

Ministério da Educação – MEC
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES
Diretoria de Educação a Distância – DED
Universidade Aberta do Brasil – UAB
Programa Nacional de Formação em Administração Pública – PNAP
Especialização em Gestão em Saúde

GESTÃO DOS SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

Rosana Chigres Kuschnir
Adolfo Horácio Chorny
Anilka Medeiros Lima e Lira



2012
2ª edição

© 2012. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Todos os direitos reservados.

A responsabilidade pelo conteúdo e imagens desta obra é do(s) respectivo(s) autor(es). O conteúdo desta obra foi licenciado temporária e gratuitamente para utilização no âmbito do Sistema Universidade Aberta do Brasil, através da UFSC. O leitor se compromete a utilizar o conteúdo desta obra para aprendizado pessoal, sendo que a reprodução e distribuição ficarão limitadas ao âmbito interno dos cursos. A citação desta obra em trabalhos acadêmicos e/ou profissionais poderá ser feita com indicação da fonte. A cópia desta obra sem autorização expressa ou com intuito de lucro constitui crime contra a propriedade intelectual, com sanções previstas no Código Penal, artigo 184, Parágrafos 1º ao 3º, sem prejuízo das sanções cíveis cabíveis à espécie.

1ª edição – 2010

K97g

Kuschnir, Rosana Chigres

Gestão dos sistemas e serviços de saúde / Rosana Chigres Kuschnir, Adolfo Horácio Chorny, Anilka Medeiros Lima e Lira. – 2. ed. reimp. – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2012.
178p.

Inclui bibliografia

Especialização em Gestão em Saúde

ISBN: 978-85-7988-056-8

1. Sistemas e Serviços de Saúde – Administração. 2. Saúde Pública – Financiamento. 3. Sistemas e serviços de saúde – Planejamento estratégico. 4. Educação a distância. I. Chorny, Adolfo Horácio. II. Lira, Anilka Medeiros Lima e. III. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). IV. Universidade Aberta do Brasil. V. Título.

CDU: 614:35

Catálogo na publicação por: Onélia Silva Guimarães CRB-14/071

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES
DIRETORIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS DIDÁTICOS

Universidade Federal de Santa Catarina

METODOLOGIA PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Universidade Federal de Mato Grosso

AUTORES DO CONTEÚDO

Rosana Chigres Kuschnir
Adolfo Horácio Chorny
Anilka Medeiros Lima e Lira

EQUIPE TÉCNICA

Coordenador do Projeto – *Alexandre Marino Costa*
Coordenação de Produção de Recursos Didáticos – *Denise Aparecida Bunn*
Capa – *Alexandre Noronha*
Ilustração – *Igor Baranenko*
Projeto Gráfico e Finalização – *Annye Cristiny Tessaro*
Diagramação – *Rita Castelan*
Revisão Textual – *Barbara da Silveira Vieira*
Claudia Leal Estevão Brites Ramos

SUMÁRIO

Apresentação.....	9
-------------------	---

Unidade 1 – Sistemas de Saúde e Organização de Serviços

Introdução.....	13
Sistemas de saúde e sistemas de proteção social: a gênese dos sistemas de saúde .	15
Tipologia de sistemas de saúde.....	24
Sistema público de acesso universal.....	25
Sistemas de seguro social.....	26
Sistemas privados.....	27
Sistemas de saúde e organização de serviços.....	28
Origem do conceito de redes.....	30
Novas formas de organização: as mudanças introduzidas pelas reformas dos anos 1990.....	34

Unidade 2 – A Organização de Redes de Atenção à Saúde

Introdução.....	45
Organização de redes de atenção: conceitos fundamentais.....	48
Construindo a rede de atenção: funções e perfis assistenciais.....	53
O primeiro nível de atenção.....	53
O cuidado ambulatorial de especialidades.....	55
Os serviços de diagnóstico e de terapia.....	56

Os serviços de emergência.....	59
Hospitais.....	62
Articulação entre os níveis da rede, definição de perfis, regulação.....	65
Organização das linhas de cuidado.....	68
Refletindo sobre investimentos em redes de serviços.....	72
Constituição de mecanismos de gestão.....	76

Unidade 3 – Planejamento e Programação em Saúde

Introdução.....	87
Introdução ao desenvolvimento do planejamento na América Latina.....	91
O método CENDES-OPAS.....	92
O planejamento estratégico.....	95
Os processos de planejamento e programação.....	98
O processo de planejamento.....	98
Os momentos do planejamento.....	101
O processo diagnóstico.....	104
Desenhando o plano.....	107
Avaliação e planejamento.....	110

Unidade 4 – O Diagnóstico de Situação em Sistemas Locais

Introdução.....	119
O diagnóstico de situação: precauções iniciais.....	121
Diagnóstico de situação como identificação de problemas.....	123
Iniciando o diagnóstico de situação em sistemas locais.....	125
Diagnóstico da estrutura de sistema de serviços.....	129
Diagnóstico de recursos: estrutura, processo e resultado.....	130
Operacionalizando o diagnóstico de recursos.....	132
Um recurso-chave: recursos humanos.....	134

Financiamento.....	136
Diagnóstico da função de condução/gestão.....	136
Diagnóstico de desempenho.....	138
Diagnóstico dos arranjos organizacionais objetivando integração de serviços....	141

Unidade 5 – Identificação de Problemas e Definição de Estratégias de Intervenção

Introdução.....	149
Identificação de problemas e eleição de prioridades.....	152
Aprofundando o diagnóstico: formulando hipóteses e identificando as causas...	156
Elaborando estratégias de intervenção.....	162
Traduzindo as estratégias de intervenção em planos de ação.....	164

Considerações finais.....	171
---------------------------	-----

Referências.....	172
------------------	-----

Minicurriculo.....	177
--------------------	-----

APRESENTAÇÃO

Caro estudante,

Seja bem-vindo! A partir de agora iniciamos a disciplina *Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde* do curso de Especialização em Gestão em Saúde, na modalidade a distância, que tem por objetivo proporcionar o desenvolvimento de suas capacidades para desenhar e organizar redes de ações e serviços de saúde que possam responder às necessidades sanitárias que se apresentam em diferentes escalas geográficas, assim como a de identificar as ferramentas de planejamento e programação regional e local correspondentes.

Nesta disciplina, estudaremos, de forma sequencial e articulada, a trajetória histórica e os fundamentos do planejamento em saúde, o desenvolvimento dos sistemas de saúde como parte da formação dos sistemas de proteção social, a relação entre o formato de cada sistema e a sua forma de organização dos serviços de saúde, os componentes da organização de redes de atenção à saúde e as estratégias de coordenação correspondentes.

Veremos também como analisar a configuração atual do sistema de saúde brasileiro em suas diversas dimensões, os fundamentos do diagnóstico da estrutura de serviços e sua dinâmica de gestão, o desempenho dos arranjos de coordenação e integração dos serviços e, finalmente, como caminhar para o modelo de sistema de saúde desejado por meio da definição de estratégias e planos de ação.

Para atender a esses objetivos, desenvolvemos uma abordagem de gestão fundamentada em conhecimento de planejamento para que você possa analisar a situação atual do espaço de gestão em que atua e projetar e implementar modelos

futuros mais equitativos e eficientes. É importante que você acompanhe todas as Unidades do livro, uma vez que todas foram elaboradas de maneira encadeada, ou seja, cada nova Unidade emprega os fundamentos apresentados na Unidade anterior.

É importante também que você busque aprofundar seus conhecimentos lendo a bibliografia sugerida na seção Complementando. E, em caso de dúvidas, não hesite em conversar com o seu tutor, que estará à sua disposição para debatê-las e respondê-las. Desejamos a você uma ótima leitura.

*Professores Adolfo Chorny, Anilka Medeiros e
Rosana Kuschnir.*

UNIDADE 1

SISTEMAS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Identificar as principais características dos sistemas de proteção social;
- ▶ Examinar a relação entre os sistemas de saúde e os sistemas de proteção social;
- ▶ Listar as principais características dos sistemas-tipo de saúde;
- ▶ Relacionar os modelos de organização de serviços e os princípios norteadores de cada sistema-tipo; e
- ▶ Debater os conceitos apresentados à interpretação do caso brasileiro e à realidade local.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Veremos, nesta Unidade, que os sistemas de saúde são construções ainda muito recentes na história da humanidade, que surgiram como parte de instituições maiores chamadas de sistemas de proteção social e que cada país desenvolve, de forma singular, seu próprio sistema de saúde a partir de alguns modelos historicamente consagrados.

É importante percebermos que há uma estreita relação entre o formato de organização de cada tipologia de sistema e a sua forma de organização dos serviços de saúde, o que produz variações de modelos entre os países em termos de uma série de atributos, como a forma de acesso e a natureza de financiamento.

Esteja atento ao fato de que a organização de serviços de saúde em rede, modelo constitucionalmente estabelecido para o Sistema Único de Saúde (SUS), está relacionada a um modelo específico de organização de sistema de saúde que é o sistema universal.

Bons estudos e conte sempre conosco!

A definição de objetivos referentes à situação ideal a que queremos chegar norteia todo o processo de planejamento e orienta a eleição de prioridades e a definição das estratégias de intervenção.

No caso da discussão acerca da organização de serviços de saúde e de redes assistenciais que trataremos nesta Unidade, o nosso objetivo é o de analisar a organização de serviços em redes, uma das diretrizes do SUS, e a estratégia que foi seguida por todos os sistemas de saúde que têm por princípios a universalidade, a equidade e a integralidade.

Conhecer um pouco da história de como foram desenvolvidos os sistemas de saúde nos auxilia na compreensão do nosso próprio sistema e de sua perspectiva. No entanto, ainda que seja possível classificarmos os sistemas em tipologias de acordo com algumas dimensões e características centrais, precisamos lembrar que cada sistema de saúde é único e representa uma resposta muito específica de cada país ou sociedade ao problema de como garantir ou não que seus cidadãos tenham acesso a cuidados e a serviços de saúde.

Sendo assim, percebe-se que é imprescindível considerarmos os sistemas de saúde em sua dimensão política, política-pública e política-social, já que os sistemas de saúde fazem parte de sistemas mais amplos de proteção social que englobam também os sistemas de assistência social, aposentadoria, pensão e seguro-desemprego.

A maneira como esses sistemas de proteção se organizam, que parcelas da população eles incluem e como os incluem, representam as diferentes respostas que cada sociedade, em um dado momento, dá às perguntas centrais: a quem proteger? Como proteger?

Como cada uma dessas respostas terá por expressão diferentes formas de financiamento, gestão e organização dos serviços e do cuidado em saúde, para melhor compreensão desses conceitos, utilizaremos como referências ao longo do livro alguns exemplos clássicos de cada tipo de sistema público de saúde, como o do Reino Unido – mais especificamente o da Inglaterra – e o da Alemanha.

Nesta Unidade, apresentaremos as distintas concepções dos sistemas de saúde e de proteção social; uma pequena introdução à tipologia de sistemas de saúde e uma discussão sobre a correlação entre o modelo de sistema de saúde e a forma de organização de serviços e de processos de cuidado em saúde.

SISTEMAS DE SAÚDE E SISTEMAS DE PROTEÇÃO SOCIAL: A GÊNESE DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O cuidado com a saúde vem de tempos remotos, desde que as pessoas passaram deliberadamente a se proteger e a se tratar contra as doenças. Em todo o mundo, as práticas tradicionais existem há milhares de anos e convivem até hoje com a prática da medicina moderna.

No entanto, sistemas de saúde destinados a beneficiar a população como um todo ou a parcelas dessa, por meio de arranjos coletivos, existem há pouco mais de um século, mesmo em países avançados.

Você pode estar se perguntando: mas os hospitais já existiam antes do século XIX?

Sim, os hospitais têm uma história muito mais longa, mas até o século XIX eram em sua maior parte geridos por organizações de caridade e, muitas vezes, pouco mais do que um refúgio para os órfãos, para os deficientes físicos, ou simplesmente para os pobres.

Existem várias definições para sistemas de saúde, assim como existem diferentes classificações que consideram distintas dimensões de análise. De acordo com a Organização Mundial de

Saúde (OMS), os sistemas de saúde são definidos como o conjunto de atividades no qual o principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde da população (WHO, 2000).

Os serviços de saúde são um componente central, mas os sistemas de saúde não se limitam a eles.

Os sistemas de saúde fazem parte de sistemas mais amplos de proteção social que englobam também os sistemas de assistência social, aposentadoria, pensão e seguro-desemprego. Já a proteção social está relacionada às políticas públicas que têm por objetivo proteger os indivíduos contra os riscos inerentes à vida e/ou assisti-los em necessidades relacionadas à situação de dependência. Essa dependência pode ser gerada por fases da vida – infância, maternidade, velhice –, por doença, por carência de alimentos, por calamidades, ou ainda, pela desigualdade social.

Os primeiros sistemas de proteção social foram a família, a comunidade e as associações filantrópicas e religiosas. Esses mecanismos de proteção permaneceram até as intervenções das categorias profissionais e do Estado. No caso das associações de trabalhadores com a mesma ocupação, esses passaram a organizar esquemas em pequenas escalas de contribuições, de modo a criarem um fundo de proteção contra o risco financeiro. No caso do Estado, ele passa a intervir por meio da criação de leis que institucionalizam a solidariedade seja para grupos específicos ou para toda a população de um país. São essas formas de intervenção do Estado que discutiremos a seguir.

A primeira forma de intervenção do Estado ocorreu a partir da consolidação dos Estados nacionais – início no século XV e consolidação no século XVI na Europa – por meio da institucionalização das formas de proteção tradicional e voluntária, tornando-as compulsórias por meio de lei e da coleta de impostos específicos.

A primeira lei nacional instituída foi a Lei dos Pobres, que formalizou algumas das práticas já existentes desde o fim da epidemia de peste e criou um sistema nacional, pago por taxas coletadas localmente sob a administração das municipalidades. Por lei, o Estado deveria ainda prover trabalho ou aprendizado para crianças órfãs, ou crianças cujos pais não podiam mantê-las; materiais para botar os pobres para trabalhar; e auxílio aos incapazes de trabalhar como os aleijados, os doentes, os idosos e os cegos. A Lei dos Pobres, portanto, institucionalizou a solidariedade e definiu quem poderia receber auxílio do Estado. Posteriormente, a lei foi adotada em toda a Europa.

No âmbito dessa forma de proteção social, foram criadas as workhouses* para combinar moradia, cuidado, trabalho e casa de correção. Em 1776, havia cerca de 1900 *workhouses* na Inglaterra alojando 100.000 pobres, a maioria deles doentes, idosos e crianças, todos incapazes de trabalhar. As *workhouses* funcionavam também como creche, abrigo, enfermaria geriátrica e orfanato. No fim do século XVIII foi introduzido um sistema de auxílio monetário, suplementando salários com base no número de filhos e no preço do pão.

No entanto, no século XIX, em plena Revolução Industrial, começaram a aparecer com mais intensidade as críticas ao sistema, como a de ser considerado muito caro, a de levar mais pessoas à pobreza e a de promover o aumento de filhos ilegítimos. Ademais, a suplementação de salário tornava-se incompatível com a autorregulação do mercado, competindo pela mão de obra com as nascentes fábricas (e suas terríveis condições de trabalho).

Diante desse cenário, foi proposto, então, mudar a função da *workhouse* para um modelo de desencorajamento da proteção, por meio de uma nova Lei dos Pobres de 1834, que objetivava acabar com a mendigação. Ou seja, a posição de pobre deveria ser menos escolhida, o auxílio somente poderia ser dado nas



Saiba mais

Lei dos Pobres

Essa lei também conhecida por *Poor Law Act* foi editada em 1601 na Inglaterra e instituiu a contribuição obrigatória dos súditos para um programa de assistência social, gerido pela igreja e voltado principalmente às crianças, aos idosos, aos inválidos e aos desempregados, com o objetivo de combater a miséria. Fonte: Viana (2007).

**Workhouses* – termo inglês que significa casa de trabalho. Considerando que a Lei dos Pobres visava ajudar os indivíduos oferecendo alojamento em casas de trabalho sob regime prisional, no qual o trabalho era improdutivo, monótono e extenuante, o povo passou a denominar essas casas de bastilhas para os pobres. Fonte: <<http://www.marxists.org/portugues/dicionario/verbetes/w/workhouses.htm>>. Acesso em: 29 jun. 2010

workhouses e as suas condições deveriam ser tão ruins que qualquer pessoa que pudesse ficar fora delas ficaria, o que em pouco tempo gerou o sentimento de vergonha aos que se associavam à Lei dos Pobres.


A Lei dos Pobres foi a primeira e por muito tempo a única função de gestão local. Constituiu a primeira forma de intervenção do Estado, uma vertente de intervenção caracterizada como Assistência Social, em que o Estado protegia apenas aqueles que não eram capazes de prover a si próprios no mercado.

Na Inglaterra, o fim da Lei dos Pobres ocorreu apenas nas primeiras décadas do século XX, com as reformas de 1906-1914 que instituíram as pensões e o seguro nacional.

No século XIX, a Revolução Industrial modificou profundamente as formas de produção e as estruturas sociais no continente europeu. A partir da chamada Primeira Revolução Industrial, entre 1760 e 1840, foram introduzidas a máquina a vapor, a mecanização da produção e as novas técnicas de metalurgia. A Revolução Industrial promoveu ainda a substituição da economia baseada no trabalho manual pela economia baseada na indústria, por exemplo: com a mecanização da produção têxtil, criou a fábrica e promoveu intensa urbanização.

A industrialização e a urbanização levaram à **deterioração das condições de vida** e à quebra de laços familiares e comunitários. As condições de trabalho nas fábricas eram terríveis, incluindo o trabalho de crianças de três a cinco anos. Em 1833, por exemplo, foi promulgada a primeira lei contra o trabalho infantil na Inglaterra, instituindo que crianças menores de nove anos não poderiam trabalhar; que entre nove e 18 anos elas não poderiam trabalhar à noite; e que menores de 18 anos deveriam ter jornada de trabalho limitada em 12 horas.

As *workhouses* foram abolidas oficialmente em 1929, mas algumas persistiram até 1940. À medida que começava a crescer o movimento dos trabalhadores, passava a existir o risco para a produção de que os trabalhadores se recusassem a trabalhar. Para esses, os riscos passaram a ser os impostos pelo novo modo de produção – o acidente de trabalho e a doença –, que comprometiam sua capacidade de trabalho, única alternativa de sobrevivência.



No começo do século XIX, nas terras que futuramente constituiriam a Alemanha, existiam cerca de 300 mil operários em fábricas, em 1867 eram 2 milhões e em 1900, 12 milhões de operários.

Diante desse cenário, ocorreram mudanças significativas na política de importância dos riscos do novo modelo de produção, ou seja, a saúde dos trabalhadores passou a ser uma questão política importante, tanto pelo fortalecimento do movimento operário organizado na Europa quanto pela própria necessidade de manutenção da mão de obra. Por exemplo, na Alemanha – unificada em 1871 – foi criado por Bismarck o primeiro sistema de seguro social (incluindo saúde) em 1883. Esse sistema instituía o seguro compulsório para todos os trabalhadores de fábricas (entre 3 e 4 milhões), sem inclusão de dependentes.

O primeiro sistema de proteção social alemã englobou aposentadoria, seguro-desemprego e assistência à saúde, mas incluiu apenas uma parcela da população. Inicialmente destinado somente aos trabalhadores das fábricas, gradualmente foi ampliando sua cobertura e outras categorias foram sendo incorporadas ao esquema. O seguro era financiado por meio das contribuições de empregados e empregadores e cobria os riscos decorrentes de acidente de trabalho, doença e perda da capacidade de trabalho devido à idade.

A popularidade dessa lei entre os trabalhadores alemães fez com que ela fosse seguida pela Bélgica em 1894, pela Noruega em 1909 e pelo Reino Unido em 1911. Depois da Primeira Guerra Mundial, outros países introduziram sistemas-tipo seguro social e incorporaram diferentes categorias de trabalhadores.

Essa nova forma de intervenção do Estado, o **Seguro Social**, estabeleceu um “contrato” entre as partes e a retirada do caráter assistencialista e do estigmada de proteção social, ou seja, era um sistema meritocrático – são protegidos os que “merecem”, os que contribuem, os que fazem parte da produção, são direitos sociais aos que participam da produção.

**Saiba mais****Otto von Bismarck (1815-1898)**

Mais importante estadista da Alemanha do século XIX. Lançou as bases do Segundo Império, ou 2º Reich (1871-1918), que levou os países germânicos a conhecer a existência de um Estado nacional único. Para formar a unidade alemã, Bismarck desprezou os recursos do liberalismo político, preferindo a política da força. Fonte: <<http://educacao.uol.com.br/biografias/ult1789u176.jhtm>>. Acesso em: 30 jun. 2010.

Ainda na década de 1920, começaram a ser instituídos os primeiros sistemas desse tipo na América Latina, por necessidade de manutenção das condições básicas de saúde dos trabalhadores e como resposta aos movimentos sindicais que se fortaleciam influenciados pela Revolução Russa. Nesse panorama, surgiu em 1923 no Brasil a Lei Elói Chaves, que criou as primeiras caixas por empresas; a primeira destinada aos ferroviários e a segunda aos marítimos, duas categorias mais mobilizadas e de maior peso na economia agrário-exportadora à época.

A partir do período entre guerras, com a crise da economia de 1929, com a depressão dos anos 30 e com a vitória do socialismo na União Soviética e o consequente fortalecimento do papel do planejamento passou a ser gestado o pano de fundo do qual emergiu a terceira forma de intervenção estatal.

Do ponto de vista dos sistemas de saúde, ao final da década de 1920 a União Soviética havia instituído seu sistema de saúde, o primeiro dirigido a toda a população e não apenas aos trabalhadores, e que não representava a contrapartida e a contribuição a fundos ou caixas. Esse foi o primeiro exemplo de sistema centralizado e controlado pelo Estado a partir do estabelecimento da rede de centros e hospitais que já existia desde o século XIX.

Ao mesmo tempo, em ambas as guerras houve a necessidade de organizar serviços médicos em larga escala, demonstrando as vantagens dos sistemas de serviços integrados e coordenados.

E foi após a Segunda Guerra Mundial que um conjunto de condições econômicas, sociais e políticas levaram à instituição do Estado de Bem-Estar Social: o crescimento da produção, a industrialização em massa, o pleno emprego, a maior homogeneidade social, as ideias [keynesianas](#) de intervenção pública, a ampliação e o aprofundamento das instituições democráticas e a influência das ideias socialistas.



Saiba mais John Maynard Keynes (1883-1946)

Economista britânico, defendia uma política econômica de Estado intervencionista através da qual os governos usassem medidas fiscais e monetárias para mitigar os efeitos adversos dos ciclos econômicos, tais como os períodos de recessão, depressão ou *booms*. Suas ideias influenciaram enormemente a macroeconomia moderna. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

A concepção de Seguro Social foi substituída pela de Seguridade Social, cujo alvo era a cidadania. O marco dessa nova fase foi o relatório *Beveridge* apresentado ao parlamento inglês em 1942 e aprovado em 1946, norteado por dois princípios básicos:

- ▶ a unidade – unificação de todas as instâncias de gestão da proteção social, homogeneizando os benefícios e a universalidade; e
- ▶ a cobertura para todos os indivíduos.

Foi nesse novo cenário que o direito à saúde foi incorporado à noção dos direitos de cidadania sobre os quais se reconstruíam as sociedades europeias no bojo de políticas econômicas e sociais com forte intervenção do Estado como provedor e financiador de serviços. No contexto desse novo padrão de intervenção estatal, nasceram os sistemas nacionais de saúde – universais e gratuitos ocidentais. O primeiro sistema a ser criado foi o britânico National Health Service (NHS), em 1948, no âmbito do *Plano Beveridge*. Outros países europeus seguiram esse caminho, como os países nórdicos.

Ao longo dos anos que seguiram à Segunda Guerra Mundial, praticamente todos os países desenvolvidos realizaram reforma em seus sistemas de proteção social, inclusive os que mantiveram o seguro social, caminhando para sistemas públicos estatais ou regulados pelo Estado para a garantia de amplos direitos sociais a todos os cidadãos (Estado de Bem-Estar Social), ainda que os benefícios variassem de país para país.

Desde então, os sistemas de seguro social dos países europeus vêm ampliando a cobertura de modo a garanti-la praticamente a toda a sua população, ampliando a incorporação e aproximando a universalidade. Outros países europeus, como a Espanha e a Itália, fizeram mais recentemente a transição de sistemas de seguro social para sistemas nacionais de saúde – de forma semelhante ao ocorrido no caso brasileiro.

A maior parte dos países desenvolvidos garante acesso às ações e aos serviços de saúde a todos ou a praticamente todos os seus cidadãos, seja por meio de sistemas nacionais de saúde ou de

seguro social. A exceção notória é a dos Estados Unidos, que não adotaram um sistema público de saúde e mantiveram seu sistema de saúde privado, cujo acesso é determinado pela possibilidade de pagamento de seguro privado, em geral pela empresa empregadora, ao lado de programas públicos dirigidos a alguns grupos – os idosos e os muito pobres – e de alguns serviços públicos de acesso universal.

No caso americano, desde o início século XX, indústrias e empresas maiores começaram a contratar serviços médicos para seus trabalhadores, enquanto o Estado passara a se responsabilizar pelas ações de saúde coletiva, inicialmente o controle de epidemias e, posteriormente, o tratamento dos portadores de doenças transmissíveis.

As associações de médicos e hospitais passaram então a oferecer planos de atenção médica ou hospitalar, sendo contratados por empresas, sindicatos e associações de consumidores. Embora até a década de 1930 essas ações não tenham se desenvolvido significativamente, com a grande depressão dos anos de 1930 houve a redução de doações e do poder aquisitivo do trabalhador, dando impulso ao crescimento dos planos de pagamento de taxa fixa anual, *per capita*, inicialmente no setor hospitalar e posteriormente no ambulatorial.

Você sabe como eram esses planos nos anos 1930? Quem os oferecia? Quem tinha direito a eles?

Os primeiros planos foram desenvolvidos por associações de hospitais e de médicos que, ao serem rapidamente copiados e adaptados, contribuíram para a expansão e a consolidação das instituições médicas, requerendo arranjos financeiros mais sofisticados.

Foi somente ao final da Segunda Guerra Mundial que as instituições financeiras seguradoras passaram a oferecer planos de reembolso dos gastos em atenção médica e hospitalar – diferenciados pelo valor do prêmio. No início da década de 1950 as empresas seguradoras já ultrapassavam as empresas médicas em número de segurados, configurando à época cerca de dois terços da população

americana já coberta por algum tipo de seguro, em especial categorias com maior poder de pressão.

A intensificação dessa discussão ocorreu nos anos 1960, no governo de Kennedy, chegando a acenar com uma reforma baseada em seguro-saúde obrigatório e embora a proposta de um sistema público de saúde nunca tenha sido vitoriosa nos Estados Unidos, em 1965 foram aprovados dois programas públicos, resultantes de um *mix* de propostas:

- ▶ **Medicaid:** programa de responsabilidade e financiamento estadual, com repasses federais de acordo com o nível de pobreza do Estado e destinado à população de baixa renda (comprovada).
- ▶ **Medicare:** programa de responsabilidade do governo federal e de definição nacional, com cobertura médico-hospitalar para aposentados acima de 65 anos e seus dependentes, e de pacientes renais crônicos terminais.

Desse modo, aqueles que não se qualificavam aos programas públicos por não serem suficientemente idosos ou suficientemente pobres e por não disporem de seguro, seja por desemprego ou por trabalharem em empresas menores, ficavam sem acesso a uma ampla gama de serviços de saúde, o que totalizou, na época, mais de 40 milhões de pessoas.

TIPOLOGIA DE SISTEMAS DE SAÚDE

Como vimos, as três formas de intervenção do Estado na área social – assistência social, seguro social e seguridade social – correspondem a diferentes respostas dadas em cada sociedade às questões: a quem proteger? Como proteger?

A concepção de proteção social adotada implicou, portanto, uma resposta muito específica: cada país ou sociedade determina como garantir – ou não – que seus cidadãos tenham acesso a cuidados e serviços de saúde. Em alguns casos, são públicos e gratuitos para toda a população; em outros casos, depende de um seguro social, organizado por categorias de trabalhadores ou em fundo único para toda a população trabalhadora, podendo existir grupos cobertos atendidos de forma diferente. Ou ainda, o acesso pode depender da disposição ou disponibilidade do cidadão em pagar diretamente médicos, hospitais ou um plano de saúde.

Com relação à organização da oferta de serviços, existem também diferentes combinações: desde serviços exclusivamente públicos a combinações público-privadas, em diferentes medidas e com diferentes graus de articulação institucional e/ou funcional.

Como mencionamos, ainda que seja possível classificarmos os sistemas de saúde em tipologias de acordo com algumas dimensões e características centrais, cada sistema de saúde é único, fruto da história, das lutas, dos pactos estabelecidos em cada sociedade e é fundamentalmente o reflexo e a representação de seus valores – de como uma determinada sociedade considera a vida e os direitos de seus membros.

Para a classificação dos diferentes sistemas de saúde em sistemas-tipo, várias dimensões são selecionadas e consideradas

em seu conjunto. A tipologia clássica identifica três tipos de sistemas de saúde:

- ▶ sistema público de acesso universal;
- ▶ sistema público de seguro social; e
- ▶ sistema privado.

E é fundamentalmente necessário considerarmos nessa classificação o reflexo e a representação de valores de acordo com a forma com que uma determinada sociedade considera a vida e os direitos de seus membros.

A seguir, vamos conhecer em detalhes cada sistema-tipo de saúde.

SISTEMA PÚBLICO DE ACESSO UNIVERSAL

- ▶ O **financiamento** é público, realizado por meio de tributos pagos pela população e coletados pelo Estado, que podem ser diretos ou indiretos, nacionais ou locais, com destinação previamente definida ou não.
- ▶ A **organização/administração do sistema** é pública, realizada diretamente pelo Estado, em nível central ou provincial.
- ▶ O **acesso** é a cidadania/moradia, portanto possibilita a cobertura universal.
- ▶ A **provisão de serviços** é exclusivamente pública ou por meio de um *mix* público-privado gerenciado pelo Estado. Quando a provisão é exclusivamente pública, a forma mais comum de pagamento aos serviços é a alocação de orçamentos globais. Em

países que adotaram a separação das funções de financiamento e de provisão introduzindo esquemas de contratualização, a alocação de recursos passou a ser relacionada a metas de produção.

- ▶ **Exemplos de países** que adotaram o sistema de provisão exclusivamente ou quase exclusivamente público: Inglaterra, Suécia, Noruega, Finlândia. Exemplos de países que adotaram o sistema de provisão por meio de um *mix* público-privado: Espanha, Itália, Portugal.

SISTEMAS DE SEGURO SOCIAL

- ▶ O **financiamento** é compulsório, realizado por meio de contribuição sobre as folhas de pagamento das empresas e vinculado ao salário dos empregados.
- ▶ A **organização do sistema** é pública ou semipública, realizada por meio de fundo único ou múltiplo e fundo de escolha livre ou não.
- ▶ O **acesso** é o benefício como contrapartida ao pagamento da contribuição. Nos países de renda alta de seguro social, a cobertura foi ampliada até aproximar-se da cobertura universal.
- ▶ A **provisão de serviços** pode ser pública ou um *mix* público-privado. O componente público pode ser pago por orçamentos globais ou por produção e o componente privado é contratado e, em geral, pago por produção.
- ▶ **Exemplos de países** que adotaram esse sistema: Alemanha, Bélgica, França, Holanda, Áustria.

SISTEMAS PRIVADOS

- ▶ O **financiamento** é privado, realizado por meio de pagamento direto ao provedor ou por meio de seguro privado voluntário. Em geral, nesses sistemas há programas de financiamento público dirigidos a grupos de pessoas específicos (pobres ou idosos).
- ▶ O **acesso** é definido pela capacidade de pagamento e por programas públicos específicos, de acordo com critérios específicos.
- ▶ A **organização do sistema** possui cobertura realizada por diferentes tipos/arranjos de seguros privados, com setor público fragmentado e recortado por programas.
- ▶ A **prestação de serviços** é realizada principalmente pelo setor privado; nos programas com componente médico-assistencial, o Estado contrata o setor privado, principalmente.

Embora seja possível identificarmos os três sistemas-tipo, na prática a maior parte dos países apresenta um tipo dominante e algum componente dos outros tipos, de forma minoritária ou residual. Uma quarta classificação é a de **sistemas segmentados**, em que convivem diferentes tipos de organização de serviços destinados a diferentes clientela, como era o caso do Brasil antes da instituição do SUS, e da maior parte dos sistemas Latino-Americanos.

Ao longo da década de 1990, tanto os sistemas nacionais de saúde quanto os sistemas de seguro social iniciaram processos de reformas que introduziram medidas que os levaram a algum grau de aproximação entre si.

Para conhecer como cada país desenvolveu e organizou seu sistema de saúde, você pode consultar o *site* do Observatório Europeu de Sistemas e Políticas de Saúde, disponível em: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>.

SISTEMAS DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS

As diferenças encontradas entre os sistemas-tipo de saúde no que diz respeito à sua concepção básica e ao seu financiamento refletem-se também nos arranjos para a organização da provisão da atenção. Nas formas iniciais do seguro social, do mesmo modo como já acontecia nos esquemas organizados autonomamente por trabalhadores, eram realizados contratos entre os fundos/caixas e os provedores de serviços de saúde, fossem eles provedores individuais – como os médicos – ou institucionais, como os hospitais, as clínicas ou os laboratórios.

Em sua primeira fase, o componente saúde dos seguros sociais não era muito importante. Porém, com o desenvolvimento tecnológico ocorrido a partir da Segunda Guerra Mundial; e especialmente a partir da década de 1970, a oferta, a utilização e o gasto em ações e serviços de saúde cresceram de forma exponencial, colocando-se no centro da discussão acerca da reforma desses sistemas.

À medida que a oferta de serviços de saúde ganhou relevância, os sistemas de seguro social passaram a dispor de seus próprios serviços – ambulatoriais e hospitalares. E, além desses serviços, em maior ou menor medida, dependendo do caso, continuaram mantendo contratos com provedores filantrópicos e privados ou com hospitais públicos, como na Alemanha.

Nos sistemas de seguro social, a provisão de serviços é feita por um *mix* de serviços públicos e de serviços privados contratados pelo(s) fundos(s), em geral, pagos por produção. No caso alemão, o cuidado ambulatorial é realizado em consultórios de todas as especialidades, e os generalistas ou clínicos gerais não exercem a

função de controle do acesso aos outros níveis do sistema por meio de mecanismos de referência.

O acesso a esses serviços, em geral, se dá por livre escolha do segurado, inclusive para níveis de maior densidade (complexidade) tecnológica.

Sendo assim, podemos afirmar que os sistemas de seguro social têm menor controle do acesso aos níveis de maior complexidade, correspondendo a um grau de escolha do usuário muito maior do que o realizado nas redes hierarquizadas tradicionais. Por outro lado, eles incorporam mais tecnologia e apresentam maiores gastos em saúde, resultando, ao mesmo tempo, em um sistema muito mais fragmentado do que o das redes dos sistemas nacionais de saúde, o que dificulta a continuidade do cuidado.

No caso americano, o grau de fragmentação encontrado na oferta de serviços e na prestação do cuidado é ainda muito maior. A provisão é realizada por diferentes tipos/arranjos de seguros privados e por um setor público fragmentado e recortado por programas. Os Estados contam com grande autonomia para o desenvolvimento de seus programas, como é o caso do *Medicaid*, assim como os *decounities* (municipalidades), de economia mais sólida.

Todo esse cenário contribui para ressaltar as grandes disparidades que encontramos entre Estados e municípios na oferta e no acesso a ações e serviços públicos de saúde. No entanto, considerando que o setor privado é o principal prestador de serviços e é contratado pelo Estado para o cumprimento do componente médico-assistencial dos programas públicos, a relação entre o usuário e o prestador de serviço acaba sendo mediada por um terceiro pagador, seja ele o Estado ou um plano de saúde, o que possibilitou a expansão lucrativa do segmento privado.

Esse segmento privado é composto de instituições de natureza diversa, organizadas e inter-relacionadas por uma gama de arranjos administrativos e financeiros. O segmento não lucrativo, composto

pelas instituições mais antigas das antigas instituições de caridade, vêm passando por um processo recente de transformação para instituições lucrativas (como as do segmento privado), que vêm se transformando em cadeias prestadoras de serviços, organizadas por meio de processos de integração horizontal e vertical.

No caso dos sistemas universais, como discutiremos a seguir, a organização de serviços é baseada em redes relacionadas a populações de abrangência que ocupam um dado território.

ORIGEM DO CONCEITO DE REDES

O conceito de redes de serviços não é novo. Quando das discussões iniciais acerca da constituição de um sistema que cobrisse toda a população britânica, o primeiro-ministro da Saúde daquele país nomeou uma comissão com a incumbência de definir esquemas para a cobertura sistematizada de serviços médico-hospitalares para a população de uma dada área (WEBSTER, 2002).



Saiba mais

Lord Dawson

Dr. Bertrand Dawson foi médico da Família Real Britânica e membro do Conselho Consultivo do Ministério da Saúde do Reino Unido. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Essa comissão, coordenada por Lord Dawson, elaborou a primeira proposta para um modelo de redes de serviços de saúde, apresentada no *Relatório Dawson* em 1920. Pela primeira vez, foi proposta a definição de bases territoriais e de populações-alvo, ou seja, de regiões de saúde. Essas populações seriam atendidas por unidades de diferentes perfis assistenciais, organizadas de forma hierárquica.

Diante dessa realidade, foi proposto que a porta de entrada no sistema se daria por meio de um centro de saúde, que empregaria os **general practitioners (GP)***. Esses centros de saúde, localizados em vilas, estariam ligados a um centro de saúde mais complexo, já denominado secundário, e os casos que não pudessem ser resolvidos nesses centros seriam direcionados aos hospitais – no modelo proposto, aos hospitais de ensino.

***General practitioners** – médicos generalistas ingleses que já clinicavam de forma autônoma. Sua função era a de definir a forma como o paciente “caminharia” pelo sistema, o que lhes rendeu o nome de “*gate-keeper*” – literalmente o porteiro, aquele que toma conta da porta. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Esses conceitos – porta de entrada, regiões, níveis de complexidade –, que acabamos de utilizar e discutir, já estavam delimitados e claramente definidos no relatório de 1920. A Figura 1, a seguir, é marcadamente semelhante aos modelos que são utilizados até hoje para ilustrar os conceitos de redes de serviços de saúde.

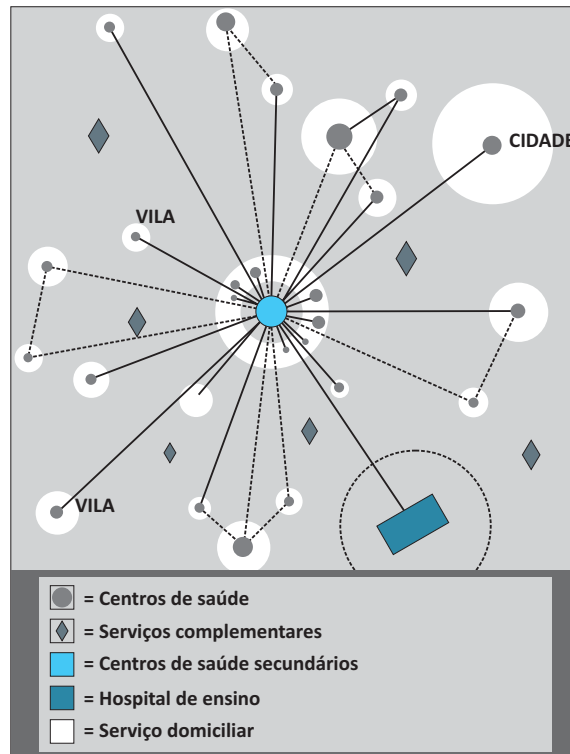


Figura 1: Diagrama de Dawson

Fonte: <<http://www.healthsystem.virginia.edu/hs-library/historical/kerr-white/dawson.htm>>

A proposta do *Relatório Dawson*, embora solicitada pelo governo, não foi implementada na época, sendo o sistema de saúde britânico criado apenas 28 anos depois, em 1948, após o fim da Segunda Guerra Mundial. Mas antes da criação do sistema britânico, a União Soviética já havia instituído o primeiro sistema público universal a partir de fins da década de 1920.

O sistema-tipo soviético foi também implantado nos demais países do bloco socialista, como Cuba; e nos países europeus que

passaram a compor esse bloco após a Segunda Guerra Mundial, como a Polônia e a Hungria, ficando conhecido como sistema de tipo Semashko – denominação derivada de NA Semashko (primeiro comissário do povo para a saúde da União Soviética). Caracterizado como um sistema público financiado diretamente pelo Estado, centralizado e com alto grau de normatização, como todos os sistemas universais, foi estruturado em redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços e gerido pelos diferentes níveis da administração estatal – central, regional e local – a partir de uma estrutura vertical e com responsabilidades bem delimitadas. Um exemplo de sistema desse tipo, extremamente bem sucedido, é o sistema cubano.

Em 1942, quando o *Relatório Beveridge* foi encaminhado à discussão do parlamento britânico, a proposta inicial seguia um modelo semelhante ao proposto por Dawson, incluindo a construção de centros de saúde nos quais os generalistas (GP's) **trabalhariam** sob gestão do governo local. No entanto, houve grande oposição dos médicos, tanto por especialistas como por generalistas – cada grupo com sua representação –, que temiam a perda da autonomia profissional e não aceitavam a gestão local. Em plebiscito, os médicos se recusaram a participar do novo sistema.

Todos os médicos seriam contratados pelo Estado e trabalhariam em centros de saúde e hospitais.

Ao final de um longo processo de negociação, o sistema foi criado

sob responsabilidade e gestão do governo central e os médicos generalistas foram incorporados como médicos independentes, contratados pelo Estado, com dedicação exclusiva – não lhes era permitida a prática privada – sendo responsáveis pelo primeiro nível de atenção e pela “porta de entrada”.

Esse modelo, que nasceu das condições específicas de implantação do sistema britânico, acabou sendo um modelo seguido por diversos países em outros contextos, inclusive sendo adotado pelos planos de saúde privados – inicialmente nos Estados Unidos – nas formas de atenção conhecidas pelo nome geral de cuidado gerenciado (*managedcare*).



Saiba mais

Atenção

Aqui temos os responsáveis pela atenção integral, compreendida como cuidado preventivo, atenção a episódios agudos e acompanhamento de casos crônicos. Em alguns sistemas de saúde o primeiro nível é constituído de generalistas contratados, a exemplo do modelo inglês; em outros, de generalistas ou clínicos, pediatras e ginecologistas trabalhando em centros de saúde. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Os especialistas foram incorporados ao sistema como médicos assalariados, trabalhando em hospitais – onde se localizava toda a atenção secundária, inclusive ambulatório de especialidades –, mas com grande controle sobre suas condições de trabalho, podendo também manter a prática privada.

Você pode estar se perguntando: mas o que aconteceu com os hospitais que existiam na época?

Tanto os grandes hospitais universitários quanto os pequenos hospitais comunitários foram todos passados à propriedade e à gestão do governo central, pois a organização funcional da rede era a mesma proposta por Dawson e já adotada pelo modelo soviético.

A partir do cuidado realizado pelo generalista no primeiro nível de atenção, caso esse considerasse necessário – e apenas nesses casos –, o paciente seria encaminhado ao atendimento especializado ambulatorial e desse para o atendimento hospitalar – em geral, para o hospital distrital e desse para o hospital regional, quando necessário.

A ampliação da cobertura do primeiro nível de atenção ocorreu a partir dos generalistas, que garantem até hoje literalmente 100% de cobertura da população. No caso inglês, os generalistas são pagos por **capitação***, ou seja, não pela produção de consultas, mas pela responsabilidade pelo cuidado.

É de fundamental importância, na concepção de uma rede, que todos os casos de responsabilidade pelo paciente sejam do primeiro nível de atenção. Não é bem o que conhecemos como referência e contrarreferência. É mais! Significa que é nesse nível que se estabelece o vínculo entre o cidadão e o serviço de saúde. O paciente é encaminhado a exames ou referenciado a outros níveis do sistema, mas continua vinculado ao generalista, que pode ser acionado a qualquer momento pelo paciente. Ademais, o primeiro nível é responsável pela atenção integral, compreendida como o cuidado preventivo, a atenção a episódios agudos e o acompanhamento de casos crônicos.

***Capitação** – forma de remuneração bastante utilizada para a atenção de primeiro nível, paga ao médico pelo paciente inscrito em sua lista, independentemente do número de consultas realizadas. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Essa é, portanto, a origem dos conceitos de rede que discutimos como base para a construção de sistemas universais. Essa origem é característica, em sua concepção básica, dos sistemas nacionais de saúde e das sociedades que têm por base o entendimento de que as políticas e os serviços sociais são direitos do cidadão, portanto para todos e sem diferenciação – um sistema universal e equitativo. Na maior parte dos casos, a provisão dos serviços é feita quase que exclusivamente por serviços públicos.

Esse modelo, o mais clássico dos modelos de redes de serviços de saúde, foi seguido, em sua concepção básica de organização funcional, por todos os países que construíram sistemas únicos de saúde e até hoje é o preconizado pela OMS.

O fato desses países mantido a concepção básica não significa que a definição das características – escopo das atividades e das escalas – dos serviços em cada nível da rede seja a mesma em todos os casos, apesar de em todos os casos, no entanto, a lógica de acesso aos demais níveis do sistema apenas acorra com referência ao primeiro nível. Logo, não é por acaso que nos sistemas de saúde do tipo universal os serviços sejam organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas pela importância de haver relação intrínseca entre a proposta de universalização e equidade e a constituição de redes.

NOVAS FORMAS DE ORGANIZAÇÃO: AS MUDANÇAS INTRODUZIDAS PELAS REFORMAS DOS ANOS 1990

A partir do final dos anos de 1980 e principalmente na década de 1990, os sistemas de saúde passaram por processos de reforma em vários países. Iniciada nos países centrais, a agenda de reformas foi impulsionada, por um lado, pela crise econômica e pela necessidade de controlar o gasto em saúde, que vinha crescendo exponencialmente com o envelhecimento das populações

e o desenvolvimento tecnológico. Por outro lado, pelo questionamento aos sistemas públicos de saúde, o que contribuiu para sua inserção em um movimento mais amplo de reforma do próprio Estado, que questionou não apenas o papel da intervenção estatal na provisão de serviços como a própria noção de saúde como direito de cidadania.

Ao mesmo tempo, os sistemas nacionais de saúde efetivamente apresentavam problemas de eficiência, qualidade, restrição de escolha, financiamento, envelhecimento populacional, além de dilemas relativos à incorporação de novas tecnologias. O grande mecanismo de regulação de acesso aos serviços ao longo da rede, a partir do primeiro nível, era a [lista de espera](#), tanto para consultas ambulatoriais especializadas como para as internações cirúrgicas eletivas. Era à época e ainda é comum hoje que o cidadão espere por cirurgias para hérnias, veias varicosas, histerