse sentido, a título de exemplo, foi substituído o conceito de "melhoria do acesso" por "garantia de acesso" e trabalhou-se sempre com os conceitos de "acesso universal e equitativo" e de "integralidade da atenção". Entretanto, foi mantida a definição da responsabilidade de melhorar as políticas de acesso dirigidas aos setores e aos grupos em desvantagem social, como, por exemplo, populações indígenas e população presidiária, para preservar o princípio da equidade.

A adaptação redefiniu alguns aspectos das Fesp e até uma função completa, a de número onze, referente à redução de impacto de desastres, considerada como pouco adequada à realidade brasileira. Ela foi substituída por uma nova função, destinada a medir as capacidades, a infra-estrutura e os resultados obtidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde para organizar/reorganizar o modelo de atenção à saúde. Na nova função, procurou-se enfatizar as atribuições e as responsabilidades da Autoridade Sanitária Estadual na formulação de políticas, no planejamento e na organização e gestão da rede regionalizada de sistemas e serviços de saúde, observando-se a adequação aos princípios e diretrizes do SUS.

Ainda nessa direção, a adaptação enfatiza a responsabilidade da Autoridade Sanitária Estadual nos aspectos referentes à política, ao planejamento e à cooperação técnico-financeira com os municípios para a implantação, a gestão e a qualificação das atividades e dos serviços de atenção primária à saúde enquanto prática sanitária que favorece a interface das ações de vigilância e de cuidado às pessoas.

Outra mudança significativa foi a ampliação da concepção de vigilância de saúde pública, muito focada na vigilância epidemiológica, para uma concepção mais abrangente de vigilância, incorporando as políticas, o planejamento e a gestão da vigilância sanitária, da vigilância ambiental e da saúde do trabalhador, conforme estabelecido na Constituição e na Lei 8.080/90.

Uma outra definição modificada substancialmente foi a referente à participação social na saúde com o objetivo de avaliar as atribuições e as responsabilidades da gestão estadual no fortalecimento e na autonomia das instâncias de controle social, entre elas, os Conselhos e as Conferências Estaduais de Saúde, bem como no desenvolvimento de mecanismos de democratização da participação da coletividade e do cidadão como sujeito ativo nas decisões da saúde.

De modo geral, pode-se afirmar que todas as funções essenciais sofreram algum tipo de adequação no processo de adaptação.

A previsão é terminar o processo de adaptação até abril de 2005, para, então, iniciarmos o processo de validação do instrumento e da metodologia, previsto para maio, com apoio de especialistas dos serviços e da academia.

O projeto prevê, ainda, a realização de um teste piloto, em uma SES, em junho/julho, para, a partir de então, procederem-se aos seminários e às oficinas de capacitação dos responsáveis e multiplicadores da medição nos estados. A previsão é poder realizar as medições nas SES voluntárias a partir de setembro do ano em curso.

Importante ressaltar que a aplicação da metodologia e dos instrumentos de medição das Fesp acontecerá de acordo com a adesão das Secretarias Estaduais de Saúde.

Ao longo do processo de adequação e aplicação da metodologia e dos instrumentos de medição, serão adotados mecanismos permanentes e dinâmicos de informação às equipes estaduais, através de informes regulares nas Assembléias dos Secretários e nas Câmaras Técnicas ou dos meios de comunicação em uso pelo CONASS (CONSENSUS, CONASS INFORMA e outros).

Pretende-se, ao final do processo, elaborar e publicar um relatório geral e analítico que contenha, além do desempenho geral de cada função, o registro de todo o processo de adaptação e aplicação da medição. A publicação de relatórios específicos dos resultados da medição no âmbito de cada estado será considerada como decisão e iniciativa das próprias Secretarias Estaduais de Saúde.

Finalmente, é necessário destacar que essa proposta de fortalecimento do desempenho das Fesp no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde está inserida em um contexto amplo de fortalecimento das responsabilidades dos gestores estaduais, fazendo parte de um conjunto de estratégias do CONASS, em que se busca o fortalecimento das relações de parceria com os demais níveis de gestão do SUS e com organismos de apoio, como a Opas, para a construção de novos modelos de cooperação técnica que resultem efetivamente no aperfeiçoamento do processo de gestão do Sistema Único de Saúde com resultados favoráveis no atendimento das necessidades de saúde da população brasileira.

Experiência Colombiana

Nohora Arias

Secretária de Saúde Departamental do Valle Del Cauca

A experiência que será apresentada refere-se à metodologia que foi aplicada para medir as Funções Essenciais da Saúde no nível sub-nacional na Colômbia. A apresentação será dividida em quatro etapas: contextualização, o processo em si mesmo, resultados gerais e resultados auferidos pelo governo estadual.

A metodologia da pesquisa foi aplicada no Vale do Cauca. No marco do sistema de saúde colombiano, cabem ao estado quatro competências importantes. A primeira corresponde ao sistema interterritorial, já que somos a Autoridade Sanitária e temos a

incumbência de articular o trabalho dos diversos atores e prestadores dos serviços de saúde. A segunda refere-se ao monitoramento e controle dos gestores da saúde, seja da direção municipal de saúde ou dos prestadores de serviços. As empresas gestoras dos serviços são monitoradas por uma superintendência, visando à qualidade e ao acesso da população à saúde pública. Nesse sentido, serviços de saúde são comprados dos hospitais públicos e privados para serem oferecidos às pessoas que não possuem assistência de saúde.

O Vale do Cauca localiza-se na costa pacífica e possui uma população estimada em 4.500.000 habitantes. A região é composta por 42 municípios. O orçamento do estado gira em torno de 1 bilhão de pesos, dos quais 18% destinam-se à saúde. Alguns municípios recebem recursos da Nação e outros, do estado. Uma parte dos investimentos da saúde provém das pessoas que estão em regime contributivo e outra, do lucro das loterias. Em relação a esses contribuintes, não é possível quantificá-los, tampouco precisar o número das contribuições. Por outro lado, dados apontam que 31% da população encontra-se desassistida pelo sistema de saúde. Há, ainda, outros fatores no estado que se tornam complicadores no atendimento da população. A região convive com grupos armados e o narcotráfico, o que impede o acesso da população rural aos serviços de saúde pública.

Quanto aos equipamentos de saúde, o estado conta com 56 instituições sociais, distribuídas entre centros de saúde, hospitais e clínicas particulares, que oferecem serviços diferenciados à população. Cada município possui um hospital público. Vale destacar que, na região do Pacífico, dadas as condições geográficas, há uma propensão para doenças e problemas de saúde como malária, tuberculose, mortalidade infantil e materna, dentre outros. No estado, são altos os índices de violência, e as estatísticas apontam como principais causas *mortis*: homicídios, suicídios entre jovens, doenças cardiovasculares e acidentes de trânsito.

O processo de medição das Fesp surgiu no final de 2003, mediante acordo de cooperação entre o governo local, o estado, a universidade e outros organismos. A metodologia foi construída em diferentes etapas. Na fase inicial, aconteceram reuniões preparatórias em que foi abordada a discussão conceitual e estabelecemos um diálogo com diferentes atores envolvidos na pesquisa. Os objetivos dessa etapa foram orientar o grupo, definir os critérios de participação e lograr o apoio técnico e logístico.

Posteriormente, foi apresentado ao novo governo os resultados da metodologia aplicada aos serviços essenciais, com o fim de articular a participação dos diferentes atores na avaliação dos resultados, visando a uma conscientização e a uma aliança em torno dos serviços essenciais. Dentre os objetivos propostos, estava difundir a temática e descortinar a realidade dos hospitais públicos.

Na metodologia do instrumento, foi realizada a medição e uma submedição dos indicadores em quatro regiões, onde foram obtidos diferentes resultados. Quanto ao Vale do Cauca, constatamos que, no quesito monitoramento e análise, está abaixo dos índices do país, e que não obteve avanços significativos na saúde pública. Em nível local, o apoio das entidades foi frágil bem como a participação dos cidadãos nos serviços de saúde. Em relação ao fortalecimento da capacidade institucional na saúde pública, percebemos estar abaixo da média.

As mudanças ocorridas no país, em 2001, provocaram alterações nas normativas na saúde. Isso alterou as ações estaduais, a fim de acompanhar as diretrizes propostas. A pesquisa apontou, ainda, que o país carece de investimentos em recursos humanos para atuar nos serviços de saúde. Nesse sentido, tratamos de estabelecer parceria com as universidades para suprir essa deficiência.

Um indicador bem avaliado no país foi o da redução dos desastres e emergências na saúde. Isso foi possível mediante a parceria e assessoria firmada entre a Secretaria de Governo e Saúde e outros atores como a Cruz Vermelha, os comitês locais, os hospitais e as instituições, a fim de reduzir os impactos quando tais desastres ocorrem.

Em relação à capacidade institucional e gestão, foi firmado convênio com a Opas, permitindo, assim, um fortalecimento institucional e uma redefinição nas políticas estatais. Quanto à solidariedade e à justiça social, estamos tratando de efetivá-las por meio dos serviços sociais. Como estratégia, buscamos a implementação da descentralização, o bem-estar social com equidade, o desenvolvimento econômico com emprego e a gestão territorial com desenvolvimento.

Debatedoras

Patrícia Ribeiro

Escola de Governo Escola Nacional de Saúde Pública – Ensp / Fiocruz

Agradecendo o convite para participar da mesa, faz considerações sobre a trajetória de sua geração, cuja formação profissional em saúde pública se deu no auge de dois processos marcantes no Brasil: a (re)democratização e a reforma sanitária, ambos ocorridos nos anos 80. Isso permitiu a essa geração uma formação muito sólida e muito crítica em relação ao objeto de trabalho da saúde pública. Ressalta, ainda, que essa geração, desde os anos 90, compõe a gestão do sistema e trabalha na rede de serviços, ajudando na condução das políticas de saúde pós-Constituição de 1988 - sempre transitando entre a academia e o sistema de saúde.

Situa o seu "lugar institucional", como pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública (FIOCRUZ), que desenvolve projetos no âmbito da "Escola de Governo", uma estratégia institucional que busca interação mais forte com as instâncias gestoras do SUS, procurando dar respostas mais rápidas às necessidades de aperfeiçoamento do sistema de saúde.

Menciona, inicialmente, a qualidade das reflexões e das experiências apresentadas e a capacidade crítica dos atores presentes neste encontro.

Destaca, também, que, mesmo com a complexidade e a diversidade dos temas que compõem esse campo de conhecimento, os anos recentes e os processos de descentralização têm trazido novas questões ao cenário – as *Funções Essenciais de Saúde Pública* constituem um esforço importante de atualizar essas questões.

O que deve ser tomado, afinal de contas, como a "essência" da saúde pública? De modo geral, quando se fala de saúde, o que vem à tona são expressões da vida, relacionadas à felicidade de se estar saudável ou, ao contrário, à dor e ao sofrimento de se estar doente. Falando a partir de uma experiência pessoal, considera que, para quem adocece, a importância da saúde pública se faz muito clara, seja no que diz respeito à promoção da saúde, ao acolhimento, à agilidade nos diagnósticos e nas terapêuticas, às repercussões do processo de enfermidade na qualidade de vida da pessoa, à garantia de acompanhamento de seu caso, entre outras tantas. Não seria isso a verdadeira "essência" das ações de saúde? Não seriam esses cuidados o que toda pessoa que necessita dos serviços de saúde almejava obter? Não seria essencial que qualquer pessoa que passe por situações de doença ou de risco de doença/morte pudesse ter assegurado o trajeto necessário no sistema de saúde para a resolução/amenização dos seus problemas? Esse talvez fosse um ponto a ser aprofundado na presente discussão.

Nesse sentido, a discussão das Fesp não deve deixar de contribuir para a consolidação dos princípios que representam conquistas sociais históricas do setor saúde, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a democratização. Princípios essenciais que não podem ser relativizados em nenhuma circunstância.

Algumas experiências brasileiras relativas ao presente tema podem ser lembradas. Elas representam um bom exemplo, ademais, de iniciativas governamentais que valorizaram a interface produtiva entre a academia e os serviços de saúde.

Tal é o caso do projeto VIGISUS, orientado para a estruturação do sistema nacional de vigilância em saúde, dentro do qual, no estado do Rio de Janeiro, foi possível organizar oficinas de trabalho com ampla participação das equipes de saúde locais, nas quais se construíram definições aprofundadas dos problemas que afetavam a população e a prática dos serviços, devidamente moduladas e detalhadas com base nas vivências e nas especificidades locais e regionais.

Outro exemplo foi um projeto conduzido no âmbito da Escola de Governo (ENSP/ FIOCRUZ), em 2003, em parceria com o Ministério da Saúde (Subsecretaria de Planejamento e Orçamento da Secretaria Executiva e Secretaria de Gestão Participativa) e com a Opas – o Projeto Saúde 2004 - no qual foi realizada uma ampla ausculta a diversos atores sociais de todas as regiões do país, entre eles, movimentos sociais em saúde, dirigentes de serviços de saúde de referência regional, Ministério Público, organizações não-governamentais ligadas ao campo da saúde, Tribunais de Contas e parlamentares. Através das atividades do projeto, que visavam subsidiar o processo de elaboração do Plano Nacional de Saúde e a fase preparatória da 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi possível enunciar um extenso inventário, regionalizado, de problemas e respectivas soluções dentro do setor saúde, demonstrando enorme acuidade e capacidade formuladora dos atores auscultados.

Em conclusão, afirma que a iniciativa das Fesp pode representar uma importante contribuição para a qualificação das funções governamentais, apontando como desafios fundamentais do processo: a captação da diversidade; o respeito à heterogeneidade; a criação de novos modos de ação; a avaliação do já feito; e a reinvenção de processos conhecidos e estabelecidos. Pondera que não é ocioso dizer que os níveis subnacionais de governo têm um papel fundamental nesses aspectos.

Carmen Teixeira

Instituto de Saúde Coletiva – ISC / Universidade Federal da Bahia – UFBA

Apresentarei um olhar que não é externo ou “acadêmico” ao objeto em pauta, já que fiz parte do grupo do CONASS que elaborou a proposta de revisão das Fesp, visando a sua implementação junto aos gestores estaduais brasileiros.

Algumas questões são colocadas para análise. Primeiro: Podem-se superar os preconceitos em relação às Fesp? Sem dúvida, pois existe uma certa tradição brasileira de realizar esse tipo de adaptação à realidade. O que deve ser indagado é se isso seria pertinente do ponto de vista político. A resposta, na minha opinião, é de que é pertinente, sim. Apesar de tantas diferenças e da heterogeneidade de situações entre os diversos países das Américas – e o caso da Colômbia foi bem ilustrativo a esse respeito – trata-se de um processo que valeu e valerá a pena ser trabalhado. No caso brasileiro, acredito ser importante construir uma imagem-objetivo mais nítida do sistema de saúde, em busca daquele “SUS federativo” de que fala Eugênio Vilaça.

A chamada “crise” das Secretarias Estaduais de Saúde é outro ponto em que interessa tocar. Ela existe, de fato, mas é uma crise de capacidade de governo e não meramente uma crise de “identidade”, como acreditam alguns. A iniciativa das Fesp, por certo, poderá contribuir para adequar o perfil das SES, em busca da tal capacidade perdida ou não adquirida. Com a presente iniciativa, acredito que o CONASS muda seu paradigma de atuação e se qualifica enormemente como interlocutor dos estados.

Outro ponto que destaco é a riqueza do processo de adaptação das Fesp, tal como vivenciado no CONASS. Ele permitiu ao grupo aprofundar, de forma crítica, questões conceituais e metodológicas importantes sobre as práticas de saúde pública. Nesse aspecto, seria correto destacar as importantes contribuições de dois consultores da Opas que participaram do processo: Carlyle Guerra e Feo.

As Fesp trazem implicações evidentes na gestão da saúde, mas o nível de dissenso ocorrido mesmo entre o grupo que participou da adaptação das mesmas mostra bem a necessidade de aprofundamento epistemológico, um vasto caminho que ainda resta percorrer.

Como ganho especial do processo de adaptação, cito a substituição do conteúdo original da f11 (“desastres”) para um tema muito mais pertinente à realidade do país, qual seja, o desempenho das SES na construção de novos modelos assistenciais. Esta, a seu ver, constitui uma verdadeira “função síntese”. E sobre ela, sem dúvida, foi feita uma discussão apoiada em dados e experiências concretos, despertando, inclusive, o relevante tema da inserção de uma “inteligência epidemiológica” no âmbito dos serviços de saúde.

A questão do modelo assistencial se desdobra em três campos: regulamentação, desenvolvimento gerencial e participação. O processo de discussão interna foi muito rico em aprofundar e detalhar tais componentes, envolvendo discussões que alcançaram os temas da humanização dos serviços, do uso de tecnologias e da informação, entre outros.

O processo também levantou questões interessantes sobre o tema da capacitação. Nisso, aliás, podem ser previstos desdobramentos importantes sobre a condução das práticas vigentes atualmente.

Sobre a pertinência e a oportunidade da aplicação das Fesp ainda no corrente ano de 2005, considero que, apesar das dificuldades (ano pré-eleitoral, por exemplo), vale a pena tentar. Afinal, é preciso superar um certo amadorismo que ronda as práticas de gestão. Além disso, cabe fomentar e valorizar uma cultura de avaliação nos serviços de saúde brasileiros.

MESA 5**As Redes de Serviços
e a Atenção Primária:
O Papel das Esferas
Supramunicipais****Coordenadora:**

Heloíza Machado de Souza

Expositores:

Bárbara Starfield

Roch Martel

Giovani Peña

Jurandi Frutuoso Silva

Afra Suassuna

Debatedores:

Hernan Montenegro

Célia Almeida

A Atenção Primária e os Sistemas de Saúde

Bárbara Starfield

Jonhs Hopkins Bloomberg School of Public Health

Este assunto é muito importante não apenas para o Brasil, ou para a América Latina, mas para todos os países do mundo, e é preciso ressaltar os esforços que estão sendo realizados no Brasil para a expansão dos serviços de Atenção Primária.

Abordar como a Atenção Primária pode contribuir para a equidade em saúde será o tema desta apresentação. Sem dúvida, a Atenção Primária apresenta significativo impacto sobre a saúde da população, mas é preciso discutir os desafios que envolvem essa questão.

Como todos sabem, a sobrevivência infantil melhora à medida que aumenta a renda e existem diferenças muito grandes entre os países. Por outro lado, também é preciso pensar as políticas de saúde e como isso afeta o desenvolvimento das crianças.

Foi realizado um estudo, em 1995, em 177 países com mais de 100.000 habitantes, com crianças que sobreviveram até os 5 anos de idade por 1.000 nascidos vivos. É claro que a sobrevivência melhora de acordo com a renda *per capita*, mas são impressionantes as diferenças encontradas entre os países, por exemplo, entre Cuba e outros que apresentam uma renda similar.

É claro, também, que atualmente são necessários novos modelos para o provimento de serviços baseados em novos conhecimentos, pois é preciso considerar que não existem causas únicas para doenças. Todas as causas são contribuições ou influências. Além disso, nem todos os serviços são benéficos ou justificáveis e alguns até provocam malefícios.

Os perigos existem e podem atingir diferentes grupos populacionais, por isso a saúde deve ser organizada a partir do princípio da solidariedade.

As principais estratégias para a abordagem dos novos desafios exigem a discussão da integração por equipes e sistemas de informação dentro das equipes de Atenção Primária, entre Atenção Primária e atenção especializada e entre Atenção Primária e outros setores da sociedade.

Essas estratégias exigem planejamento nos níveis regionais para alocação apropriada de recursos, de forma a contemplar as necessidades de saúde da população, garantir que os recursos sejam distribuídos equitativamente, de acordo com as necessidades relativas de diferentes subgrupos populacionais, provisão de acesso (transporte, comunicação) aos centros regionais de atenção especializada; e monitoramento das mudanças em saúde, constantemente, para garantir que as intervenções sejam efetivas e não provoquem qualquer prejuízo.

Uma importante questão merece ser discutida: Qual é o papel da Atenção Primária nos sistemas de saúde?

A Atenção Primária é a provisão do primeiro contato, da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades relativas à saúde, referindo-se somente àqueles casos muito incomuns para os quais o nível de competência e a coordenação dos cuidados sejam mantidos quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.

Atenção Primária, como estratégia, demanda o compromisso dos governos para o desenvolvimento de um conjunto de ações básicas orientadas para a população, inserido no contexto de outros níveis e tipos de ações.

Considerando que, para avaliar, é preciso abordar resultados, é necessário responder à pergunta: Por que a Atenção Primária é importante? A resposta é: Porque existem evidências dos benefícios dos sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária, ou seja, os mesmos apresentam melhores resultados, custos menores e maior equidade em saúde.

Num recente estudo comparativo realizado entre 1970 e 2000 sobre a predominância de Atenção Primária e a mortalidade prematura em 18 países da OCDE, pode-se ver claramente ao longo do tempo, que países com pouca Atenção Primária têm maior número de anos de vida perdidos.

Os países com sistemas de saúde orientados pela Atenção Primária também apresentam menor número de crianças com baixo peso ao nascer, mortalidade infantil mais baixa, especialmente a pós-neonatal, menor número de anos de vida perdidos por suicídio, menor número de anos de vida perdidos atribuídos a todas as causas, com exceção de causas externas, e maior expectativa de vida em todas as idades, com exceção da maior ou igual a 80 anos.

Um estudo do resultado da Atenção Primária *versus* gastos com assistência à saúde, realizado em 1997, com 13 países, entre eles, França, Estados Unidos, Alemanha e Japão, demonstra que quanto maior for o atendimento primário, menor é o gasto *per capita* com assistência.

Em geral, os países que apresentam melhores níveis de saúde são orientados pela Atenção Primária e apresentam distribuição mais eqüitativa de recursos. Além disso, têm serviços ou seguros de saúde providos pelo governo, pouco ou nenhum seguro privado de saúde e pouco ou nenhum co-pagamento por serviços de saúde.

A Atenção Primária mostra-se tão importante dentro dos países quanto entre eles, o que pode ser comprovado em análise no nível dos estados relacionando Atenção Primária e expectativa de vida.

Tanto na Inglaterra quanto nos EUA, cada médico adicional em Atenção Primária por 10.000 habitantes (12% - 20% de aumento) é associado a uma redução na mortalidade (3% - 10%), dependendo da causa de óbito. Isso permanece verdadeiro mesmo depois do ajuste por características sociodemográficas e socioeconômicas.

Um estudo do acompanhamento dos gastos com assistência e mortalidade, realizado por cinco anos nos Estados Unidos, entre 1987 e 1992, com adultos (25 anos ou mais), com generalistas (atenção primária) em oposição a especialistas, como médico pessoal, demonstra que aqueles que foram atendidos por generalistas tiveram seus custos de cuidados com saúde 33% mais baixos e reduziram sua probabilidade de morrer em 19% (após controle por idade, gênero, renda, seguro, tabagismo, condição de saúde percebida e 11 importantes problemas de saúde).

Muitos outros estudos realizados em países industrializados e em desenvolvimento mostram que as áreas com melhor Atenção Primária alcançam melhores resultados em saúde, incluindo taxas de mortalidade globais e infantil, doenças cardíacas e detecção precoce de neoplasias, tais como câncer colo-retal, de seio, cervical, uterino e melanoma. O oposto acontece nos casos de maior disponibilidade de médicos especialistas, associados a piores resultados.

No Brasil, podemos exemplificar essa questão com dois estudos realizados. Um sobre os resultados da Atenção Primária e auto-avaliação de saúde, realizado nos Centros de Saúde de Petrópolis, estado do Rio de Janeiro, em 2004. Outro é o estudo da mortalidade neonatal em Pelotas, Rio Grande do Sul, entre 1982 e 2004, que apresenta os seguintes resultados: a mortalidade neonatal permanece estável na década de 90; a mortalidade específica por peso ao nascer declinou em 50%; os nascimentos prematuros aumentaram de 6,3% em 1982 para 16,2% em 2000; neste mesmo ano, a ultrasonografia foi realizada em 97% de todas as gestações; a taxa de partos induzidos aumentou de 6,3% para 45% e os partos por cesariana aumentaram de 28% para 43% do total de partos.

Quanto ao suprimento de médicos especialistas *versus* generalistas, ou seja, da Atenção Primária, quanto maior a taxa de médicos especialistas em relação à população, maior a taxa de cirurgias, quantitativo de procedimentos e gastos. Quanto maior o nível de gasto em áreas geográficas, mais as pessoas recorrem a especialistas em detrimento de generalistas. A qualidade da atenção, tanto para tratamento de doenças quanto para cuidados preventivos, não é melhor nos locais com custos altos, sendo, na maioria dos casos, pior.

A referência inapropriada a especialistas leva a uma maior frequência de exames e mais resultados falso positivos do que a referência adequada. As pessoas socialmente privilegiadas têm maior taxa de consultas com especialistas e, embora um maior suprimento de médicos na Atenção Primária esteja associado a uma melhor saúde nas populações, um maior número de especialistas não está, em geral, relacionado a melhores resultados. Uma importante função da Atenção Primária é garantir que o cuidado especializado seja mais apropriado e, portanto, mais efetivo.

A Atenção Primária reduz a iniquidade em saúde? Essa questão é muito importante.

Eqüidade em saúde é a ausência de diferenças sistemáticas e potencialmente remediáveis em um ou mais aspectos das condições de saúde observadas em grupos populacionais definidos geográfica, demográfica ou socialmente.

Em análises realizadas no nível do estado, orientadas por variáveis demográficas e socioeconômicas, um aumento de 20% na oferta de médicos generalistas (Atenção Primária) – um por 10.000 habitantes - está associado à redução de 3,3% na taxa de mortalidade ajustada por idade na população afro-americana e em 2% na taxa de mortalidade ajustada por idade na população branca. Ou seja, uma maior quantidade de recursos humanos na Atenção Primária mostra-se ainda mais benéfica para as populações desprivilegiadas (afro-americana) do que para as populações majoritárias (branca).

Em sete países africanos, 1/5 da população de maior renda recebe acima de duas vezes mais benefícios financeiros do gasto governamental total em saúde (30% *versus* 12%). Para a Atenção Primária, a razão de benefícios entre pobres e ricos é muito mais baixa (23% *versus* 15%).

Um estudo sobre o impacto da abordagem orientada para a Atenção Primária na Bolívia, no início da década de 90, demonstra que populações das áreas reformadas apresentaram melhores resultados em relação à vacinação completa e ao monitoramento do crescimento e mortalidade específica por idade quando comparados aos mesmos indicadores apresentados pelo país.

Outro estudo realizado em 1995 demonstra a proporção de gasto público em saúde entre países com produto interno bruto (PIB) *per capita* similar, mas com taxas de sobrevivência na infância, até os 5 anos, muito distintas. No mesmo, considerando a proporção de gastos governamentais em saúde para os 20% mais pobres *versus* os 20% mais ricos da população, países como Sri Lanka, Malásia, Costa Rica, Jamaica, Nicarágua e Egito apresentam alta sobrevivência e países como Costa do Marfim, África do Sul, Equador e Índia apresentam baixa sobrevivência.

Diante dessas evidências, é possível afirmar que, na perspectiva da eqüidade, a Atenção Primária representa claramente um passo na direção correta.

Virchow afirmou que medicina é uma ciência social e política, é medicina em larga escala. Em conjunto com a melhoria das condições sociais e ambientais resultantes de políticas sociais e de saúde pública, a Atenção Primária é um importante aspecto de políticas que visam efetividade, eficácia e eqüidade em serviços de saúde.

Não há dúvida de que fatores socioeconômicos influenciam a saúde e serviços de saúde também exercem uma influência altamente relevante, na medida em que seu efeito é claro e relativamente rápido, particularmente no que concerne à prevenção do progresso de doenças e das seqüelas de traumatismos, em especial nas faixas etárias mais baixas.

Com o propósito de seguir adiante com a reorientação da assistência primária e da Atenção Primária à saúde, é importante sabermos o que é Atenção Primária e o que

ela faz para melhorar a saúde da população a custos mais baixos e também sabermos que é possível mensurar, avaliar e monitorar ambas, a Atenção Primária (políticas e programas) e a assistência primária.

Políticas são desenvolvidas nos níveis nacional e regional. Políticas tornam possível o desenvolvimento e a implementação da Atenção Primária no nível local e asseguram relações melhores entre Atenção Primária e assistência especializada e o uso mais efetivo de serviços de referência no nível regional.

A Coordenação na Rede de CLSC no Quebec

Roch Martel

Agência Outaouais - Quebec

Apresentarei, de uma forma sucinta, o papel da Atenção Básica e da rede Centros Locais de Serviços Comunitários – CLSC e como se deu a sua evolução para a criação dos Centros de Saúde e de Serviços Sociais – CSSS. Ambos são conhecidos como serviços de primeira linha no Quebec.

Essas instâncias de serviços da saúde agrupam missões que estão atreladas entre si, cobrem os municípios, visando atender à Atenção Básica de saúde da população, de forma preventiva, curativa ou de reabilitação. Em suma, a missão desses serviços é fazer chegar o atendimento à população, independente da base territorial.

No fim dos anos 60 e 70, o Quebec sofreu uma transformação efetiva no sistema de saúde. A passagem das unidades sanitárias para o CLSC permitiu uma mudança integrada no atendimento dos serviços sociais, seja no plano territorial, regional ou ministerial. Essa mudança modernizou e integrou os serviços básicos de atendimento dos médicos, enfermeiros e dos serviços psicossociais. Os serviços de saúde interagem com diversos atores, entre eles: clínicas particulares, organismos comunitários, centros de hospedagem e centro hospitalar especializado. O serviço de atenção é público e, em alguns casos, opera de forma privada, porém sem cobrar do paciente. Neste caso, os médicos privados recebem pagamento do Estado e não do paciente.

Detectamos algumas lacunas nos serviços de Atenção Básica, principalmente nos serviços especializados, as quais denominamos de zonas cinza. São chamados de serviços gerais e estão alocados numa segunda linha de trabalho. Isso causa problemas, porque os custos aumentam. Dessa maneira, acentuam-se as disparidades na oferta de serviços nos diferentes CLSC por falta de uma padronização. O atendimento da população jovem, por exemplo, é um serviço especializado. No entanto, existe a necessidade de uma abordagem mais integrada nas ações, a fim de assegurar o acesso a toda a população, inclusive a idosa, já que há um envelhecimento crescente na Nação.

Em outubro de 2003, foi inaugurada uma nova etapa no atendimento, a partir da criação da rede local de serviços. Essa ação foi criada por um conjunto de organismos e instâncias e tem por objetivo prestar atendimento integrado e de qualidade à população, independente da condição financeira e da localização territorial. A rede local de serviços é coordenada pelo Centro de Saúde e Serviços Sociais – CSSS.

Avanços foram obtidos no sistema de atendimento, pois os serviços passam a ser integrados, em rede, atendendo uma programação multidisciplinar. A criação dos Centros de Saúde e Serviços Sociais levou-nos a fundar estabelecimentos que são a porta de entrada para os serviços de Atenção Primária, como as clínicas privadas. Isso cobre o conjunto territorial de Quebec. Existem centros comunitários hospitalares para idosos, centros de assistência social e as redes universitárias integradas e de reabilitação para necessidades especiais. Dessa maneira, é assegurada, com responsabilidade, a continuidade dos serviços.

Assim, as metas são: o acesso aos serviços básicos, a continuidade dos serviços, a manutenção da qualidade dos serviços prestados e a manutenção das parcerias.

Os serviços de Atenção Básica no âmbito do CSS atendem um leque de demanda da saúde e dos serviços sociais, a fim de responder às necessidades gerais ou específicas da população. Esses serviços são de natureza preventiva e curativa e se apoiam em diferentes técnicas de intervenção, com o devido suporte logístico. O sucesso do trabalho está na abordagem e na identificação da população, respeitando as especificidades culturais, territoriais e familiares.

Na medicina rural, existem médicos de diferentes especialidades que trabalham articulados para avançarmos nessas regiões, visando ao acesso aos serviços e à permanência das pessoas no território. Estão sendo adaptados os pilares de ação para os diversos níveis da população. A partir do momento em que existir um plano de ação mais eficiente, mais recursos poderão ser alocados. Estamos num processo de implantação das redes locais de saúde, visando aprimorar os serviços para que se tornem confiáveis para a população. É útil e pertinente engajar atores e gestores de diferentes países, a fim de partilharmos experiências, visando garantir a universalidade dos serviços de saúde.

Misión Barrio Adentro: a experiência venezuelana de Medicina de Família

Giovani Peña

Direção Regional de Saúde do Estado de Aragua

A *Misión Barrio Adentro* nasceu a partir de uma tragédia em Vargas, depois de a cidade ter sido castigada por fortes chuvas. Os hospitais e o Sistema de Saúde não estavam preparados para atender à população vítima da tragédia. Na ocasião, o socorro foi realizado com a colaboração dos médicos cubanos e, a partir dessa abordagem, percebemos que a saúde do país estava caótica. O primeiro passo dado foi identificar as necessidades da população e, a partir desse levantamento, implementamos um modelo de gestão pública que viesse responder às necessidades sociais da população, priorizando a organização e a participação comunitária.

Dessa maneira, percebeu-se que a Atenção Primária da saúde era um dos meios de colocar a saúde ao alcance de todos, seja das famílias, dos indivíduos ou da comunidade. Essa rede de Atenção Primária de Saúde é dotada de capacidade resolutive e visa responder às necessidades sociais, interagindo com outras redes de proteção social. O dinheiro da *Misión Barrio Adentro* é proveniente de um produto que sempre esteve presente no país, o petróleo. Para implementar o projeto, foi necessário derrubar velhos paradigmas, a fim de responder às demandas sociais da população no território. Este foi o objetivo da *Misión Barrio Adentro* : garantir o acesso gratuito dos serviços de saúde à população, sem privilégios, pois a saúde é um direito individual e coletivo.

A saúde deve ser entendida como produto social que incorpora as intervenções formais e informais, tanto na família como nos grupos sociais. A saúde precisa ter uma avaliação contínua por meio da prevenção e da educação ambiental; esse é um princípio. A *Misión Barrio Adentro* diagnosticou a qualidade dos serviços de saúde na Venezuela. Descobriu-se que somos 23 milhões de habitantes e que 65% da população estavam excluídos dos direitos sociais, inclusive do acesso ao sistema de saúde. Percebemos que, com essas mudanças no atendimento, é possível criar um modelo de justiça social que valorize e respeite a vida. A *Misión Barrio Adentro* trouxe-nos um novo sentido de pertencimento do espaço social, de participação comunitária e de solidariedade.

A *Misión Barrio Adentro*, além de contribuir para melhorar a qualidade de saúde e de vida da população, visa atender os seguintes princípios: equidade, universalidade, acessibilidade, gratuidade, participação e justiça social, dentre outros. A *Misión Barrio Adentro* representa um marco tanto na Atenção Primária da Saúde quanto na resolução de 80% dos problemas básicos de saúde da população no local de origem. Os problemas são tratados de maneira interdisciplinar, numa perspectiva integral de saúde, articulada

com as redes e programas gestados pelo governo nacional. A porta de entrada do atendimento são os consultórios populares, articulados com a rede ambulatorial e os hospitais. Atualmente, existem sete mil comitês de saúde em funcionamento e a maior conquista obtida foi a formação de oito mil médicos generalistas que atuam no combate às doenças.

A *Misión Barrio Adentro* é audaciosa na sua proposta de intervenção, e o seu modelo será exitoso quando for alcançado o atendimento integral à população, considerando algumas particularidades, como o gênero, os grupos étnicos, a classe social, entre outros. Por outro lado, os comitês de saúde devem promover um controle sanitário das doenças que afligem a população. Para que o nosso propósito se concretize, é preciso integrar os programas de saúde à *Misión Barrio Adentro* e aprovar as leis na área da saúde que permitam as mudanças. Atrelada a essas ações, faz-se necessária, também, a formatação das diretrizes de gestão do sistema público nacional de saúde.

O Programa Saúde da Família – PSF no Ceará

Jurandi Frutuoso Silva

Secretário de Estado da Saúde do Ceará

É importante ressaltar o esforço do Estado do Ceará para superar suas dificuldades em face do desafio de construir um Sistema de Saúde justo, equânime e igualitário.

O estado possui área de 146.348,3 km², densidade populacional de 50,7 habitantes/km² e 184 municípios, sendo que a capital, Fortaleza, possui 2.256.23 habitantes. As outras cidades mais populosas são Juazeiro do Norte, Maracanaú, Caucaia, Sobral e Crato.

Em 1986, o estado foi tomado pelo voto, sendo que, a partir de então, houve uma seqüência de cinco governos, o que permite a continuidade e a evolução das políticas públicas.

A experiência dos visitantes sanitários nasceu em Cipó dos Anjos, em 1987, e pode ser considerada o embrião do Programa Saúde da Família. O objetivo das ações desenvolvidas era o incentivo ao aleitamento materno, a utilização de soro caseiro, o incentivo à vacinação e a difusão de noções de higiene.

O Programa Saúde da Família está presente em 100% dos municípios cearenses, com cobertura de cerca de 50% da população, devendo ser ressaltada a baixa cobertura existente na capital, Fortaleza.

A partir de 2001, o Ministério da Saúde implantou as primeiras equipes de saúde bucal e, atualmente, existem, no estado, 179 equipes.

Na organização do Sistema de Saúde do estado, é fundamental a criação dos pólos regionais, considerando a existência de poucos recursos assistenciais, que necessitam ser otimizados. No estabelecimento da microrregião, é considerada a séria história de encaminhamentos para aquela localidade, a cultura da população na busca de serviços de saúde, a existência de vias de acesso etc.

A microrregião pode ser definida como o conjunto de municípios com forte sentimento de integração, que dependem um do outro e unem-se para resolver problemas comuns. No estado, foram definidas 21 microrregiões de saúde.

A macrorregião é formada por um conjunto de microrregiões, onde existem municípios-pólo (Fortaleza, Sobral, Cariri) que resolvem problemas mais complicados, como cirurgia cardíaca, transplantes, exames de tomografia, entre outros. Está em processo a criação de mais duas macros no estado, sendo uma em Quixadá, visando diminuir o encaminhamento de pacientes para a capital.

É preciso uma mudança cultural para superar a pouca valorização da Atenção Primária. O que é simples como o soro caseiro não é valorizado. No entanto, a Atenção Primária é a chave para a resolução de muitos problemas. As regiões que apresentam reduções significativas da mortalidade infantil são, normalmente, aquelas que investem na Atenção Básica, com o incremento do aleitamento materno, cobertura vacinal, reidratação oral e cuidados no pré-natal.

O Programa Saúde da Família (PSF) é muito mais do que um programa de saúde e avanços já podem ser apontados, como o compromisso com a pessoa, a família e a comunidade e não com uma parte do corpo (especializações), doença. O PSF busca compreender o contexto da doença, identificando as causas e estabelecendo vínculo com a comunidade, o que é favorável à ação transformadora e às mudanças de comportamentos. A cada contato com o usuário, a Equipe de Saúde da Família (ESF) tem uma oportunidade de prevenção e educação em saúde, gerando um contexto favorável à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida.

Alguns fatos devem ser destacados no PSF do Ceará, como a implantação do PROQUALI em 49 municípios, a implantação efetiva do prontuário familiar, o fato de 100% das equipes estarem atuando de acordo com o manual de normas operacionais de Atenção Primária, a previsão de concurso público estadual com base municipal para o PSF no segundo semestre de 2005, a existência de 41 Equipes de Saúde Bucal em 20 municípios, implantadas com incentivo do governo estadual, a realização da residência em saúde da família em 10 municípios; e a realização de um curso de qualificação técnica para Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

São desafios para a melhoria da qualidade da atenção prestada aos cidadãos cearenses: ampliar para 80% a cobertura da população assistida pelo PSF, atingir 100% dos municípios cearenses, assumindo o pacto da Atenção Básica, dotar a estrutura física

e prover equipamentos para 100% das ESF até 2010, capacitar 100% das ESF para trabalhar com metodologia da melhoria da qualidade / PROQUALI, desprecarizar os profissionais das ESF; e implantar residência em saúde da família para 100% das ESF.

É também desafio a ser enfrentado a migração nas Equipes de Saúde da Família, principalmente dos médicos entre um município e outro, comprometendo o estabelecimento de vínculo com a comunidade. Além disso, é preciso prover a Unidade Básica de Saúde (UBS) com infra-estrutura adequada e recursos materiais suficientes para o exercício da boa prática da medicina, garantir moradia, transporte e alimentação adequada para as ESF e superar as dificuldades para se estabelecerem ações produtivas resultantes de um trabalho em equipe.

Ainda como desafio podem ser apontadas as seguintes necessidades: romper com uma cultura centrada na consulta, no atendimento individual, na doença e na terapêutica medicamentosa, arraigada tanto na classe profissional quanto na comunidade; romper com as matrizes curriculares da maioria dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e auxiliar de enfermagem, ainda centradas na formação especializada e de cunho curativo; romper, ainda, com a representação profissional e comunitária de que o *status* dos profissionais de saúde se assegura em procedimentos de alta complexidade (cirurgias, cuidados em UTI, uso de tecnologias de última geração etc.).

Diante das dificuldades encontradas, não devemos desanimar, pois os desafios identificados, como a baixa remuneração, o difícil acesso à especialização em saúde da família e a demanda de problemas que estão além do alcance de resolução – problemas para referência secundária, são também comuns a outros países.

Alguns caminhos já estão apontados, como a realização de concurso nacional para o estado, porém levando-se em conta as especificidades municipais; o investimento na melhoria das condições de trabalho com recursos do Projeto de Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família no Brasil (Proesf); a redefinição da dinâmica do trabalho das ESF com base nas competências de cada categoria profissional envolvida; a realização de avaliação sistemática para que as causas dos problemas sejam melhor enfrentadas. Além disso, o Ceará elaborou a Metodologia de Melhoria da Qualidade em Atenção Primária à Saúde (MMQ) e a está implementando por meio das 21 Centrais de Regulação.

É preciso trabalhar a adesão da população, voltar a instigar e a mobilizar. Enfim, trabalhar com persistência, pois, para se tornar prioridade, tem de haver empenho político.

Saúde da Família: uma estratégia nacional para a Atenção Primária

Afra Suassuna

Diretora do Departamento de Atenção Básica – Ministério da Saúde / Brasil

O Programa Saúde da Família é uma estratégia nacional para a Atenção Básica. A Atenção Básica à Saúde compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação e constitui o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil.

A Ação Básica de Saúde, organizada pela estratégia Saúde da Família, possibilita a organização do Sistema Municipal de Saúde para contemplar os pontos essenciais de qualidade na Atenção Básica.

A Saúde da Família constitui uma estratégia para a organização e fortalecimento da Atenção Básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS. Visa ao fortalecimento da atenção por meio da ampliação do acesso, da qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção desse direito.

São princípios da estratégia de Saúde da Família: a adscrição de clientela, ou seja, a definição precisa do território de atuação; a territorialização ou o mapeamento da área, compreendendo um segmento populacional determinado; o diagnóstico da situação de saúde da população, realizado por via de cadastramento das famílias e dos indivíduos, gerando dados que possibilitem a análise da situação de saúde do território; o planejamento baseado na realidade local, que permite a programação das atividades segundo critérios de risco à saúde, priorizando a solução dos problemas.

São características do processo de trabalho: a interdisciplinaridade, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações; a vinculação, que significa a participação na dinâmica social das famílias assistidas e da própria comunidade; a competência cultural, ou seja, a valorização dos diversos saberes e práticas, na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança, com ética, compromisso e respeito.

Também são características do processo de trabalho: a integralidade, ou seja, a assistência integral, contínua e organizada, à população adscrita, com garantia de acesso a recursos complementares; a participação social, por via da participação da comunidade no planejamento, execução e avaliação das ações; a intersetorialidade, ou melhor, o trabalho intersetorial, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde; o fortalecimento da gestão local, através do apoio a estratégias nesse sentido.

Cerca de 80% dos problemas de saúde podem ser resolvidos na própria Equipe de Saúde da Família.

A equipe é composta pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista, auxiliar de consultório dentário e/ou técnico de higiene dental. Os três últimos profissionais citados passaram a fazer parte da equipe a partir de 2001, devido à incorporação das ações de saúde bucal no âmbito da Atenção Básica.

Visando à expansão e qualificação da Atenção, o Projeto de Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família no Brasil (Proesf) é dirigido aos municípios com mais de 100 mil habitantes, apoiando a ampliação da Saúde da Família e de serviços públicos de média complexidade ambulatorial. Esse programa é voltado para a educação permanente de recursos humanos, a realização de estudos de linha de base e projeto de avaliação para melhoria da qualidade e para o monitoramento e avaliação, com repasse de recursos fundo a fundo para as Secretarias de Saúde, voltados para o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Recentemente, foram implantados os Núcleos de Atenção Integral na Saúde da Família, tendo como objetivos qualificar e ampliar resolubilidade e integralidade da estratégia de Saúde da Família. Esses núcleos apresentam as seguintes modalidades: atividade física, saúde mental, reabilitação, alimentação e nutrição e serviço social. O município poderá implantar o núcleo com todas as suas modalidades ou implantá-las separadamente.

A qualificação da estratégia Saúde da Família tem como objetivo criar as bases para um sistema de melhoria contínua da qualidade e da promoção da cultura da avaliação no âmbito da Atenção Básica em Saúde. A qualificação da estratégia é fruto de parcerias com a Opas, a Unesco, o CONASS e o Conasems.

Também é preciso destacar a nova Política de Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica, que contempla medicamentos (hipertensão, diabetes, asma, anemias, hipovitaminose A, contraceptivos, reposição de nicotina, vacinas e tratamento das endemias) bem como insumos para a saúde bucal e o planejamento familiar. Houve, também, a revisão do PAB para a Assistência Farmacêutica Básica (R\$3,50). O valor orçamentário para 2005 é R\$281.000.000,00 e, para a compra centralizada, R\$681.000.000,00.

Chama a atenção o número de procedimentos que são realizados no âmbito da Atenção Básica no Brasil. A rede ambulatorial básica e hospitalar do SUS realizou, em 2004, 1 bilhão de procedimentos de Atenção Básica, sendo 251 milhões de exames laboratoriais, 8,1 milhões de exames de ultra-sonografia, 132,5 milhões de atendimentos de alta complexidade, 2,6 milhões de partos, 83 mil cirurgias cardíacas e 60 mil cirurgias oncológicas, sendo ainda responsável por 97% da oferta de hemodiálise.

Quanto ao financiamento da Atenção Básica, deve ser destacada a busca do financiamento equitativo em saúde, com a adoção de incentivos maiores do que os que

vinham sendo adotados anteriormente. Nesse contexto, deve ser citada a Portaria GM/MS nº 1.434, de 14/07/2004, que tem como objetivo ampliar o acesso à saúde de populações em situação de desigualdade social, por meio da Estratégia Saúde da Família, considerando as diversidades regionais e utilizando uma política de financiamento apoiada no princípio da equidade.

No bloco 1 da portaria, houve a revisão dos parâmetros de cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na zona rural dos municípios da Amazônia Legal, com a redução do número de pessoas acompanhadas por esse profissional. O número de pessoas acompanhadas passou de 400 para 280 (mínimo), de 575 para 300 (média) e de 750 para 320 (máximo). O número de agentes na região deverá aumentar. O impacto previsto é a contratação de 7.435 novos profissionais, com incremento de R\$1.784.400,00 mensais.

No bloco 2, foram contemplados municípios com as seguintes características: Índice de Desenvolvimento Humano – IDH menor ou igual a 0,7 e porte populacional menor ou igual a 50 mil habitantes (Amazônia Legal) e 30 mil habitantes (demais regiões).

O bloco 3 tem como alvo municípios incluídos no Programa de Interiorização dos Trabalhadores de Saúde (PITS) não selecionados pelos critérios do bloco 2. Houve o crescimento em 50% do valor dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal, transferidos mensalmente, pagos em correspondência à faixa de cobertura.

O bloco 4 considera a existência, no país, de várias áreas de assentamento rural, populações com dificuldades de acesso às políticas públicas, inclusive a saúde. A população-alvo é a remanescente de quilombos ou residente em assentamentos de municípios não selecionados pelos critérios dos blocos 2 e 3. A mudança proposta é de crescer em 50% o valor dos Incentivos Saúde da Família e Saúde Bucal pagos atualmente, em correspondência à faixa de cobertura, de acordo com o número máximo de equipes necessárias e implantadas para assistir a essas populações. Serão contemplados 385 municípios.

O Piso da Atenção Básica é composto pelo PAB – fixo, PAB – variável e PAB assentados (Portaria GM/MS nº 1.432, de 14/07/2004).

Os recursos totais destinados à Atenção Básica, de dezembro de 2002 a dezembro de 2004, tiveram um acréscimo de 40,62%, tendo o total *per capita* aumentado 37,26 (22,4% para 30,80).

Alguns indicadores apontam para a melhoria da qualidade de vida, a partir da organização da Atenção Básica, considerando o período de 1999/2003. Podem ser destacados o percentual de gestantes acompanhadas pelos ACS nas áreas cobertas pela Saúde da Família (52,4% para 68,2%), o percentual de gestantes com a vacina em dia (82,6% para 90,7%) e a captação das gestantes para a realização do pré-natal no primeiro trimestre (78,7% para 85,7%).

A prevalência de aleitamento materno exclusivo (57,4% para 67,2%) e a taxa de desnutrição infantil (10,1% para 4,9%) nas áreas cobertas pelo programa melhoraram sensivelmente no Brasil no período de 1999 a 2003. A taxa de mortalidade infantil nas áreas cobertas pelo programa, no mesmo período, teve um declínio de 40,8% para 29,5%.

A cobertura populacional do Saúde da Família de dezembro de 1998 a dezembro de 2004 aumentou de 6,6% para 39,7%.

Debatedores

Hernan Montenegro

Opas / Washington

Proponho uma reflexão sobre os condicionantes referentes aos conteúdos de APS e de rede de serviços nas reformas dos sistemas de saúde. Essa é uma discussão relevante e fortalecer e redefinir tais conceitos é algo que compõe a ordem do dia das discussões em saúde. Questiono se seria possível falar em uma verdadeira rede de serviços em sistemas tão segmentados como os que vimos aqui.

Eventuais avanços nesses sistemas costumam não contemplar uma adequada definição de base territorial para os mesmos e, assim, esbarram em grandes dificuldades para viabilizá-los.

Sobre o tema oferta *versus* demanda, aliás, muito freqüente nos debates presentes, lembro que a questão da oferta quase sempre está ligada a orçamentos históricos, o que reforça e perpetua as desigualdades.

Da mesma forma, liberdade de escolha é um tema importante e oculto nos debates contemporâneos. Seria possível contemplá-lo? Penso que, mais dia, menos dia, deverá ser enfrentado.

Sobre redes, indago: Qual o conceito em jogo, afinal? Rede é apenas um meio, mas é preciso conceituá-la em face de contextos definidos e de forma inserida em um determinado modelo de atenção. Além disso, acredito que falar em *serviços integrados*, mais do que propriamente em rede, representa uma idéia-força mais expressiva, que remete mais diretamente à responsabilização dos gestores.

Alerto para o fato de que a precariedade dos sistemas de informação de que se dispõe atualmente em muitos lugares é um fator a comprometer negativamente a formação de tais redes de serviços integrados.

Separação de funções de prestação e financiamento de serviços: pode haver incompatibilidades entre uma coisa e outra, inclusive competição por recursos.

Ação privada: as relações existentes são pouco esclarecidas, mas, sem dúvida, ocorrem fortes influências mútuas. É preciso focar mais o debate sobre tal assunto.

Intersetorialidade e relações com a comunidade: aqui, a formação de redes seria, certamente, um elemento de potenciação.

Ação internacional e redes de serviços: já é hora de se cogitar de tal discussão, principalmente nas regiões de fronteiras mais habitadas, como ocorre em muitos países da região.

Níveis de atenção (APS, média e alta complexidade): *os atuais conceitos não estão suficientemente estabelecidos e todo esforço deve ser feito em pensá-los com mais profundidade e de forma crítica. O mínimo que se pode dizer a respeito é que os conceitos vigentes não contemplam devidamente a questão do cuidado integral.*

Sistemas de pagamento: *há discussões recentes e a presença de novos mecanismos no horizonte. É preciso estar atento a tais aspectos.*

Recomendo, ainda, mais atenção aos esforços que determinados países do mundo já vêm fazendo em relação à APS, particularmente ligados à gestão de recursos financeiros e fluxos de pacientes, citando como exemplos o Reino Unido e a Espanha.

Finalizando, aponto alguns temas relevantes para as discussões sobre sistemas de saúde e que, até o momento, têm sido descuidados, mas que cumpre serem enfrentados, inclusive a partir da experiência internacional. Cito, explicitamente: acreditação de serviços, papel das esferas supramunicipais e contratualização por resultados e desempenho, além de indução, por via de financiamento, da integração de serviços.

Célia Almeida

Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz

Os dados e experiências apresentadas pelos integrantes da mesa confirmam as vantagens, em termos de resultados, dos sistemas de saúde que se estruturam a partir da Atenção Primária em Saúde (APS) ou que priorizam esse âmbito da atenção como porta de entrada. Da mesma forma, apontam problemas semelhantes a serem enfrentados, como o centramento da atenção nos cuidados curativos, a disparidade na oferta entre diferentes territórios, independentemente da demanda, e a dificuldade de garantir a integralidade da atenção (cobertura vertical), que permanece como um grande desafio, mesmo nos sistemas mais bem estruturados, guardadas as respectivas especificidades de cada país. Também se observam problemas na constituição de redes de serviços que funcionem de forma articulada e mais efetiva, sendo importante a constituição de parcerias variadas para a provisão de um cuidado integral.

No que concerne à questão sobre qual deve ser o ponto de partida para a reestruturação dos Sistemas de Saúde - iniciar pela reorganização da APS ou da média e alta complexidade - que foi colocada em algum momento dos debates deste seminário, defendo que o mais importante é tentar conseguir a integração e o equilíbrio entre esses três componentes da assistência à saúde, que se inter-relacionam, pois o investimento isolado em qualquer um deles, ou não resolve os problemas de saúde da população ou leva

ao desperdício e à ineficiência. Por outro lado, questiono a idéia de que a APS requer baixa utilização tecnológica e tem baixo custo. Na realidade, como afirmado nesta mesa, uma boa Atenção Primária permite assegurar que o cuidado especializado seja mais efetivo, ao direcionar o usuário e orientar o uso da média ou alta complexidade, mas não elimina a necessidade de acesso aos meios tecnológicos disponíveis e requer pessoal muito bem capacitado, pois essa triagem deve ser muito bem feita.

Além disso, em muitos casos, um bom atendimento básico pode aumentar a demanda por exames complementares de diagnóstico e atenção especializada. Em síntese, é preciso considerar que, muitas vezes, são necessários investimentos pesados para estruturar um bom sistema de Atenção Primária, seja em termos de recursos para infraestrutura, seja em termos de capacitação para mudança no processo de trabalho. No Brasil, por exemplo, em muitos municípios, não existe capacidade instalada adequada no sistema de saúde e organizar a APS é fundamental, mas requer recursos os mais variados, além de decisão política e articulação entre níveis de atenção, muitas vezes, externos ao município. É preciso lembrar, também, que o profissional que atende o cidadão no serviço de saúde é uma peça fundamental na engrenagem do sistema, pois estabelece com o usuário uma relação que é, ao mesmo tempo, crucial e de difícil controle e regulação.

Portanto, essa é uma discussão complexa, que inclui questões de cultura institucional e formação profissional, extremamente voltadas para a atenção curativa, como também o problema da percepção dos usuários sobre suas necessidades de saúde, que envolve desde a difusão de informações sobre tecnologia médica pelos meios de comunicação de massa até a concepção de saúde e doença e do direito de acesso aos serviços, daí decorrendo interpretações, posturas e práticas inadequadas, seja dos profissionais, seja dos usuários, que oneram os serviços e dificultam a obtenção de melhores resultados.

Discutindo ainda o centramento no cuidado curativo, ou a questão da atenção médica *versus* ações de saúde pública, ponto importante do debate sobre a APS, a agenda de reforma contemporânea, que foi difundida mundialmente de forma muito homogênea, é conservadora não apenas pela inspiração ideológica neoliberal - que, entre outras coisas, privilegia a privatização e preconiza a retirada do estado da prestação de serviços de saúde à população, questionando o direito de acesso aos serviços de saúde como benefício social -, mas também porque está centrada fundamentalmente na assistência médica e os modelos de reorganização dos serviços de saúde que vêm sendo implementados negligenciam as ações de saúde pública. Ou seja, essas reformas não pretendem uma reordenação dos sistemas de serviços na busca da saúde, mas sim a manutenção do centramento nas atividades curativas, numa perspectiva restritiva, uma vez que, pelo alto custo, devem ser racionadas e contidas.

Não é por acaso, portanto, que os dados mostram que muitas das reformas dos sistemas de saúde em curso na América Latina, sobretudo as mais radicais e mais afinadas com esses modelos, apresentam como um de seus resultados o recrudescimento de epidemias e doenças endêmicas outrora controladas, em virtude da diminuição, ou ausência efetiva, das ações de promoção e prevenção da saúde.

Uma outra perspectiva, muito mais inovadora, seria repensar como redirecionar os sistemas de saúde na perspectiva da saúde e não da doença, ainda que tratar a doença seja fundamental, pois o direito à saúde se materializa exatamente na hora em que o cidadão necessita do cuidado, ou seja, na hora da doença, da aflição, do sofrimento. E aí o papel da APS é crucial, mas implica mudanças institucionais importantes, de práticas e de prioridades, assim como da "cabeça das pessoas", ou seja, é um percurso de longo prazo e que requer múltiplas estratégias.

Tomando a experiência brasileira como exemplo, admito e destaco os inúmeros avanços possibilitados pela priorização da Atenção Básica e pela implantação dos Programas de Saúde da Família – PSF e de Agentes Comunitários de Saúde – PACS no Brasil, com aumento efetivo da cobertura horizontal, ainda que de forma desigual nas diferentes áreas - urbana e rural - e regiões, mas insiste que o alcance da atenção integral e de maior equidade é ainda um grande desafio. Assim, a definição de recursos *per capita* para a Atenção Básica melhorou a redistribuição entre regiões, mas o fato de essa distribuição não levar em consideração indicadores de necessidades de saúde das populações assim como as distintas conformações dos sistemas de saúde em nível local, inclusive com diferentes coberturas da população pelos planos de saúde privados, mais concentradas em algumas regiões, estados e municípios, pode anular os efeitos positivos da alocação *per capita*. E o investimento em programas especiais - PACS e PSF - como estratégia de mudança do modelo assistencial só será efetivo se articulado com investimentos correspondentes nas outras dimensões da atenção e se, de fato, promover ativamente a transformação das práticas e processos de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde.

Por outro lado, a introdução do novo não deve desconsiderar o antigo, pois, em muitos casos, as unidades básicas de saúde tradicionais proporcionam uma atenção à população que não deve ser desqualificada, mas sim integrada aos programas especiais, numa perspectiva de mudança paulatina. Recente pesquisa de avaliação organizacional e de desempenho da Atenção Básica no município de Petrópolis, no Rio de Janeiro, que realizamos adaptando e validando os instrumentos de avaliação elaborados por Bárbara Starfield e seus colaboradores, mostrou claramente que mesmo a população adscrita ao PSF utiliza as UBSS locais para alguns procedimentos ou atendimento nas clínicas básicas, seja porque, por algum motivo, não se sente satisfeita com o atendimento nas unidades do PSF, ou mesmo por hábito. Por outro lado, em algumas das dimensões da

APS (trabalhamos com oito dimensões - acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, centralidade na família, orientação para a comunidade e formação profissional), as UBSS tradicionais tiveram melhor desempenho que as unidades do PSF, ainda que, em termos gerais, a população avalie melhor o desempenho deste. Ou seja, embora a implantação do PSF seja relativamente nova no município, o que poderia explicar, em parte, esses resultados, o que queremos enfatizar é a necessidade de criar e fortalecer parcerias entre os serviços de APS e não antagonizá-los ou estabelecer separações artificiais, que não refletem nem a própria dinâmica do sistema local nem as escolhas da população.

Isso remete a pelo menos duas outras questões importantes: a do *mix* público/privado que estrutura a maioria dos sistemas de serviços de saúde, que recoloca o caráter público dos serviços de saúde, independentemente da propriedade pública ou privada dos meios de produção, e a da definição da porta de entrada no sistema.

Em relação à articulação pública e privada, historicamente, é estrutural nos sistemas de saúde, mesmo naqueles considerados mais estatizados, como o Sistema Nacional de Saúde inglês. Entretanto, o que muda, em cada país, é a forma de estruturação – os arranjos organizacionais - e de regulação dessa articulação.

No Brasil, esse *mix* é extremamente perverso, pois, além de o setor privado ser claramente subsidiado pelo Estado, os profissionais circulam em ambos os subsistemas e promovem o trânsito dos pacientes pelos serviços segundo suas preferências, comodidade (para eles ou para o usuário) ou mesmo possibilidade de ganho adicional, e os usuários compõem a sua cesta de consumo de serviços de saúde segundo a facilidade de acesso, privilegiado ou não, a determinados serviços ou capacidade de pagamento. E essa é uma discussão que a reforma sanitária brasileira não enfrentou seriamente. Portanto, o debate sobre a Atenção Básica, ou APS, não pode desconsiderar a composição pública e privada dos respectivos sistemas de serviços de saúde em nível local, pois ela afeta, de forma importante, os resultados obtidos e é uma variável fundamental para a superação das desigualdades.

No que se refere à APS como porta de entrada, é outro tema desafiante para a reorganização dos sistemas de saúde da região, particularmente daqueles em que não existe tal tradição ou que, historicamente, não foram organizados dessa forma, como é o caso da maioria das experiências dos países aqui relatadas. O problema não é estritamente normativo, ainda que a definição por lei seja importante, como também o é a introdução de sanções ao não-cumprimento das normas e leis. Inclui, também, mudanças no processo de trabalho, na cultura institucional e na consciência sanitária da população.

A aceitação, pela população e pelos profissionais, de porta de entrada implica obtenção de resultados efetivos na prestação da atenção. Ou seja, se o cidadão não obtém o cuidado na hora em que precisa e com a rapidez necessária, se os serviços de APS não

são resolutivos, não há como convencê-lo de que deve cumprir determinado percurso no sistema e ele vai buscar alternativas para resolver sua necessidade. Da mesma forma, se o profissional não tem os meios adequados para atender o paciente, fará o mesmo. Na realidade, a reorganização das duas portas de entrada dos sistemas de saúde - APS e emergência - é complexa e requer mecanismos regulatórios de direcionamento do usuário no sistema e de integração de níveis de atenção.

Essa discussão se vincula a outra, recorrente neste seminário, que é o suposto antagonismo entre a oferta e a demanda, questão diagnosticada e amplamente explorada no discurso ideológico da reforma setorial das últimas décadas. Frequentemente se afirma que o problema dos sistemas de saúde é que são orientados para a oferta e não para a demanda e que a forma de corrigir esse desvio seria reorganizar os sistemas de serviços de saúde na perspectiva de atender à demanda do consumidor. Daí a idéia de que o dinheiro segue o paciente, cunhada na reforma inglesa, mas que não se materializou na prática de implementação da reforma. Ainda que esse diagnóstico tenha alguma pertinência, na realidade, oferta e demanda estão inter-relacionadas e existe uma relação dialética entre elas. Ou seja, a oferta induz a demanda que, por sua vez, é induzida pelo profissional, e o aumento da demanda também estimula o incremento da oferta.

O problema é que essas duas dimensões do cuidado à saúde são tratadas de forma dissociada, sem levar em consideração nem os indicadores de necessidades de saúde da população nem as prioridades da política de saúde e os investimentos requeridos para sua implementação. Sendo assim, é importante repensar a reorganização do cuidado à saúde articulando a oferta e a demanda de forma coerente, segundo necessidades da população e necessidade de investimentos (ou de reorganização da oferta) para atender à demanda efetiva. Nessa perspectiva, o redimensionamento do sistema de saúde, com prioridade na APS, pressupõe uma reorganização mais ampla, que abrange não apenas o primeiro nível de atenção, mas também os demais. Explicando melhor, ter a Atenção Básica como eixo direcionador do sistema de saúde pressupõe uma reorganização que tenha a garantia da integralidade do cuidado como meta.

A prof. Sonia Fleury fez uma afirmação, neste seminário, de que "teríamos formado bons gestores de sistemas, mas não formamos gestores de serviços de saúde". Lamentando que a prof. Sonia não tenha podido permanecer para o debate, e desconhecendo a fonte na qual ela se baseou, discordo de tal conclusão, pois os gestores que vêm sendo formados são gestores de sistemas de serviços de saúde, que é o foco da reforma, e não se podem desconsiderar os esforços que vêm sendo desenvolvidos, nos mais variados âmbitos, na área de capacitação, seja para programas específicos, seja nos cursos de mestrado profissionalizante, etc. Entretanto, o problema está na complexidade dessa formação, nas diferentes dimensões que têm que ser consideradas na reestruturação de um sistema de serviços de saúde que tem uma história secular completamente diferente, colocando exigências novas de grande magnitude.

Além disso, acredito que não se trata apenas de um problema de informação, de transmissão de conhecimentos e de treinamentos específicos, mas também da precariedade da infra-estrutura dos serviços, que faz com que, muitas vezes, mesmo profissionais bem treinados não consigam melhorar o desempenho dos serviços de saúde. Reconhece, porém, a importância de investimentos adicionais e crescentes na área de capacitação para a mudança como também na de pesquisas em serviços de saúde, pois existem muitos problemas que requerem novas práticas, metodologias e instrumentos que não estão disponíveis.

Sobre a segmentação histórica dos sistemas de saúde latino-americanos, colocada em diferentes momentos nas apresentações e debates deste seminário, é preciso resgatar, e não esquecer a história, como foi aqui afirmado, e, sendo assim, o comentário da prof. Sonia Fleury de que os sistemas latino-americanos universais são duais, segmentados, independentemente dos modelos de reforma e das perspectivas ideológicas, o que não se teria modificado mesmo com as reformas, merece discussão. De fato, a dualidade, a segmentação e a fragmentação são estruturais nos sistemas de saúde da região, mas as reformas recentes implementadas na América Latina exacerbaram alguns dos traços constitutivos das sociedades na região e criaram novos problemas, ao privilegiar uma perspectiva economicista, pragmática e restritiva e estimular um experimentalismo bastante acrítico. Mas as segmentações que tínhamos antes eram distintas das que temos hoje e isso se observa em praticamente todos os sistemas, ou pelo menos naqueles que fizeram reformas estruturais importantes nas últimas décadas. Agora, essas segmentações não são independentes dos modelos de reforma, muito ao contrário, e os exemplos já clássicos para a América Latina são obviamente Chile e Colômbia.

Na realidade, a implementação dos modelos de reforma neoconservadora ressegmentaram, de forma ainda mais perversa, sistemas de saúde historicamente marcados pela exclusão e pela iniquidade, colocando novos problemas muito mais complexos e de difícil resolução. Assim, o sistema chileno era segmentado, mas não no nível que é hoje, nem tampouco com o grau de desigualdade que os dados atestam, e a dualidade atual foi ativamente produzida pela reforma. E o mesmo se observa na Colômbia, como foi aqui apresentado, sendo que, em ambos os países, guardadas as especificidades, trava-se uma luta dura, muito difícil, para tentar reverter ou minimizar os resultados desastrosos dessas reformas. Da mesma forma, no Brasil, não podemos afirmar que a dualidade atual é a mesma de antes da reforma e, diferente dos países anteriormente citados, ainda defendemos nosso modelo e acreditamos ser possível melhorá-lo.

Portanto, os modelos de reforma são fundamentais, sim, como também a inspiração ideológica que orienta a sua formulação e implementação. E em relação à

Atenção Primária, ou Atenção Básica, como chamamos aqui no Brasil, é uma perspectiva que não tem lugar nesses modelos de reforma, uma vez que pretendem que o papel do Estado se restrinja à provisão das ações elementares de saúde pública (que seriam as únicas consideradas bens públicos) e a programas específicos focalizados para pobres.

Por fim, citando Wanderley Guilherme dos Santos, chamo a atenção para a importância de considerar a política social, em que a política de saúde se insere, como metapolítica, isto é, como a matriz de princípios que justifica o ordenamento de quaisquer outras políticas. Isso significa revigorar a discussão dos princípios e valores que lhe são subjacentes e definir princípios de justiça coerentes e consistentes nos quais se apoiar, além de operacionalizá-los de forma efetiva, e não submetê-la aos ditames das políticas econômicas restritivas. Resta, portanto, incluir nessa equação a negociação política. Além disso, embora seja necessário fazer escolhas, definir prioridades para a atuação do Estado, a solução não está em transferir o problema do âmbito político, significativamente indeterminado e altamente valorativo, para o universo do discurso lógico (técnico), supostamente neutro e que obedece a regras racionalmente irrecusáveis. Essa dinâmica requer o ordenamento de preferências, que implica introdução de condicionalidades (nacionais e locais) impostas pela realidade, em que o discurso e a retórica dos decisores e de seus críticos se efetiva. Em outras palavras, é preciso lembrar que se está tratando de decisões de políticas que pressupõem a distribuição de cotas distintas de benefícios e sacrifícios entre os indivíduos de uma sociedade. Refere-se, em última instância, ao grau de desigualdade (e de conflito) que uma sociedade está disposta (ou consegue) suportar.

Nessa perspectiva, a questão da intersectorialidade, de que tanto se fala, mas não se implementa, ganha outra dinâmica. Pelo exposto nesta mesa, talvez o *Programa Barrio Adentro*, da Venezuela, seja um exemplo de como promover essa mudança de foco, sendo necessário acompanhar o seu desenvolvimento e, principalmente, avaliar seus resultados.

Sem desconsiderar ou desqualificar os esforços que vêm sendo realizados, é preciso revigorar nossa capacidade crítica e reinventar cotidianamente, de forma criativa, nossa capacidade de implementação, além de investir nos mecanismos de monitoramento da implementação e de avaliação de desempenho e resultados. Além disso, a questão da regulação é fundamental, pois tem várias formas e dimensões, exercidas por diferentes atores, que são complementares e não excludentes e, no seu conjunto, asseguram uma determinada governabilidade ao sistema de saúde, na perspectiva de mudar comportamentos e, conseqüentemente, o eixo direcionador de estruturação dos sistemas de saúde. É a essa mudança qualitativa que devemos aspirar como uma nova utopia.

MESA DE ENCERRAMENTO

Integrantes:

Gilson Cantarino O' Dwyer
Eduardo Levcovitz
Julio Suarez
Heloíza Machado de Souza
Afra Suassuna
Luis Fernando Rolin Sampaio

Gilson Cantarino O' Dwyer

Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS

A composição da mesa reflete o reconhecimento do CONASS aos parceiros que tanto contribuíram para a organização do evento. É preciso também fazer um especial agradecimento aos expositores, debatedores e participantes de todos os países.

Seis pontos podem ser apontados como relevantes no encontro:

1. Os anos 90 representaram uma década de relativo retrocesso para a saúde em vários países latino-americanos, com a impregnação de teorias neoliberais, com tendências de:

- Baixo gasto em saúde;
- Baixa cobertura de serviços;
- Ênfase em mecanismos de mercado;
- Má qualidade das ações e serviços;
- Baixa motivação das equipes e dos usuários.

2. Há muitas diferenças estruturais, demográficas, epidemiológicas, culturais e políticas entre os países aqui representados, mas, em troca, existem também certas tendências no direcionamento de suas políticas de saúde mais recentes, a saber:

- Foco progressivo na Atenção Básica como elemento estruturante dos sistemas de saúde;
- Reversão ou atenuação de algumas tendências resultantes das políticas neoliberais para o setor;
- Ênfase nos processos de descentralização e transferência de poder decisório para as esferas subnacionais de governo;
- Fortalecimento do papel "reitor" do estado (regulação, gestão, accountability , etc);
- Empowerment e estímulo à organização dos usuários;
- Atenuação dos mecanismos de planejamento e financiamento da oferta/demanda.

3. Ocorre, sem dúvida, um fortalecimento dos conteúdos referentes à saúde nos planos de governo, compondo também a chamada "onda democratizante" latino-americana, mesmo naqueles formulados em período eleitoral, cumpridos em maior ou menor intensidade com a vitória eleitoral respectiva, destacando-se os casos da Venezuela e do Uruguai.

4. Algumas "lições" aprendidas de países específicos:

- Colômbia: um sistema de saúde que avança, mesmo dentro dos marcos de uma forte segmentação do setor saúde;
- Venezuela: reformas intensivas quase em estilo "big bang", com forte apelo à participação popular;

- Argentina: o sistema de saúde envolvido na resposta à crise socioeconômica do país;
- Canadá / Quebec: reforma dentro da reforma, sem perder de vista as questões essenciais – esta Província é um exemplo para todos nós, não no sentido de repetir de forma restrita e acrítica seus possíveis avanços, mas como marco geral do processo de reforma;
- Brasil: nosso caso específico, a criação do SUS, como fator de orgulho para nós, pela profundidade e amplitude de nosso processo de reforma. Sem ufanismo, realizamos, em nosso país, uma das reformas mundiais mais completas e bem-sucedidas em saúde, sem impedimento de que possamos aperfeiçoar o sistema e corrigir pontos falhos.

5. A enorme relevância das funções essenciais de saúde pública, como elemento de fortalecimento da capacidade de gestão, das relações de parceria entre níveis de governo e com outros setores, de construção de novos modelos de cooperação técnica e de melhoria das condições de saúde da população.

6. Lições gerais que podem ser retiradas do presente encontro:

- Necessidade de aumento e aperfeiçoamento do poder regulador, gestor, “reitor” dos gestores estaduais;
- A “crise de identidade” (ou de “capacidade”) dos estados precisa ser superada, pois continua sendo relevante, e mesmo insubstituível, a atuação de tal esfera de governo;
- É através do foco na Atenção Básica que se promoverá efetivamente a reordenação dos sistemas de saúde;
- Superar a atual segmentação/fragmentação ainda fortemente vigente nos sistemas de saúde de nossa região;
- Encarar de frente algumas áreas de sombra que parecem ainda estar distantes das preocupações dos gestores, como, por exemplo, pesquisa em saúde pública, abordagem do envelhecimento, capacitação e humanização;
- Promoção de cidadania: cidadãos *versus* clientes, “coisas”, mercadorias;
- A discussão e a própria compreensão das reformas necessárias dos sistemas de saúde passa pela “ampliação do espaço público e pelo resgate da tradição republicana” (Paulo Elias), configurando “um novo pacto social pela saúde” (Julio Suarez).

Este encontro acaba hoje e os três dias de atividades foram extremamente produtivos, mas não podemos pensar que estamos, com esta solenidade, encerrando os trabalhos. É necessário ampliar este debate e construir uma proposta de trabalho em rede, com a realização e o aprofundamento de estudos, criação de site, elaboração de papers, realização de novos eventos etc.

É preciso construir uma proposta estruturada de trabalho e apresentá-la aos países participantes deste evento para a crítica e, posteriormente, apresentar este projeto à Opas, à Unesco e aos demais possíveis parceiros. Este encontro tem que gerar a troca permanente de experiências, fortalecendo, assim, a luta em defesa da saúde.

A GESTÃO DA SAÚDE NO NÍVEL SUBNACIONAL

Análise comparativa das experiências

A Gestão da Saúde no Nível Subnacional

O Encontro de Gestores Estaduais, Provinciais e Departamentais de Sistemas Sul-americanos de Saúde, promovido pelo CONASS, com apoio da Opas, da Unesco e do Ministério da Saúde do Brasil, reuniu em Brasília, entre 6 e 8 de abril de 2005, gestores de seis países latino-americanos e do Quebec/Canadá. Os países latino-americanos convidados foram, além do Brasil, Argentina, Venezuela e Colômbia. Também ocorreram apresentações extras do Uruguai e do Paraguai.

As apresentações do Brasil foram conduzidas por representantes do CONASS (Secretários Estaduais de saúde do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Goiás) e do Ministério da Saúde (Secretaria de Assistência à Saúde e Coordenação de Atenção Básica).

A Argentina se fez representar por dirigentes (Subsecretários) de saúde das Províncias de Formosa, Corrientes e Entre Rios.

A Venezuela esteve representada por autoridades do Ministério da Saúde e dos estados de Aragua e Cojedes.

Vieram da Colômbia os Secretários de Saúde do Departamento do Valle Del Cauca e do Distrito de Bogotá.

O Quebec se fez representar por autoridades do Ministério provincial da Saúde e Serviços Sociais.

Paraguai e Uruguai tiveram participações especiais, *hors-concours*, e foram representados por técnicos de seus Ministérios da Saúde ou equivalentes.

Além desses, o encontro teve a participação, como convidada especial, da Dra. Bárbara Starfield, da Johns Hopkins-Bloomberg School of Public Health, e do Dr. Julio Suarez, da Opas / Brasil.

As apresentações dos países foram seguidas de comentários por debatedores, escolhidos, de maneira geral, entre representantes acadêmicos (pesquisadores na área de saúde pública), representantes do CONASS e do Conasems, além de consultores da Opas.

Os grandes temas enfocados no evento foram:

- A importância da regionalização e das responsabilidades dos territórios regionais no contexto da descentralização;
- As experiências de articulação das esferas governamentais e co-responsabilidade sanitária;
- As Funções Essenciais de Saúde Pública (Fesp) e os territórios subnacionais;
- As redes de serviços e a Atenção Primária: o papel das esferas supramunicipais.

As Peculiaridades de cada País

Um primeiro comentário a ser feito é o de que a estrutura de Estado, em termos federativos, é bastante díspar entre os países convidados. Seria interessante, portanto, levantar algumas informações sobre a estrutura política e os contextos atuais de cada um deles.

Com efeito, uma das características primordiais do federalismo é, exatamente, a diversidade da distribuição de poderes e funções entre os distintos níveis de governo, com a decorrente construção de instituições que permitam a correta comunicação e a eficiência dos processos de tomada de decisões, em benefício do atendimento efetivo das necessidades coletivas. Assim, as formas de participação por parte dos distintos atores e as fronteiras entre as atribuições que cada nível de governo tem dependem do desenvolvimento histórico de cada Nação, motivo pelo qual existem diferentes modelos de sistemas federais quanto à natureza de suas instituições, às relações entre elas e à efetividade das mesmas na atenção às demandas sociais, políticas e econômicas.

Uma operação analítica mais profunda do que a presente seria, sem dúvida, necessária. Isso permitiria apreciar mais adequadamente a natureza das relações entre os níveis de governo e os mecanismos estabelecidos para avaliar e tratar os problemas daí emanados, como, por exemplo, as fronteiras entre o exercício das atribuições do poder federal em face das competências dos poderes locais e a solução de conflitos entre estes bem como as propostas para se alcançarem consensos e soluções frente a problemáticas recorrentes, tais como o desenho e o exercício do orçamento nacional disponível e a fonte dos recursos com que operam tanto o poder local como o estadual e o federal.

Uma breve contextualização da situação política federativa e sanitária de cada um dos países convidados é feita a seguir, de forma a possibilitar, na seção adiante, uma análise comparativa das experiências, dentro do enfoque da síntese temática proposta para o evento.

Argentina

Desde o século XIX, as antigas Províncias Unidas de Sudamérica, base da atual República Argentina, constituíram-se como entidades fortemente autônomas. Em 1831, firmou-se um pacto federal entre Santa Fé, Buenos Aires e Entre Rios, ao qual logo aderiram as demais províncias, organizando-se, desde então, como República Federativa.

A Constituição de 1994 confirmou, já em seu primeiro artigo, que o governo argentino adotava a forma republicana, representativa e federal. Estabeleceu, ainda, que cada uma das províncias tem a atribuição de fazer sua própria Constituição. Há, também, um artigo constitucional, o de número 123, que estabelece autonomia municipal, regulando, entretanto, seu alcance e conteúdo, em termos institucionais, políticos, administrativos, econômicos e financeiros.

Há diversas funções e competências concorrentes entre as três esferas de governo, entre elas, a seguridade social para os empregados públicos e os profissionais e o desenvolvimento humano. Do ponto de vista fiscal, a situação atual da Argentina mostra que os governos provinciais executam nada mais do que 2/3 do gasto público, embora detenham escassa capacidade arrecadadora, o que gera um marcante desequilíbrio fiscal vertical, que tem como conseqüência a heterogeneidade e a assimetria entre as esferas de governo.

É verdade que algumas províncias financiam quase 50% de suas atividades com recursos próprios, não obstante a maior parte delas se situar abaixo dos 20% e de algumas não chegarem aos 15%. A parte restante do gasto provincial é financiada por meio de recursos transferidos do Governo Nacional.

A economia Argentina, depois de chegar ao fundo do poço em 2002, quando o Produto Interno Bruto (PIB) apresentou queda de 10,9%, começa a mostrar sinais de recuperação. As empresas voltam a investir e o deficit comercial dá lugar a um superavit. As estimativas apontam para um crescimento econômico de cerca de 5,5% no fim de 2003. O desemprego que, em maio de 2002, bateu o recorde histórico de 21,5%, diminuiu para 15,5% doze meses depois. A pobreza ainda atinge mais da metade dos argentinos, e os novos empregos são, quase todos, de má qualidade e marcados pela informalidade, com salários mais baixos do que antes, sem direito à previdência social.

Após uma crise política e financeira profunda, entre 2001 e 2002, quando o país teve cinco Presidentes da República, a Argentina mostra evidências de estar iniciando um momento de estabilização política e financeira sob a presidência de Néstor Kirchner, eleito em 2003.

Um breve perfil de indicadores de saúde da Argentina é mostrado no quadro abaixo (fonte Opas). Em resumo, a situação sanitária do país é aquela típica de uma polarização epidemiológica, com incremento das causas degenerativas e cardiovasculares em anos recentes. A mortalidade infantil é mais baixa que a do Brasil, por exemplo, e segue em declínio, mesmo nos anos recentes de crise, embora existam desigualdades internas muito expressivas.

ARGENTINA: Indicadores	CIFRAS
PIB (US\$ - bilhões) (1998)	298,1
Cresc. PIB (%) (1990-98)	5,6
Renda per capita (US\$) (1998)	8.030,
População (2003-2004)	39.144.753
% urbanização	89%
Gasto saúde no PIB (%) (2001)	9,5
Leitos/1000 hab. (2000)	4,0
Mortalidade infantil (2000)	17
Mortalidade materna (2000)	70
Esperança vida ao nascer	75,7
Fecundidade (filhos/mulher) (2000)	2,44

Do ponto de vista do sistema de cuidados à saúde oferecidos à sua população, alguns marcos de referência são:

- Um sistema de divisão de responsabilidades entre Nação, Províncias e Municípios;
- Três grandes subsetores atuantes: público, privado e seguro social; os dois últimos fortemente imbricados entre si por um sistema de contratação de serviços pelo setor público;
- Gasto público e percentual do PIB aplicado em saúde com tendência de queda na última década, acompanhando a recessão econômica do país;
- Seguro social oferecido à população pelas chamadas *Obras Sociales (OS)*, organizadas em cerca de 300 entidades (número em declínio), com cobertura de, aproximadamente, 45% da população, apresentando fortes variações regionais;
- Controle nacional das OS, realizado por uma superintendência específica (SSS) do Ministério da Saúde e Assistência Social;
- Existência de um Programa Médico Obrigatório (PMO) imposto às OS e fiscalizado pela SSS em caráter nacional, com requisitos de qualidade e cobertura;
- Transformação dos antigos hospitais públicos em entidades de gestão descentralizada (HPGD), que oferecem assistência sem ônus adicional (sistema de resseguro) à população coberta pelas OS;
- Ministério da Saúde e Assistência Social como órgão reitor e formulador nacional de políticas, com prestação de serviços, dentro do sistema público, a cargo das províncias.

Colômbia

A história política da Colômbia é profundamente marcada por tensões diversas, seja entre colônia e metrópole, liberais e conservadores, Estado e narcotráfico, centralismo e autonomismo. Sua própria independência, nos primórdios do século XIX, sofre os efeitos de tais tensões, tendo o jovem país sido fragmentado com as independências isoladas e sucessivas da Venezuela, do Equador e do Panamá.

Historicamente, o poder na Colômbia se divide entre os partidos Liberal e Conservador; tal rivalidade leva a uma guerra civil que atravessou mais de um século. Outros fatores políticos complicadores no Estado Colombiano são o narcotráfico, os grupos paramilitares e a guerrilha de esquerda. Não raramente, se denuncia a atuação conjunta táctica do narcotráfico com os demais atores.

Nos termos da Constituição atual, datada de 1991 (embora modificada por inúmeros atos baixados posteriormente), a Colômbia é um *“Estado social de direito, organizado na forma de uma República unitária, descentralizada, com autonomia de suas entidades territoriais, democrática, participativa e pluralista.”*

O artigo 298 da Constituição estabelece que os estados (departamentos, na terminologia local) têm autonomia para administrar seus assuntos próprios e realizar o fomento do desenvolvimento econômico e social dentro de seu território, desde que dentro dos termos definidos pela Constituição. As funções departamentais são de natureza administrativa, de coordenação, bem como de complementaridade à ação municipal. Aos departamentos, compete a intermediação entre a Nação e os Municípios, além da prestação dos serviços que determinem as leis do país.

Há na Colômbia, entretanto, uma particularidade federativa. As leis podem estabelecer, para um ou vários departamentos, capacidades e competências de gestão diferentes daquelas previstas na Constituição, tendo como objetivo *“la necesidad de mejorar la administración o la prestación de los servicios públicos de acuerdo con su población, recursos económicos y naturales, y circunstancias sociales, culturales y ecológicas.”*

A autonomia dos entes federados tem limitações. O artigo 304 da Constituição confere ao Presidente da República, em casos assinalados legalmente, a suspensão e mesmo a substituição dos governadores de departamentos, embora disponha complementarmente que, para estes últimos, *“el régimen de inhabilidades e incompatibilidades no será menos estricto que el establecido para el Presidente de la República.”*

Entre as atribuições departamentais, inclui-se a direção e a coordenação dos serviços nacionais no âmbito de seu território, mediante delegação da autoridade maior.

Outra particularidade restritiva do federalismo colombiano é a capacidade delegada aos governadores de departamentos no sentido de revisar *“los actos de los concejos municipales y de los alcaldes, por motivos de inconstitucionalidad o ilegalidad.”*

Os municípios também são considerados entes autônomos, nos termos da Constituição, competindo às autoridades locais *“garantizar el desarrollo armónico e integrado de la ciudad y la eficiente prestación de los servicios a cargo del Distrito; a las locales, la gestión de los asuntos propios de su territorio.”*

Santa Fé de Bogotá, capital da República e também do Departamento de Cundinamarca, dispõe de um estatuto político especial, ao se organizar como Distrito Capital, o que implica um regime político, fiscal e administrativo diferenciado, devidamente amparado pela Constituição e algumas leis especiais, embora, no geral, tenham validade para o mesmo as disposições vigentes para os municípios.

Em maio de 2002, Álvaro Uribe, dissidente do Partido Liberal, venceu as eleições presidenciais no primeiro turno. Na campanha, defendeu uma política linha-dura contra a guerrilha e o narcotráfico. Apesar da persistência da violência contra pessoas em cifras que constituem recordes mundiais, os analistas internacionais reconhecem um ganho na estabilidade política e recuperação da credibilidade externa do país sob a presidência de Uribe.

Um breve perfil de indicadores de saúde da Colômbia é mostrado no quadro abaixo. Em linhas gerais, pode-se dizer que a Colômbia encontra-se com sua situação de saúde em transição, com melhoramento progressivo de alguns indicadores, porém com persistência de fortes desigualdades regionais. O desafio de uma polarização epidemiológica, com acúmulo de doenças transmissíveis ao lado das degenerativas e crônicas e, ao mesmo tempo, o problema da alta mortalidade decorrente das violências constituem os grandes desafios para o sistema de saúde local nos anos vindouros.

COLÔMBIA: Indicadores	CIFRAS
PIB (US\$ - bilhões) (2003)	263,2
Cresc. PIB (%) (2003)	3,7
Renda per capita (US\$) (2003)	2.470,
População (2003-2004)	46.045.109
% urbanizada	72%
Gasto saúde no PIB (%) (2001)	5,5
Leitos/1000 hab. (2004)	1,14
Mortalidade infantil (2000)	22
Mortalidade materna (2000)	130
Esperança vida nascer	72,17
Fecundidade (filhos/mulher) (2000)	2,62

Abaixo podem ser apreciados alguns marcos referenciais do sistema de saúde na Colômbia (fonte Opas):

- O país realizou reformas de seu sistema de saúde de relativa profundidade, embora nem todas tenham sido completadas, ao longo de toda a década de 90;
- A direção geral das mudanças contemplou a descentralização política, através de uma municipalização intensiva e do "asseguramento" da população (*Sistema General de Seguridad Social – SGSS*);
- O seguro social tem duas modalidades, uma contributiva (para os que podem arcar com os custos) e outra subsidiada (para a população de renda mais baixa) e é administrado por entidades diferentes; tais planos não oferecem igualdade em sua cobertura, tendo, igualmente, custos diferentes;
- A cobertura pelo SGSS está longe de ser total (cerca de 53% cobertos), restando à população mais pobre a assistência pública, geralmente praticada em hospitais governamentais;
- A reforma também propôs a transformação dos hospitais públicos em empresas sociais estatais, criando, ao mesmo tempo, mecanismos de vigilância de qualidade e fomento da participação dos usuários no sistema;
- A administração (*rectoria*) do SGSS é feita por um *Conselho Nacional de Seguridad Social*, cabendo ao Ministério da Saúde a formulação das políticas;
- No âmbito territorial, exercem as funções administrativas do sistema os Serviços Seccionais de Saúde e as Direções de Saúde (municipais).

Venezuela

A Venezuela constituiu-se como um regime federal desde a sua primeira Constituição, em 1811. Naquele momento, o federalismo surgiu como uma tábua de salvação para fortalecer os laços entre as distintas províncias e eliminar desvios em direção ao despotismo do militarismo. As províncias venezuelanas, à semelhança dos cabildos e dos municípios da Espanha, foram fundamentalmente autonomistas.

Na prática, entretanto, graus diferenciados de autonomia das províncias, depois chamadas de estados, ocorreram modulados pelo governo central, que não permitiria, quase nunca, a diversidade de leis civis e penais, o que seria um elemento essencial de um regime verdadeiramente federal.

Uma nova Constituição é aprovada em referendo e promulgada em dezembro de 1999, no primeiro ano do governo de Hugo Chávez, autor de um golpe militar no início da década e anistiado, posteriormente, por seu antecessor. A nova Carta Magna muda o

nome do país para República Bolivariana da Venezuela e provoca mudanças substanciais nas instituições do Estado. Elimina o Senado e institui o Parlamento com apenas uma câmara. Amplia os poderes do Presidente, cujo mandato passa de cinco para seis anos, com direito à reeleição. No campo econômico, mantém a propriedade privada e o controle da terra pelos grandes proprietários. Também consagra o monopólio estatal do petróleo, reforça a seguridade social e reduz a jornada semanal de trabalho para 44 horas – o que provoca protestos dos empresários.

A composição atual da federação, dada no artigo 16 da Constituição, define que a República divide-se em estados, Distrito Federal, além de inúmeros territórios e dependências federais em todo o território. A Constituição Bolivariana é bastante enfática em relação à autonomia municipal. O artigo 136 reconhece a existência dos três poderes clássicos, acrescidos de mais dois, o Poder Ciudadano e o Eleitoral. O primeiro, formado pelo Ministério Público e pelo Defensor del Pueblo, é uma instituição nacional, regida por leis nacionais.

O conceito de autonomia praticado na Venezuela difere daquele de outros países. Não existe, por exemplo, a autonomia tríplice típica dos federalismos avançados – constitucional, legislativa e judicial. Existe apenas o primeiro componente, traduzido pelo fato de que os estados podem estabelecer sua própria Constituição.

Há, na Venezuela, inúmeras competências concorrentes entre poder nacional, estados e municípios. As mais importantes delas são: o regime de seguridade e proteção cidadã; o desenvolvimento econômico; o desenvolvimento social (saúde, saneamento, habitação, educação, cultura, proteção a minorias, proteção ao trabalho, etc.).

Existem também competências definidas como exclusivas dos municípios, podendo ser citadas: patrimônio histórico, turismo, urbanismo, proteção civil, salubridade, transporte público urbano, habitação de interesse social, proteção ambiental, educação pré-escolar, justiça de paz, entre outras. Na prática, tal prerrogativa só é exercida pelos municípios em relação aos espetáculos públicos, aos cemitérios e aos serviços funerários.

Há críticas de peso ao componente fiscal do federalismo venezuelano, dada sua relativa incapacidade de responder à realidade administrativa e econômico-financeira do país. Com efeito, ainda que exista um tríplice sistema de rendas (Nação, estados e municípios), o recolhimento de impostos é uma política bastante centralizada no país, resultando em escassa capacidade arrecadadora dos estados e dos municípios. Embora a Constituição Bolivariana tenha se ocupado do problema, os resultados são escassos, alterando muito pouco o centralismo vigente.

Desde o ano de 1999, com Hugo Chávez no poder, busca-se uma grande transformação política na Venezuela, cognominada por seus partidários de *La Revolución*, com a elaboração de uma nova Constituição, que procura transformar a federação anterior em uma mais descentralizada e participativa. Nos últimos anos, o país tem sido palco de conflitos políticos entre governo e oposição, inclusive com motins e

violência nas ruas, o que tem contribuído para limitar a aplicação da lei maior na Venezuela.

No quadro abaixo, estão alguns indicadores sociais e de saúde da Venezuela. Em linhas gerais, pode-se dizer que, nesse país, a pobreza vem aumentando; o IDH está em queda; o gasto público na área social vem decaindo nos últimos anos; a questão das periferias marginalizadas urbanas é bastante ameaçadora atualmente; o quadro epidemiológico é o de uma polarização típica, acompanhada de um incremento das mortes violentas.

VENEZUELA: Indicadores	CIFRAS
PIB (US\$ - bilhões) (2003)	117,9
Cresc. PIB (%) (2003)	9,2
Renda per capita (US\$) (2003)	3.530,
População (2003-2004)	26.008.481
% urbanizada	86%
Gasto saúde no PIB (%) (2001)	6,0
Leitos/1000 hab.	-
Mortalidade infantil (2000)	19
Mortalidade materna (2000)	78
Esperança vida nascer	74,06
Fecundidade (filhos/mulher) (2000)	2,98

Alguns marcos referenciais do sistema de saúde da República Bolivariana da Venezuela podem ser apontados:

- A década de 90 marcou um processo de declínio e sucateamento do sistema nacional de saúde e várias tentativas de reforma foram feitas, a maioria sem resultados concretos;
- Após 1999, com a criação do Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social (MDSS), órgão rector e formulador do sistema, impulsionou-se um processo de reforma do sistema nacional de saúde, dentro dos marcos bolivarianos;
- A reforma sanitária venezuelana enfatizou: a reestruturação da administração nacional de saúde (MSDS); o desenvolvimento de um novo modelo de atenção calcado na integralidade; a criação de um sistema público nacional de saúde; a ênfase na participação dos setores sociais, através do que é definido no país como Poder Ciudadano;
- Indicadores precários de oferta e efetividade dos serviços de saúde se acumularam no país, particularmente nas últimas décadas, e sua reversão tem sido um desafio para os gestores do sistema;
- Um antigo sistema de seguro social (IVSS) continua em vigor no país.

Canadá (Quebec)

O Canadá é, sem dúvida, um país bastante singular em termos de estrutura política, com um sistema de governo semelhante ao do Reino Unido (Parlamentarismo Executivo), acoplado a um sistema federal no qual as competências executivas e legislativas estão compartilhadas entre um Governo Central e Governos Provinciais. A constituição canadense dispõe que as províncias devem ter poderes iguais e atribuí-lhes inúmeras competências legislativas próprias

As províncias têm suas próprias Constituições, mas algumas são pouco formais e nem mesmo se apresentam em um texto único. Tais peças constituem o resultado de uma herança britânica da *Common Law*, acrescida de estatutos elaborados pelas próprias legislaturas provinciais, pela jurisprudência de tribunais federais e até mesmo pelo antigo *British Colonial Office*. Essas constituições, naturalmente, são bastante complexas e até mesmo confusas, à semelhança, aliás, da própria Constituição Britânica. Não existe, porém, nada que impeça nenhuma legislatura provincial de estabelecer instrumentos constitucionais ou subconstitucionais formais para reger a Província.

O artigo VI - 92, da Constituição Federal, estabelece como faculdade exclusiva das legislaturas provinciais somente a elaboração de leis que tenham relação, entre outras, com: imposição direta dentro da Província com vista ao incremento da renda, para propósitos provinciais; obtenção de empréstimos; estabelecimento e manutenção de escritórios provinciais com nomeação e pagamento de seus funcionários; estabelecimento, manutenção e gestão de hospitais, asilos e outras instituições, dentro e para a Província. Existem outras disposições relativas a: educação; agricultura; imigração; instituições municipais; licenças para prestação de serviços particulares diversos; incorporação de companhias com objetivos provinciais; administração da justiça; poder de polícia, etc.

Do ponto de vista fiscal, os governos provinciais retêm uma parte importante da captação pública de impostos e taxas, além de disporem de uma grande liberdade para inovar e inventar soluções para os problemas de acordo com os contextos locais.

Desde 1957, existe, no Canadá, um programa federal de distribuição da riqueza coletiva entre as entidades federadas. É oferecida ajuda financeira aos governos provinciais cuja capacidade fiscal seja inferior à média nacional. Trata-se de uma ajuda incondicional, ou seja, os governos provinciais podem utilizá-la como desejarem, desde que na própria esfera de competência. O objetivo dessa ajuda é oferecer aos governos não-centrais uma capacidade de elaborar e implementar políticas adequadas às necessidades locais.

Curiosamente, Quebec apresenta a particularidade de dispor da faculdade de celebrar tratados internacionais, o que não é oferecido às demais províncias.

O Quebec tem, além do mais, uma história política própria e diferenciada de avanços na área de saúde e na proteção social de maneira geral. Desde 1996, a chamada

Comissão de Inquérito sobre a Saúde e o Bem-Estar Social (*Comissão Castonguay-Nepveu*) fez as propostas iniciais de reforma do sistema de saúde provincial. Em 1970, ocorreu a criação do Ministério dos Assuntos Sociais (1970), seguida da promulgação da Lei dos Serviços de Saúde e dos Serviços Sociais em 1971.

Politicamente, o Quebec, como de resto todo o Canadá, tem uma história sem maiores sobressaltos, ao contrário dos países latino-americanos. Na pauta política local contemporânea, permanecem como temas candentes a secessão em relação à federação canadense e a reforma do sistema de saúde e de serviços sociais, independente de ser este considerado um dos mais avançados do mundo.

Alguns indicadores de saúde do Canadá (que não diferem muito do que é observado na Província do Quebec) estão mostrados no quadro abaixo. Nitidamente, eles são bem melhores do que os dos países da América Latina, particularmente dos demais participantes do presente encontro.

CANADÁ: Indicadores	CIFRAS
PIB (US\$ - bilhões) (2003)	958,7
Cresc. PIB (%) (2003)	1,7
Renda per capita (US\$) (1998)	19.170,
População (2003-2004)	35.507.874
% urbanizada	77%
Gasto saúde no PIB (%) (2001)	9,5
Leitos/1000 hab. (1999)	4,36
Mortalidade infantil (2000)	5,0
Mortalidade materna (2000)	5
Esperança vida nascer	79,96
Fecundidade (filhos/mulher) (2000)	1,55

Alguns marcos de referência do sistema de saúde do país podem ser apontados:

- Mesmo havendo diferenças entre as Províncias, a idéia de um sistema de saúde orientado por diretrizes nacionais foi consolidada desde 1984, quando se aprovou uma Lei Nacional de Saúde para todo o país;
- A diretriz central da reforma canadense traduz-se pela garantia de acesso aos serviços de saúde por toda a população e, na prática, o sistema é realmente de cobertura total;
- Quebec é considerada uma das províncias que mais se adiantou na aplicação da lei, até mesmo pela existência de uma acumulação social, política e intelectual prévia referente ao tema da saúde na Província;
- O sistema de saúde canadense baseia-se na combinação da ação estatal reguladora e financiadora com a prestação contratada de serviços em entidades comunitárias sem fins lucrativos, além das públicas estatais;

- O asseguramento em saúde é admitido e corresponde a cerca de 30% dos gastos totais do setor, mas possui caráter complementar à prestação pública de serviços;
- O Canadá é um dos recordistas mundiais em gasto *per capita* e percentual do PIB aplicado em saúde;
- Nos últimos anos, está em curso uma verdadeira “reforma dentro da reforma” no país, tendo como diretrizes centrais: a busca da eficiência; o incremento da qualidade das ações; as evidências de impacto na prestação de serviços; a expansão da pesquisa em saúde; a participação ampliada da sociedade na definição das estratégias do setor; a descentralização até o nível local; a desospitalização e a desmedicalização do sistema de cuidados, entre outros aspectos.

Brasil

O federalismo brasileiro tem raízes históricas, desde a independência da Coroa Portuguesa em 1922. Mantém-se, desde o início, entretanto, uma constante tensão entre o poder central e os poderes locais e regionais, aspecto que não está distante de outras experiências latino-americanas de federalismo.

De acordo com os dispositivos da Constituição de 1988, e suas reformas adicionais, o Brasil é uma República Federativa, com as características fundamentais de descentralização política com repartição de competências, vontade do conjunto dos Estados como vontade nacional, autonomia estadual e municipal.

A Constituição de 1988 estabelece, ainda, uma divisão entre as competências dos poderes locais e do federal, a fim de garantir a autonomia legislativa de cada nível de governo. Permite, também, que cada Estado tenha uma Constituição própria e cada um dos Municípios uma Lei Orgânica, bem como atribui *status* federativo aos Municípios, com o que amplia enormemente a autonomia política local, destacando-se, neste aspecto, dos demais casos latino-americanos. Entretanto, é vedada a secessão de qualquer unidade da Federação, podendo, neste caso, intervir o governo da União para preservar a integridade do Estado.

Com a Constituição de 1988, os governos locais viram-se fortalecidos em sua autonomia e capacidade de decisão, como, por exemplo, nas atribuições de criar impostos. Conservaram, também, certas áreas de competência comum, plasmadas no artigo 23 da Constituição, o qual estabelece como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a ser regulamentada por leis ordinárias, uma série robusta de atribuições, entre elas: cuidar da saúde e da assistência pública, da proteção e das garantias às pessoas portadoras de deficiências; proteger o meio ambiente e combater a poluição; promover programas de construção de habitações e melhoria das condições

de habitabilidade e de saneamento básico; combater as causas da pobreza e os fatores de marginalidade, promovendo a integração social dos setores desfavorecidos; estabelecer e implementar uma política de educação para segurança do tráfego de veículos.

Além disso, o artigo 24 estabelece que compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre uma série de matérias, dentre elas, o direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico, as leis orçamentárias, a previdência social, proteção e defesa da saúde.

A União limita-se a estabelecer normas gerais e, na ausência destas, os Estados passam a exercer plenamente sua competência. O modelo brasileiro se assemelha bastante a seu correspondente alemão e dele pode se dizer que é orientado para um federalismo cooperativo.

A federação brasileira é baseada em três poderes: o Executivo, o Legislativo e o Judiciário, independentes e autônomos entre si. O Congresso Nacional é bicameral, composto por uma Câmara de Deputados e um Senado Federal. Cada Estado elege três senadores, sendo os deputados eleitos mediante uma fórmula de representação proporcional da população (mínimo de 8 e máximo de 70 por Estado).

A experiência brasileira apresenta, ainda, alguns instrumentos de interconsulta e intergestão entre os três níveis de governo. Na área da saúde, possuem especial destaque as Comissões Bipartites (estaduais) e Tripartite (nacional). É o caso, também, do Conselho Nacional de Política Fazendária (CONFAZ).

As amplas margens de ação dadas pela Constituição aos poderes infranacionais deram origem a uma situação especial no âmbito fiscal, que tem criado conflito entre as esferas de governo, no sentido de definir as capacidades e atribuições de cada uma. Um resultado disso é a conhecida "guerra fiscal", derivada das isenções conferidas por alguns Estados a empresas que neles interessem se instalar. Com isso, não só se perde arrecadação como se reduz uma desejável cooperação interestadual. Nesse aspecto, a ação do CONFAZ, como órgão regulador das políticas tributárias dos Estados, não tem sido muito eficaz.

Outra questão ainda por resolver é que, dadas as diferenças de porte, de população e de disponibilidade de recursos vigentes entre as unidades federadas brasileiras, torna-se pouco efetiva a autonomia plena e que lhes permita um desenvolvimento mais equilibrado e equitativo.

Outra fonte potencial de conflito entre as três esferas de governo tem sido a chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (promulgada em maio de 2000), que procura impedir que os governos subnacionais gastem mais do que sua capacidade de receita, o que põe em evidência os problemas da autonomia financeira dos Estados e dos Municípios em face da União.

O Brasil experimenta, desde 2003, um governo de esquerda, capitaneado pelo Partido dos Trabalhadores, sob a liderança carismática de Luiz Inácio Lula da Silva,

antigo líder sindical. A necessidade de compor alianças com setores menos progressistas, em busca de governabilidade, tem empurrado as decisões do governo para terrenos mais conservadores, inclusive nas áreas de saúde e previdência social. Os sindicatos mais organizados de trabalhadores industriais dos grandes centros urbanos e de funcionários públicos, muitos deles antigos aliados do governo Lula, estão, hoje, em franca oposição. Há inquietação na sociedade diante das reformas postergadas e das decisões conservadoras do governo, mas ela jamais chegou aos níveis de mobilização social observada na Argentina e na Venezuela, por exemplo.

Alguns dos principais indicadores de saúde do país estão mostrados no quadro abaixo. A situação no país, hoje, é de franca melhora de muitos dos indicadores, tendo como exemplo paradigmático a mortalidade infantil, mas as desigualdades internas continuam marcantes, tendo como foco principal as Regiões Norte (Amazônia Legal) e Nordeste bem como as periferias dos grandes centros urbanos, muito deles em crescimento desordenado. É visível uma polarização epidemiológica entre as doenças “velhas” e as degenerativas e congêneres, assumindo particular importância a mortalidade por causas externas, principalmente nos grandes centros urbanos.

BRASIL: Indicadores	CIFRAS
PIB (US\$ - bilhões) (2004)	615,0
Crescimento PIB (%) (2003)	0,52
Renda per capita (US\$) (2003)	2.824,
População (2003-2004)	173.966.052
% urbanizada	78%
Gasto saúde no PIB (%) (2001)	7,5
Leitos/1000 hab. (1999)	3,0
Mortalidade infantil (2000)	37
Mortalidade materna (2000)	260
Esperança vida nascer	68,4
Fecundidade (filhos/mulher) (1999)	2,33

Alguns aspectos dignos de referência no sistema de saúde brasileiro são:

- O Brasil vem experimentando um profundo processo de reforma sanitária desde a década de 80, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que tem como diretrizes principais: direito à saúde; saúde como responsabilidade pública; descentralização; controle social e financiamento compartilhado;
- A complexidade da federação brasileira, na qual os Municípios são entes federados tanto quanto a União, tem levado a dificuldades na implantação do sistema, que vêm sendo superadas gradualmente graças a mecanismos inovadores de gestão entre esferas de governo, dados pela Comissão Bipartite (que reúne Estado e Municípios) e Tripartite (com presença de três esferas de governo);

- O SUS veio superar um longo período de prestação não unificada de serviços de saúde, com uma previdência social administrada pelo Estado e um sistema público paralelo para os mais pobres e também voltado para o controle de endemias; o seguro saúde privado persiste no país de forma facultativa e complementar e, segundo algumas estimativas, cobriria em torno de 25% da população;
- No SUS, as atribuições de execução da prestação de serviços cabem aos Municípios, mesmo de alta complexidade; nos Estados mais pobres e onde o sistema está menos organizado, pode ocorrer alguma competição na prestação entre Estado e Municípios ou mesmo domínio daquele em algumas áreas, configurando uma situação de comando duplicado;
- O SUS está implantado em praticamente 100% dos Municípios do país, o que significa que, nestes Municípios, a transferência da gestão da saúde para as autoridades locais e para os conselhos encarregados do controle social, com algumas limitações, é uma realidade concreta;
- Como fatores limitantes persistentes ao desenvolvimento do sistema podem ser citados: baixo financiamento; cultura "tecnocêntrica" dos profissionais e dos usuários; falta de decisão política; baixa capacidade de gestão, principalmente nos Municípios e Estados mais pobres e remotos.

As Experiências em Perspectiva Comparada

Qualquer tentativa de comparação das experiências que foram trazidas ao evento esbarra em uma dificuldade de monta: a relativa incomparabilidade de boa parte das variáveis envolvidas na formação e no desenvolvimento dos sistemas de saúde. Assim, torna-se apenas possível buscar semelhanças mais gerais – não partir para um estudo comparado rigoroso – para dar conta de tal desafio. Com efeito, há muita riqueza de conteúdo, tanto nas apresentações dos países como nos debates que se seguiram, e querer colocar tal material em moldes comparativos restritos levaria, sem dúvida, a um enorme empobrecimento do que o encontro mostrou de fato.

O fato é que há semelhanças e há também diferenças entre os países presentes, de natureza política, cultural, histórica, demográfica, epidemiológica, etc., e elas se traduzem em fortes implicações sobre as experiências apresentadas.

Procurando enfrentar tais desafios conceituais e metodológicos, a presente análise se concentrará em alguns tópicos-chave, coincidentes, aliás, com as temáticas centrais do encontro e também com o que foram as questões mais destacadas das diversas apresentações, debates e análises realizadas. São eles:

- As relações federativas e o papel da esfera subnacional de governo;
- Os dilemas da fragmentação e da segmentação dos sistemas de saúde latino-americanos;
- Os dilemas da descentralização e da municipalização dos serviços de saúde;
- A Atenção Primária à Saúde como opção estratégica da organização dos sistemas;
- O papel das Funções Essenciais de Saúde Pública.

As Relações Federativas e o Papel da Esfera Subnacional de Governo

A natureza da composição federativa dos países é um tema primordial. A própria limitação de países convidados para o debate já demonstra um fato óbvio: a opção federativa típica não é absolutamente comum nas Américas. Mesmo entre os países presentes ocorrem variações importantes, desde a autonomia das províncias canadenses – quase verdadeiros países independentes – às situações mais comuns, de autonomia mais reduzida, nas quais se mantêm, de alguma forma, a capacidade discricionária, não só em termos econômicos como políticos, do poder central. O Brasil comparece em situação diferenciada; se não chega a ter o modelo do Canadá, certamente a autonomia de seus entes federados – aí incluídos mesmo os Municípios – é de maior monta que em seus vizinhos latino-americanos.

Um aspecto comum às experiências é a sua relação com fatores do contexto político da última década. É bem verdade que o Brasil e o Quebec se anteciparam em suas reformas de saúde, mas os demais países presentes praticamente tiveram seus processos de mudança desencadeados nesse período de grandes desafios e transformações. Mas mesmo no Brasil e no Canadá, os acontecimentos da última década do século XX produziram impacto importante sobre o *modus operandi* da implantação do sistema de saúde e, no caso especial do Quebec, geraram uma série de processos que poderiam ser configurados como uma reforma dentro da reforma.

Se, no Brasil e, compreensivelmente, no Quebec, tiveram menos repercussão as propostas do Banco Mundial do início da década, na Colômbia e na Venezuela, elas certamente foram determinantes. É bem verdade que neste último país o que prevaleceu não foi nenhuma das tentativas de reforma então esboçadas, as transformações da virada do século, já no contexto do Bolívarianismo. A Argentina, presa nas malhas de uma crise política e econômica duradoura, parece só ter assistido à deterioração do seu sistema de saúde, sem esboçar ações de reforma importantes, a não ser aquelas do contexto de estabilização mais recente.

O papel das esferas subnacionais de governo nos sistemas de saúde foi analisado de forma mais acurada pelos expositores brasileiros ligados ao CONASS, já que os demais se limitaram a trazer suas experiências sem maior contextualização nesse sentido. Evidentemente, embora as contribuições trazidas tenham se fixado mais na experiência brasileira, as reflexões produzidas possibilitam certo grau de generalização.

Em primeiro lugar, foi lembrado que a coexistência de um sistema privado de saúde, atuando – na melhor das hipóteses, de forma complementar, como no Brasil – não só é real e concreta, como precisa ser melhor compreendida e enfrentada.

O pacto entre gestores, que ensejaria uma regulação negociada, também é um aspecto no qual ainda há necessidade de haver muito avanço conceitual e operativo.

O processo de descentralização municipalizadora, como praticado pelo Brasil, pela Colômbia e por outros países tem muitas virtudes, mas também “efeitos secundários” importantes. Entre estes últimos aspectos, são lembrados: a fragilidade dos processos de regulação; a falta de definição precisa das responsabilidades sanitárias (no que o processo Fesp poderia trazer grandes contribuições); a relativa ausência de um consenso sobre o que deva ser a regulação do sistema e suas estratégias de atuação; a escassez de recursos, que cria obstáculos à ação conjunta e sinérgica dos três níveis de governo; o consenso também pouco firmado sobre a prioridade de Atenção Primária.

Foram lembradas, também, algumas dificuldades históricas da partilha de responsabilidades federativas, dentre elas, as desigualdades sociais, as características locais do federalismo e a concorrência com o modelo assistencial privatista, além da crescente demanda por métodos diagnósticos e medicamentos de alto custo sem o correspondente incremento das fontes de financiamento.

Da mesma forma, foi lembrado que o modelo brasileiro talvez tenha esgotado, no momento, algumas de suas disposições operativas básicas. A principal delas seria a chamada municipalização autárquica, vigente desde os primeiros movimentos de reforma, ainda na década de 80, e que praticamente procura reproduzir, no nível municipal, a estrutura de gestão vigente no sistema pré-reforma. Tal forma de descentralização é pernicioso, ainda mais se for lembrado que, no Brasil, como também foi apontado na Colômbia e certamente ocorre em outros países, há muitos municípios que não cumprem nem mesmo critérios mínimos para terem sido emancipados.

No lugar da autarquização, é proposta uma nova forma de intergestão, uma evolução histórica da experiência de 15 anos de SUS, a regionalização cooperativa. Este seria um fator essencial para se superar, de vez, o que já se chamou de “crise existencial” das Secretarias Estaduais de Saúde no Brasil.

Foi também posta em pauta, de forma mais expressiva pelo Brasil do que pelos outros países, a importante questão dos recursos humanos para a saúde. Um dos debatedores chegou a classificá-la como uma área de sombra no encontro. Um dos representantes do CONASS cunhou, a respeito, a seguinte frase: *“Com efeito, já temos um sistema único, mas não uma mão-de-obra única.”* Da mesma forma, constatou-se a relativa incapacidade das universidades em formarem profissionais para o sistema de saúde, tanto do ponto de vista qualitativo como quantitativo.

O CONASS considera que as esferas subnacionais de governo precisam ampliar e ter bem definidas quais são suas responsabilidades sanitárias bem como obter financiamento em níveis suficientes, aí incluídos recursos para capacitação e reposição de pessoal, aquisição e manutenção de equipamentos e conservação predial. Cumpre, também, reestruturar as redes regionais de serviços de promoção e de assistência à saúde, com economia de escala e sem barreiras ao acesso da população, o que tem especial implicação nas áreas metropolitanas, onde seria cabível desenhar mecanismos de gestão colegiada, com fundos financeiros comuns.

A defesa do fortalecimento do papel dos Estados e o reconhecimento de que, nos sistemas descentralizados e que buscam o bem público, ele é fundamental, foi bastante enfatizado pelos gestores estaduais brasileiros presentes, representados pelo CONASS. Segundo eles, os Estados têm atribuições e competências de formulação de políticas, regulação, equalização e suporte que lhes são inerentes e insubstituíveis. Um quadro mais detalhado de ações condizentes com tais atribuições foi apresentado, nele se destacando:

- Arbitragem dos processos de pactuação;
- Fortalecimento de experiências em regime de consorciamento;
- Introdução e garantia da equidade como parâmetro de financiamento;
- Introdução de instrumentos de financiamento à demanda x oferta;
- Fomento à participação social no nível regional (para o qual não há estrutura política correspondente);
- Regulação intensiva da alta complexidade.

O representante da Opas / Washington ofereceu subsídios importantes para a compreensão do papel das esferas subnacionais de governo em face dos dilemas atuais dos sistemas de saúde. Para ele, são desafios a serem enfrentados pelos gestores:

- Exercer profundamente a prática da priorização, seja de populações, de problemas, de eleição de intervenções sanitárias;
- Definir, com a maior precisão possível, os objetivos sanitários das políticas públicas que lhes competem;
- Construir e negociar, de forma permanente, processos integrados de planejamento setorial;
- Dominar política e tecnicamente as operações de mobilização de recursos;
- Construir consensos e formar coalizões de sustentação sociopolítica para as mudanças;
- Estabelecer, de forma permanente, o diálogo social, com abertura de espaço político de geração de consensos, definição de prioridades, formalização de compromissos e prestação de contas ("accountability").

Os Dilemas da Fragmentação e da Segmentação dos Sistemas de Saúde Latino-Americanos

O contexto internacional dos anos 90 é bem conhecido: final da “Guerra Fria”, hegemonia de uma razão neoliberal, fundamentalismo de mercado, globalização, etc. Os efeitos correlatos são indiscutíveis: homogeneização cultural, exclusão, explosão da informação e das tecnologias, rupturas no plano cultural, perda ou mudança de valores.

No campo da saúde, as transformações não foram menores: instituiu-se, de forma unificada, uma autêntica agenda de reformas orientadas ao mercado. Em tal processo, o Estado e suas instituições adquirem suspeição e fomenta-se o crescimento de um novo agente, o chamado setor público não estatal. Entretanto, as respostas sobre a saúde das pessoas não foram aquelas que os discursos auguravam, pois as iniquidades internas e comparativas verificadas nos indicadores de saúde dos países se tornaram crescentes. Enfim, constatou-se, nos anos 90 e depois deles, um imenso descompasso entre a evolução da situação sanitária geral e as respostas ensaiadas pelos sistemas reformados na ótica do mercado.

Ao par disso, ressurgiram enfermidades anteriormente controladas e novas enfermidades vieram à luz. Os indicadores disponíveis revelam tal situação de maneira gritante. As pessoas envolvidas no trabalho em saúde tiveram suas condições de trabalho deterioradas e suas relações de trabalho extremamente precarizadas. Como agravante, a incontestável e progressiva debilidade do Estado para cumprir com sua função gestora e reguladora sobre o sistema de saúde.

O curso das reformas da “safra” dos anos 90, inspiradas em um paradigma estabelecido pelo Banco Mundial (*Invertir en Salud* 1993), teve poucas exceções, que podem ser aqui declinadas honrosamente: Brasil, Cuba, Costa Rica e Canadá.

Assim é que se viu estabelecer, em toda a região, um sério impasse, resultante das intenções políticas reformistas que, porém, não encontraram o devido eco na realidade. Um quadro de fragmentação ou segmentação intensiva dos sistemas de saúde pode não ter sido criado com as reformas dos anos 90, mas certamente se ampliou muito depois delas.

A segmentação afetou e ainda afeta os vários países presentes no encontro, de forma diferenciada. O Quebec, por exemplo, que procurou enfrentá-la desde suas reformas primordiais nos anos 70, ostenta, hoje, seguramente, uma situação mais homogênea nessa questão, mantendo, sem dúvida, uma fragmentação latente, porém devidamente controlada por uma competência estatal reguladora robusta, o que vem a ser, aliás, a grande marca de seu sistema de saúde. A Colômbia, ao lado do Chile, são considerados os países latino-americanos mais afetados por tal viés, no sentido de que ele foi incorporado como fator orgânico e apropriado em suas reformas. Em maior ou menor escala, contudo, a segmentação está hoje presente em todos os sistemas de saúde latino-americanos.

Trata-se de um quadro bastante complexo, que tem como traços principais a superposição de redes e a ausência de complementaridade de serviços bem como de continuidade de cuidados, conduzindo à impossibilidade de uma atenção realmente integral. Os sistemas assim estruturados são extremamente limitados em sua capacidade de produzir resultados coletivos benéficos, além disso, por se apresentarem como instâncias de clientelismo, corporativismo e corrupção, pela insuficiência e falta de integração do planejamento, pela contumaz incapacidade de elaboração de contratos e instrumentos de pagamento que não gerem incentivos perversos.

Os desdobramentos negativos das reformas, entretanto, foram como que desfocados nas apresentações (salvo raras exceções); quem cuidou de resgatá-los e apreciá-los criticamente foram os debatedores.

Apontou-se, por exemplo, a forma homogênea e conservadora de tais reformas, não apenas pela sua inspiração ideológica neoliberal que, entre outras coisas, privilegia a privatização e preconiza a retirada do Estado. O próprio direito de acesso à saúde se vê questionado como benefício social. A saúde passa a ser tomada meramente como assistência médica, com modelos de reorganização que negligenciam as ações coletivas. Em outras palavras, essas reformas não almejam a reordenação efetiva do *status quo*, antes buscam a manutenção focal em ações prioritariamente curativas, assim mesmo de forma restritiva. Foi chamada a atenção para a necessidade de maior aprofundamento nos dilemas da articulação público/privada, historicamente estrutural nos sistemas de saúde. É preciso estar atento, entretanto, para a forma como tal relação se estrutura em cada país e de como se dá a regulação dessa articulação. Esse *mix* é, geralmente, muito perverso, pois, além dos subsídios diretos e indiretos do Estado, os profissionais circulam em ambos os subsistemas, daí derivando o trânsito de pacientes pelos serviços, fenômeno que nem sempre está em sintonia com as necessidades destes ou dos próprios sistemas de saúde, atendendo mais a interesses comerciais e corporativos. Lembrou-se, ainda, que os usuários compõem a sua cesta de consumo em saúde conforme a facilidade de acesso ou a capacidade de pagamento. Esse dilema não tem sido enfrentado seriamente pelos reformadores, advertem, e foi tomado como exemplo dessa afirmativa o próprio sistema brasileiro.

Foi apontado, ainda, que a segmentação e a fragmentação são estruturais nos sistemas de saúde latino-americanos e que, nesse aspecto, as reformas podem ter exacerbado alguns dos traços perversos e até mesmo criado novos problemas, ao privilegiar uma perspectiva economicista, pragmática e restritiva, além de estimular um experimentalismo bastante acrítico. As segmentações de antes deveriam ser distinguidas das atuais, pois não possuem autonomia em relação aos respectivos processos de reforma; ao contrário, são orgânicas aos mesmos.

Houve, também, questionamentos sobre os conteúdos da agenda existente nos primórdios das reformas da década passada e daquela que está atualmente colocada. No

contexto latino-americano, convive-se, historicamente, com uma proteção social não estritamente baseada no princípio da igualdade, mas com o dualismo, em que apenas parte da população está inserida. São sistemas cuja base organizativa é frágil e deficitária, ou seja, têm seu financiamento baseado na inserção no mercado de trabalho, o que remete à necessidade permanente de diversificar as fontes de recursos. A subordinação das reformas à lógica financeira implica outras formas de subordinação, delas derivando uma reforma do Estado que privilegia uma redefinição restritiva de suas funções, com a conseqüente focalização e não a universalização do gasto social. Este é um tema a ser enfrentado no debate político contemporâneo: a importância da redução de iniquidades, além da capacidade de construir sistemas de saúde dotados da capacidade de promover acesso e equidade. Destacou-se, também, o fenômeno atual da "dessolidarização" da classe média em relação às classes de trabalhadores e aos pobres. O caso brasileiro, apesar de seus avanços, é também portador desse desvio, pois nele os que podem pagar se transferem para os seguros privados, muitas vezes, subsidiados pelo próprio Estado.

Os Dilemas da Descentralização e da Municipalização dos Serviços De Saúde

A descentralização é aspecto central de todas as experiências apresentadas, embora existam nuances importantes em cada uma delas. O Brasil e a Colômbia têm propostas semelhantes, mais radicais em relação ao objeto final da mesma – os Municípios. A Venezuela dá seus primeiros passos. O Quebec é um caso de sistema de saúde e serviços sociais descentralizado, sem dúvida, mas a disposição municipalista é mais recente, somente fazendo parte da reforma da reforma dos últimos anos. De todos os países presentes, a tendência municipalizadora pareceu menos enfática na Argentina, pelo menos nos moldes brasileiros e colombianos.

Como destacou um dos apresentadores, a experiência internacional tem demonstrado que descentralizar o poder é pôr em destaque e proteger o interesse local e regional contra o interesse centralista, o que, longe de entorpecer e enfraquecer o Estado, cria fatores de coesão à unidade nacional. Exemplos disso são a Inglaterra, a Espanha e a Itália e contra-exemplo a antiga Iugoslávia, que, ao assumir políticas centralistas radicais, terminou por ser extinta como Nação.

A apresentação do Conasems (organismo representativo dos Secretários Municipais de Saúde brasileiros) pôs em destaque alguns aspectos-chave da discussão da descentralização. Em primeiro lugar, sua natureza é ambivalente: ao mesmo tempo, um princípio político e uma diretriz organizativa. Ela implica o deslocamento, consentido e mediado, de prerrogativas, de gradientes de poder e de margens de autonomia entre os

entes governamentais. Implica, ainda, a abertura de espaços permanentes de mediação política entre os gestores governamentais de saúde bem como a conformação de estratégias institucionais, administrativas e programáticas.

Para o Conasems, a dinâmica entre os movimentos de centralização e descentralização não pode ser determinada pela fixação normativa de um dos dois pólos. Trata-se de uma tensão dialética, permanente e necessária. O importante é que prepondere uma tendência: a descentralização. Outras estratégias devem coexistir, para ordenar, regular e evitar a fragmentação; tal é o caso da regionalização.

A experiência brasileira de descentralização e definição de papéis de governo foi defendida pela sua forma inédita e profunda, tanto nos seus aspectos ideológicos como conceituais e operacionais. O caminho seguido no país foi considerado como irreversível, configurando uma imagem-objetivo que foi denominada de regionalização cooperativa. A atribuição da gestão plena do sistema de saúde a boa parte dos Municípios é vista também como um enorme avanço, ainda mais ao se considerarem as dimensões, a complexidade e as desigualdades do país, bem como seu federalismo singular, em que cada Município, por menor que seja, é também um ente federado, tanto quanto a União ou o mais rico e populoso dos Estados.

A "resposta brasileira" de descentralização foi destacada pelos apresentadores do CONASS, do Conasems e do MS como prenhe de conquistas, cujo compartilhamento pode interessar aos demais países da região. Foi destacado, por exemplo, o Processo de Pactuação Integrada entre Municípios e Estados (PPI), algo que vem sendo praticado com cada vez maior profundidade no país e que contém, em si, germes de superação de alguns dos fortes impasses do processo de descentralização, embora padeça também dos riscos de uma potencial assimetria de conhecimento técnico e poder político dos entes envolvidos.

Outro instrumento eficiente desenvolvido dentro da experiência brasileira teria sido o chamado repasse fundo a fundo, que supera a natureza convenial tradicional assim como agiliza e desburocratiza as transferências de recursos entre as esferas de governo.

A apresentação colombiana destacou o fato de que o processo de descentralização no país, desencadeado pelas reformas dos anos 90, decorre de uma *"nueva concepción del desarrollo fundamentada en la Apertura e Internacionalización de la economía – globalización"* (Otalvaro).

Destaca-se, entretanto, que, nesse país, a regionalização da reforma é mais uma peça jurídica do que real, que superpõe as organizações territoriais democraticamente reconhecidas, o que gera não só enormes contradições como superposição de funções e desperdício de recursos. Na Colômbia, como no Brasil (e talvez também em outros países), é amplamente reconhecido que muitos Municípios carecem de viabilidade fiscal – e isso tem sido um obstáculo de monta ao processo descentralizador.

Com dez anos de reformas, a Colômbia ainda intenta descentralizar efetivamente seu sistema de saúde e cuidados sociais até o nível municipal e, assim, reduzir as iniquidades vigentes no setor. Ainda restam por ser cumpridas etapas estratégicas variadas, como criar mecanismos de subsídios à demanda e desenvolver um modelo assistencial calcado na integralidade e na configuração em rede dos serviços de saúde. Em outras palavras: *“crear un verdadero Sistema de Salud; integrar los subsistemas Seguridad Social, Privado y Público.”*

A questão da descentralização foi bastante aprofundada também nos debates e uma síntese destes é oferecida a seguir.

Foi lembrado que os grandes desafios à regionalização do sistema de saúde estão fora do setor saúde e que subsiste o enorme dilema, que é construir sistemas universais de saúde na periferia do capitalismo, em países marcados pela heterogeneidade e pelas desigualdades sociais.

Alertou-se para o fato de que só um pensamento crítico e estratégico seria capaz de orientar o que fazer, com quem fazer e, sobretudo, como fazer a descentralização. Ela tem, sem dúvida, uma dimensão administrativa, mas carece ser complementada por dimensões estratégicas e políticas, já que implica a redistribuição territorial do poder. O território, como se sabe, não se constitui apenas como espaço físico, mas é um todo complexo, onde se entrecruzam os poderes econômico, político, cultural e simbólico. O que se passa no território não pode ser modulado ao bel-prazer dos gestores de saúde, pois nele está entranhada a questão do poder.

A descentralização é, portanto, matéria que envolve expressão política e poder. Descentralização é um meio e, em si, nada molda, antes se amolda a um determinado projeto político, e é por isso que se presta tanto a democratizar quanto a centralizar. Ela encarna um projeto político e não é um fim em si mesma.

Além da questão do poder político, entretanto, a descentralização comporta duas outras dimensões: administrativa e financeira. É efetiva a descentralização que garante autonomia nessas três dimensões. Na América Latina, não seria difícil demonstrar que a descentralização que vem sendo praticada na maioria dos países estaria longe de ser considerada uma política de Estado.

Questionou-se o porquê de, ainda hoje, numa época em que existe o acúmulo de tantos conhecimentos sobre saúde e sociedade, a descentralização não tenha sido implementada de fato. Seria a perspectiva considerada apenas pelo lado virtuoso, algo “bom em si mesmo”? Não se deve desprezar o fato de que a descentralização pode estar associada, simultaneamente, a processos realmente democratizadores e a processos de verdadeira desresponsabilização do Estado Nacional. Em outras palavras, os processos de descentralização polarizam-se entre democratizar ou racionalizar recursos e privatizar, ou seja, comportam-se como um verdadeiro “camaleão” e se adaptam à situação em que são engendrados.

Alertou-se, ainda, que poderia ser perfeitamente inócua uma proposta de descentralização não acompanhada de investimentos que supram os vazios de infra-estruturas existentes. Assim como na questão da segmentação, também é preciso aprofundar a discussão sobre a composição entre o público e o privado nos países, que apresenta muitos problemas e até mesmo relações promíscuas. Os diversos federalismos levam a soluções, mas também a problemas. Exigem, de modo geral, verdadeiras engenharias políticas capazes de criar espaços institucionais de negociação e de construção de consensos, com conseqüente e necessária preservação do comando único municipal e também da gestão estadual na coordenação regional. Torna-se preciso, também, pensar em outras formas de gestão, que envolvam mais os cidadãos, pois, da forma como os sistemas de saúde, particularmente na América Latina, estão estruturados, ninguém é cidadão. O grande desafio é o de transformar esses indivíduos e consumidores em sujeitos, agentes e cidadãos portadores de direitos.

No caso brasileiro, especificamente, foi feita a crítica (certamente generalizável) de que as políticas de descentralização se imbuem de elevado voluntarismo, configurando-se como políticas de governo, não de Estado. Há também um pressuposto falso, o de que o poder local não é mais virtuoso que o central. Além disso, revelam-se, na realidade heterogênea do país, evidências de que a descentralização na saúde talvez seja mais fácil de ser implementada nos Municípios de médio porte, mas é extremamente problemática nos pequenos, ou seja, na maioria dos Municípios brasileiros, porque eles têm dificuldades até mesmo de se estabelecerem como Municípios, de cumprirem com alguns requisitos mínimos. Nas grandes metrópoles, é ainda mais complexa a implementação da descentralização. Além disso, existem algumas outras dificuldades, dadas as peculiaridades do federalismo brasileiro: por exemplo, os governadores não aceitam facilmente a divisão de poder e o estabelecimento de poderes regionais. A lógica da reprodução política recomenda, também, que os Municípios pensem apenas em si, sem compartilhar as suas dificuldades com outros. Existem, portanto, contradições entre as próprias esferas de governo.

A Atenção Primária à Saúde como Opção Estratégica da Organização dos Sistemas de Saúde

A apresentadora principal do tema, Dra. Bárbara Starfield, docente e pesquisadora da *Jonhs Hopkins University* e talvez a maior referência contemporânea sobre Atenção Primária à Saúde, trouxe ao Encontro de Gestores uma visão conceitual privilegiada sobre o tema e, ao mesmo tempo, um panorama internacional sobre a APS nos diversos contextos dos sistemas de saúde do mundo.

Conceitualmente, colocou a APS como: provisão do primeiro contato; da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades relativas à saúde, referindo-se somente àqueles casos muito incomuns para que o nível de competência seja mantido e à coordenação dos cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.

Além disso, lembrou, exige a APS o necessário compromisso dos governos para o desenvolvimento de um conjunto de ações básicas orientadas para a população, inserido no contexto de outros níveis e tipos de ações. APS é uma estratégia que exige planejamento para a alocação apropriada de recursos, o que compromete sobremaneira o nível regional (estadual, provincial, etc.) de decisão nos sistemas de saúde. São aspectos fundamentais da decisão em tal nível: contemplar as necessidades de saúde da população; garantir que os recursos sejam distribuídos equitativamente (de acordo com as necessidades relativas de diferentes subgrupos populacionais); prover acesso (transporte, comunicação) aos centros regionais de atenção especializada; monitorar mudanças em saúde, constantemente, para garantir que as intervenções sejam efetivas e não provoquem qualquer prejuízo imprevisto.

Mostrou, ainda, abundantes evidências de que os países cujos sistemas de saúde são orientados pela APS destacam-se por apresentarem menores taxas de crianças com baixo peso ao nascer e de mortalidade infantil, especialmente a pós-neonatal; menos anos de vida perdidos por suicídio; menos anos de vida perdidos, atribuídos a todas as causas, com exceção de causas externas; maior expectativa de vida em todas as idades, com exceção da maior ou igual a 80 anos. Em suma, os países que apresentam melhores níveis de saúde têm seus sistemas de atenção orientados para e pela Atenção Primária, além de terem distribuição mais equitativa de recursos alocados, serviços ou seguros de saúde providos pelo governo, com pouco ou nenhum seguro privado de saúde ou co-pagamento por serviços de saúde.

A APS, enfim, mostra-se tão importante dentro dos países quanto entre eles, conforme também demonstrou, apresentando dados comparativos internacionais.

A experiência brasileira foi, naturalmente, bastante destacada. Foram divulgados e analisados alguns dos avanços possibilitados pela priorização da Atenção Básica e pela implantação dos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com aumento significativo da cobertura populacional no país pelos serviços de saúde. Resta, porém, suprir as diferentes áreas do país (urbanas remotas e rurais, por exemplo) de forma mais igualitária com tal estratégia. Da mesma forma, a alocação de recursos *per capita* para a Atenção Básica melhorou o desempenho dos programas entre as regiões, mas o fato de essa distribuição não levar em conta alguns indicadores de saúde, assim como as diversas estruturas dos sistemas locais de saúde, inclusive quanto às coberturas dos planos de saúde privados, pode comprometer os efeitos

positivos já obtidos. A mudança efetiva do modelo assistencial é um objetivo consistente, mas ela só ocorrerá de fato se houver investimentos também em outras dimensões da atenção. Da mesma forma, é imperativa a transformação das práticas e processos de trabalho no cotidiano dos serviços.

No caso da Colômbia, houve especial destaque para um programa de APS realizado pela Administração Departamental de Bogotá, através de Equipes Básicas de Atenção Familiar. É forte a ênfase na divisão do espaço em territórios sociais para organização da resposta social, a partir da identificação das necessidades nas zonas de condições de vida e saúde. Adotou-se, assim, uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde, com ênfase na definição intersectorial de agendas, participação social dita estruturante, mediante círculos de gestão de resultados de PAS e de qualidade de vida, articulação entre redes intersectoriais e sociais de serviços de saúde, com objetivo explícito de superar iniquidades.

Estabeleceu-se, assim, um processo autêntico de reordenamento do trabalho em saúde, com a formação das Equipes Básicas de Atenção Familiar e Comunitária, uma para cada 800 famílias (em média 3,5 mil pessoas), constituídas por médico, enfermeiro, auxiliar e promotores de saúde. As famílias são adscritas a equipes e a pontos de atenção. Há, também, equipes de apoio, organizadas em torno de um complexo de APS. O processo de mudança inclui, também, a organização de redes de atenção, envolvendo Atenção Primária, especializada, de urgências e de internações, entrecruzadas por linhas de assistência, para conformar uma rede de respostas às necessidades sociais e integração de planos de benefícios.

O Programa *Barrio Adentro*, apresentado pela Venezuela, é também um exemplo típico de aplicação dos princípios da APS. No caso, é uma política de governo federal aplicada às realidades locais, fazendo parte do que ali se denomina de *missiones sociales*, uma política construída dentro dos princípios bolivarianos, ou seja, uma nova forma de dar respostas diretas à população, com incorporação ativa desta, mediante a ruptura com as estruturas burocráticas das instituições tradicionais, partindo das necessidades sociais das comunidades. No discurso das autoridades, trata-se de uma política com enfoque em direitos sociais e construção de uma nova institucionalidade.

Barrio Adentro busca ser o eixo articulador de uma nova política de saúde na Venezuela e representaria a concretização da APS como prioridade das ações de governo. Foi considerado, ao lado do PSF do Brasil, como uma iniciativa capaz de promover uma mudança de foco na política de APS e de enfrentar, de forma mais expressiva, a questão da intersectorialidade das ações. É necessário, entretanto, acompanhar o seu desenvolvimento e, principalmente, avaliar seus resultados.

O caso do Quebec, mais uma vez, tem suas especificidades. Representa um esforço de aprofundamento das reformas iniciadas nos anos 70 do século passado, com a aproximação dos campos da saúde e dos serviços sociais dentro de uma única política, consubstanciada nos CLSC – Centros Locais de Saúde Comunitária.

O movimento atual no Quebec, entretanto, é de revisão da política de Atenção Básica. É feita uma crítica ao modelo original, que tinha uma abordagem focalizada, principalmente, no aspecto curativo, com lacunas na visão populacional e disparidades de oferta de serviços; era desenvolvido para uma clientela mais jovem e que demandava cuidados de curta duração, havendo que se observar a realidade de envelhecimento crescente da população; havia, além disso, certa onipresença de serviços especializados de média e alta complexidade, com conseqüentes dificuldades de acesso e/ou de continuidade dos serviços em um território determinado.

Na nova proposta, a abordagem curativa cede espaço para uma abordagem mais global; fica definida a responsabilidade populacional; a intervenção se dá tanto antes como depois dos episódios de internação e busca-se a acessibilidade igual para todos os cidadãos aos serviços de saúde e serviços sociais. Duas novas figuras são incorporadas ao sistema : as Redes Locais de Serviços - RLS, cujos objetivos são a melhoria da acessibilidade, a continuidade e a qualidade dos serviços prestados, e as Agências, com caráter regional, visando dotar a região de uma visão global de metas, através de planos estratégicos plurianuais, facilitar o desenvolvimento e a gestão das RLS e favorecer e alimentar as mudanças em curso.

Não restou dúvida, não só pelas experiências apresentadas pelos integrantes da Mesa, como, particularmente, pelo vasto panorama internacional trazido pela Dra. Bárbara Starfield, que estão definitivamente confirmadas as vantagens, em termos de resultados, dos sistemas de saúde que se estruturam a partir da Atenção Primária (APS) ou que priorizam esse âmbito da atenção como porta de entrada.

Ainda há problemas a serem enfrentados, como, por exemplo, a persistência da ênfase nos cuidados curativos, as disparidades da oferta, a dificuldade de garantir a integralidade da atenção, a chamada cobertura vertical, etc. Permanecem tais desafios mesmo nos sistemas mais bem estruturados. Igualmente, seria desejável, como fator de reforço à APS, a construção de redes de serviços mais articulados e integrais, inclusive à custa de parcerias variadas.

Um ponto considerado polêmico diz respeito a qual componente privilegiar na organização dos serviços: APS, média ou alta complexidade? Na verdade, trata-se de um falso dilema. O mais importante é a integração e o equilíbrio entre essas dimensões intimamente relacionadas entre si, pois é sabido que investimentos isolados levam ao desperdício e à ineficiência.

Há também uma afirmativa considerada falsa e perigosa, que diz que a APS requer baixa utilização tecnológica e tem baixo custo. Na realidade, a boa Atenção Primária assegura mais efetividade ao cuidado especializado, mas não chega a eliminar a necessidade de acesso à tecnologia disponível e requer pessoal capacitado. Além disso, um bom atendimento básico pode até incrementar a demanda por exames e atenção especializada, sendo necessários, muitas vezes, investimentos de monta para estruturar um bom sistema de Atenção Primária, em termos de infra-estrutura ou capacitação.

Enfatizou-se a questão da capacitação profissional para a APS, com foco na sua complexidade, a qual tem uma história secular e sobre si colocadas sempre exigências novas e de grande magnitude. Não se trataria apenas de uma questão de informação, de transmissão de conhecimentos ou de treinamento específico. Há que se levar em conta, também, a precariedade da infra-estrutura do sistema de saúde, o que faz com que mesmo profissionais bem treinados não consigam melhorar o desempenho dos serviços. São destacados, principalmente no caso brasileiro, investimentos adicionais e crescentes na "capacitação para a mudança", como também em pesquisas em serviços de saúde, o que permitirá melhor abordagem de muitos problemas que requerem novas práticas, metodologias e instrumentos ainda não disponíveis.

Foram também destacadas questões ligadas à percepção dos usuários sobre suas necessidades de saúde no contexto da APS. Trata-se de matéria complexa, que envolve desde a difusão de informações sobre tecnologia médica pelos meios de comunicação de massa até a concepção de saúde, de doença e do direito de acesso aos serviços. Decorrem interpretações, posturas e práticas nem sempre adequadas, tanto dos profissionais como dos usuários, que oneram os serviços e dificultam a obtenção de melhores resultados. Dentro de uma perspectiva de melhor compreensão e até mesmo de superação de dificuldades como essa, é que se propõe que o "novo" (no caso a APS) deve ser introduzido sem desconsiderar o "antigo" (por exemplo, as unidades básicas tradicionais), que proporcionam uma assistência que não pode ser desqualificada, mas sim integrada, de forma a incrementar o sistema em mudança.

A esse respeito, foi lembrada, tanto em apresentações como nos debates, uma pesquisa de desempenho da Atenção Básica realizada, recentemente, no Município de Petrópolis-RJ, que demonstrou que mesmo a população coberta diretamente pelo Programa de Saúde da Família continua a utilizar as unidades antigas. A pesquisa mostrou, ainda, que, em algumas das oito dimensões da APS (acesso, porta de entrada, vínculo, elenco de serviços, coordenação, centralidade na família, orientação para a comunidade e formação profissional), as unidades tradicionais obtiveram melhor desempenho que as unidades do PSF. Curiosamente, a população avalia melhor o desempenho global do PSF. A pesquisa de Petrópolis permitiria recomendar, entre outros aspectos, a necessidade de se criarem e se fortalecerem parcerias entre os serviços de APS e os tradicionais, sem estabelecer separações artificiais, que não refletem a dinâmica do sistema local e nem as escolhas dos usuários.

A APS como porta de entrada é outro desafio para a reorganização dos sistemas de saúde da região, particularmente daqueles em que não existe tal tradição ou que, historicamente, não foram organizados dessa forma, como é o caso da maioria. Não é um problema apenas normativo, pois inclui também mudanças no processo de trabalho, na cultura institucional e na consciência sanitária da população. A aceitação, pela população e pelos profissionais, de se constituir a APS como verdadeira porta de entrada implica a

constatação de resultados concretos e efetivos da prestação da atenção. Em outras palavras, se o cidadão não obtém o que precisa, com a agilidade necessária e com boa resolatividade, será impossível alguém convencê-lo das vantagens da organização regionalizada e da porta de entrada previstas pelos técnicos. Esse cidadão acabará por buscar alternativas próprias para equacionar suas necessidades. Em suma, há que se reordenar e reestruturar as duas portas de entrada fundamentais dos sistemas de saúde - APS e emergência. Trata-se de uma operação complexa, em que se faz necessária a regulação forte do direcionamento do usuário no sistema e de integração de níveis de atenção. Assim, tal redimensionamento com prioridade na APS pressupõe mudanças mais amplas, que abrangem não apenas o nível básico de atenção, mas também os demais. Enfim, APS como eixo direcionador do sistema de saúde pressupõe uma reorganização que tenha a garantia da integralidade do cuidado como meta.

Sobre a APS na agenda contemporânea das reformas de saúde, destacou-se a proeminência do cuidado curativo médico nelas presente *versus* as ações de saúde pública. Trata-se de uma agenda de reforma bastante conservadora e difundida amplamente, de forma muito homogênea, e que possui visível inspiração ideológica neoliberal, privilegiando a privatização e a retirada do Estado e colocando em cheque a questão do direito de acesso à saúde. São reformas que não almejam, de nenhuma forma, a reordenação dos sistemas de saúde, mas sim a manutenção do foco curativo, em uma perspectiva restritiva. No caso da América Latina, constatou-se, mais uma vez, que muitas das reformas em curso não foram centradas na APS e, em conseqüência, vem ocorrendo, em muitos países, o recrudescimento de epidemias e doenças endêmicas outrora controladas, dada a redução ou a ineficácia das ações de promoção e prevenção da saúde.

A relação entre os setores, ou subsistemas, público e privado, historicamente estrutural nos sistemas de saúde em pauta e mesmo naqueles considerados mais estatizados como o NHS inglês, é um ponto-chave na discussão da APS. Em cada país, surgem arranjos organizacionais distintos, mas esse *mix* pode ser considerado potencialmente perverso, não só pelos subsídios estatais, como pela circulação anômala, seja de profissionais ou mesmo de pacientes entre os vários subsistemas. O debate sobre a APS não pode, portanto, desconsiderar a composição pública e privada dos respectivos sistemas de serviços locais de saúde, pois estão em jogo os resultados das ações de saúde no sentido da superação das desigualdades. Essa é considerada uma discussão que ainda não foi devidamente enfrentada no Brasil e talvez na América Latina como um todo.

O papel das Funções Essenciais de Saúde Pública

As chamadas *Funções Essenciais da Saúde Pública* (Fesp) foram apresentadas como condição e como processo. Podem ser definidas pelos seus componentes: (a) monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população; (b) instrumento de vigilância e promoção da saúde, investigação e controle de riscos e danos para a saúde pública; (c) fator facilitador para a participação dos cidadãos na saúde; (d) idem para o desenvolvimento de políticas e capacidade institucional no planejamento da saúde pública e para o fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública. Além disso, têm relação direta com a avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde; com o desenvolvimento em recursos humanos em saúde pública, contribuindo para a garantia e o melhoramento da qualidade dos serviços individual e coletivo, bem como para o desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública.

O Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil – CONASS – estabeleceu cooperação com a Organização Pan-americana de Saúde (Opas/OMS), com vistas a promover a adaptação das Fesp para sua aplicação no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde no país, fazendo parte do Programa de Apoio aos Gestores do SUS, o PROGESTORES, co-financiado pelo MS.

Na compreensão do CONASS e do MS do Brasil, as Fesp constituem atribuições indispensáveis a serem exercidas pelos órgãos gestores da saúde, que permitam melhorar o desempenho das práticas de saúde, por meio do fortalecimento das suas capacidades institucionais. Do ponto de vista operacional, onze funções essenciais foram identificadas como cruciais para a prática da saúde pública nos países das Américas e estão contidas no instrumento de desempenho desenvolvido pela Opas em colaboração com outras agências. São elas:

- Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde da população;
- Vigilância, investigação e controle dos riscos e danos na saúde pública;
- Promoção da saúde;
- Participação dos cidadãos na saúde;
- Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planificação e gestão em saúde pública;
- Fortalecimento da capacidade institucional de regulação e fiscalização em saúde pública;
- Avaliação e promoção do acesso equitativo da população aos serviços de saúde necessários;

- Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública;
- Garantia e melhoria de qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos;
- Investigação essencial para o desenvolvimento e implementação de soluções inovadoras em saúde pública;
- Redução do impacto de emergências e desastres em saúde.

A medição do desempenho das Fesp torna-se, assim, um processo de auto-avaliação, realizado pelos gestores da saúde, relativo ao desempenho dessas funções essenciais, com o objetivo de identificar os pontos fortes e os fracos da sua atuação, de modo a poder reorientar as ações futuras. A medição não é uma avaliação externa da gestão dos órgãos da saúde nem de seus dirigentes como também não tem utilidade para classificação ou comparação entre diferentes gestões e gestores. A única comparação possível é entre as sucessivas medições, ao longo do tempo.

O CONASS considera que a medição do desempenho irá permitir a identificação global dos pontos, fracos e fortes, das práticas de saúde no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde, além de possibilitar um diagnóstico operacional das áreas que requerem maior apoio para fortalecer a sua infra-estrutura, entendida em sua mais ampla acepção, isto é, incluindo as capacidades humanas e as instalações e equipamentos necessários para seu bom desempenho. Esse exercício metodológico deverá, portanto, permitir o melhoramento das práticas de saúde, estabelecendo padrões de bom funcionamento e pontos de referência para o melhoramento contínuo, além de lhes conferir maior transparência. Espera-se, ainda, que a medição possa subsidiar processos mais criteriosos de distribuição dos recursos para as ações de saúde.

Era imprescindível que a aplicação da metodologia e dos instrumentos de avaliação das Fesp nas Secretarias Estaduais de Saúde fosse precedida de adaptações e adequações para poderem ser elementos de fortalecimento do desempenho da capacidade gestora dos estados. O processo de adaptação desenvolvido pelo CONASS envolveu deliberações coletivas tomadas em oficinas de trabalho, utilizando-se a técnica da "construção de consensos". Esse processo de trabalho se alternou com a revisão e a elaboração das mudanças nas Fesp individualizadas, por parte dos consultores contratados. Foi um movimento de apropriação que implicou na avaliação das onze funções em seus aspectos conceituais, estruturais e operacionais.

O produto das oficinas realizadas permitiu algumas definições e encaminhamentos importantes para o processo, do ponto de vista metodológico. Assim, a adaptação visou não apenas considerar os princípios, as diretrizes e as definições legais do SUS, mas também ter como foco as responsabilidades sanitárias da esfera estadual do SUS e incluir uma nova função estrutural para a Autoridade Sanitária Estadual: a de organizar/reorganizar o modelo de atenção à saúde no âmbito do seu território.

A mudança, a supressão e a incorporação das definições, indicadores e perguntas (medições) respeitaram, ao final, a estrutura do documento e a sua coerência interna para não gerar alterações no resultado final das medições. A aplicação dessas orientações produziu um grande número de adequações; em algumas um simples ajuste, em outras, a total substituição do conteúdo.

O processo, exaustivo, mas instigante e enriquecedor, convenceu todos os participantes da importância e da oportunidade de levá-lo às Secretarias Estaduais de Saúde e, assim, propiciar um processo de auto-avaliação, que será, também, uma reflexão coletiva profunda e proveitosa para todos os atores envolvidos na construção do SUS no âmbito estadual. Demonstrou-se claramente, ainda, que as definições e medição das funções reforçam o papel do Estado e da instância pública, reafirmando a saúde como prática social a ser melhorada e a população como ator principal desse movimento. A proposta supera a visão estreita do Estado Mínimo e do mercado como regulador das ações de saúde, propagada internacionalmente pela onda neoliberal e que alguns atores tentaram equivocadamente atribuir à iniciativa. Ao definir a saúde pública como o esforço organizado da sociedade, principalmente por suas instituições de caráter público, para promover, melhorar, proteger e restaurar a saúde das populações através de ações de natureza coletiva, as definições e medições das Fesp ampliam e atualizam a concepção tradicional da saúde pública formulada ainda nas primeiras décadas do século XX, impregnada por um forte viés higienista.

Apesar de as definições e as medições das Fesp produzidas pela Opas trabalharem com um conceito de saúde pública mais abrangente, como citado anteriormente, em muitas das definições, ele ainda era aplicado em sua concepção mais restrita, o que levou o CONASS adapta-lo e "traduzi-lo" para a realidade brasileira, incorporando o conceito de saúde como direito de cidadania garantido constitucionalmente pelo Estado Brasileiro e os princípios do SUS, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a democratização, o controle social e a descentralização. Nesse sentido, a título de exemplo, foi substituído o conceito de "melhoria do acesso" por "garantia de acesso" e trabalhou-se sempre com os conceitos de "acesso universal e equitativo" e de "integralidade da atenção". Entretanto, foi mantida a definição da responsabilidade de melhorar as políticas de acesso dirigidas aos setores e aos grupos em desvantagem social, como, por exemplo, populações indígenas e população presidiária, para preservar o princípio da equidade. Além disso, outra mudança significativa foi a ampliação da concepção de vigilância de saúde pública, muito focada na vigilância epidemiológica, para uma concepção mais abrangente de vigilância, incorporando as políticas, o planejamento e a gestão da vigilância sanitária, da vigilância ambiental e da saúde do trabalhador, conforme estabelecido na Constituição e na Lei 8.080/90.

Finalmente, foi destacado pelo CONASS que a proposta de fortalecimento do desempenho das Fesp no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde está inserida em um contexto amplo de fortalecimento das responsabilidades dos gestores estaduais, fazendo parte de um conjunto de estratégias do CONASS, em que se busca o fortalecimento das relações de parceria com os demais níveis de gestão do SUS e com organismos de apoio, como a Opas, para a construção de novos modelos de cooperação técnica que resultem efetivamente no aperfeiçoamento do processo de gestão do Sistema Único de Saúde com resultados favoráveis no atendimento das necessidades de saúde da população brasileira.

O relato colombiano refere-se à experiência de implementação das Fesp no Departamento do Valle del Cauca. Vale lembrar que, na saúde, o sistema colombiano é de financiamento e operação mista entre Estado e Mercado, cabendo ao primeiro competências importantes. Assim é que serviços de saúde são comprados pelo Estado dos hospitais públicos e privados para serem oferecidos às pessoas que não possuem assistência de saúde.

O Vale do Cauca localiza-se na costa pacífica e possui uma população estimada em 4.500.000 habitantes. A região é composta por 42 municípios. Dados apontam que 31% da população encontra-se desassistida pelo sistema de saúde. A região convive com grupos armados e o narcotráfico, o que impede o acesso da população rural aos serviços de saúde pública.

O processo de medições essenciais surgiu no final de 2003, mediante acordo de cooperação entre o governo local, o estado, a universidade e outros organismos. A metodologia foi construída em diferentes etapas. Como decorrência, foram apresentados ao governo departamental, recém empossado, os resultados da metodologia aplicada aos serviços essenciais, com o fim de articular a participação dos diferentes atores na avaliação dos resultados, visando a uma conscientização e a uma aliança em torno dos serviços essenciais.

Foi realizada a medição e a sub-medição dos indicadores em quatro regiões, em que foram obtidos diferentes resultados. No Vale do Cauca, monitoramento e análise estavam abaixo dos índices do país. Em nível local, o apoio das entidades foi frágil, bem como a participação dos cidadãos nos serviços de saúde. Entretanto, as mudanças ocorridas no país, em 2001, provocaram alterações nas normas de saúde. Isso alterou as ações estaduais, a partir de então mais voltadas para o acompanhamento das diretrizes propostas pela medição das Fesp na região.

Um indicador bem avaliado no país foi o da redução dos desastres e emergências na saúde. Isso foi possível mediante a parceria e assessoria firmada entre a Secretaria de Governo e Saúde e outros atores como a Cruz Vermelha, os comitês locais, os hospitais e as instituições, a fim de reduzir os impactos quando tais desastres ocorrem.

Em relação à capacidade institucional e gestão, foi firmado convênio com a Opas, permitindo, assim, um fortalecimento institucional e uma redefinição nas políticas estatais. Quanto à solidariedade e à justiça social, busca-se ainda efetivá-las por meio dos serviços sociais. Como estratégias empregadas, são citadas: a implementação da descentralização, o bem-estar social com equidade, o desenvolvimento econômico com emprego e a gestão territorial com desenvolvimento.

Conclusões Finais

Sem dúvida, os anos 90 representaram uma década de relativo retrocesso para a saúde em vários países latino-americanos, com a vigência de reformas marcadas pela impregnação de teorias neo-liberais, das quais decorrem algumas tendências perniciosas, tais como: baixo gasto em saúde; baixa cobertura de serviços; ênfase em mecanismos de mercado; má qualidade das ações e serviços; baixa motivação das equipes e dos usuários.

Em relação aos problemas acima, os sistemas de saúde da Colômbia, da Venezuela e do Chile, entre os latino-americanos, foram particularmente afetados. O Brasil e o Quebec se situam em um pólo oposto.

Certamente, existem muitas diferenças estruturais, políticas, demográficas, epidemiológicas, culturais e políticas entre os países representados no presente encontro. Em contapartida, podem ser destacadas algumas tendências no direcionamento de suas políticas de saúde mais recentes, a saber: foco progressivo na Atenção Básica como elemento estruturante dos sistemas de saúde; reversão ou atenuação das prescrições das políticas neoliberais para o setor; ênfase nos processos de descentralização e transferência de poder decisório para as esferas subnacionais de governo; fortalecimento dos papéis do Estado (regulação, gestão, *accountability*, etc); “*empowerment*” e estímulo à organização dos usuários; atenuação dos mecanismos de planejamento e financiamento da oferta / demanda.

Ocorre, também, sem dúvida, um fortalecimento dos conteúdos referentes à Saúde nos planos de governo, compondo a chamada “onda democratizante” latino-americana, mesmo naqueles formulados em período eleitoral, cumpridos em maior ou menor intensidade com a vitória eleitoral respectiva, destacando-se os casos da Venezuela e do Uruguai.

Pode-se dizer que algumas “lições” foram aprendidas:

- da Colômbia: um sistema de saúde que avança, mesmo dentro dos marcos de uma forte segmentação do setor saúde;
- da Venezuela: reformas intensivas quase em estilo “*big bang*”, com forte apelo à participação popular;
- da Argentina: o sistema de saúde envolvido na resposta à crise socioeconômica do país;
- do Canadá / Quebec: reforma dentro da reforma, sem perder de vista as questões essenciais;
- do Brasil: a criação e implementação do SUS, que, pela sua profundidade e amplitude, constitui uma das reformas mundiais mais completas e bem-sucedidas em saúde, sem impedimento da necessidade de se ampliá-la e corrigir pontos falhos.

Destaque-se, ainda, a enorme relevância das Funções Essenciais de Saúde Pública, como elemento de fortalecimento da capacidade de gestão, das relações de parceria entre níveis de governo e com outros setores, de construção de novos modelos de cooperação técnica e de melhoria das condições de saúde da população.

Algumas lições gerais podem ser retiradas do presente encontro, a saber:

- Necessidade de aumento e aperfeiçoamento do poder regulador, gestor, "reitor" dos gestores estaduais;
- Urge superar a "crise de identidade" (ou de "capacidade") dos níveis subnacionais de governo, pois continua sendo relevante, e mesmo insubstituível, a atuação de tal esfera governamental;
- É através do foco na Atenção Básica que se promoverá, efetivamente, a reordenação dos sistemas de saúde;
- Superar a atual segmentação/fragmentação ainda fortemente vigente nos sistemas de saúde de nossa região;
- Encarar de frente algumas áreas de sombra que parecem ainda estar distantes das preocupações dos gestores, como, por exemplo: pesquisa em saúde pública, abordagem do envelhecimento, capacitação, humanização;
- Promoção de cidadania: cidadãos *versus* clientes, "coisas", mercadorias;
- A discussão e a própria compreensão das reformas necessárias dos sistemas de saúde passam pela ampliação do espaço público e pelo resgate da tradição republicana, configurando um novo pacto social pela saúde.

PARCERIA



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde



CONASS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE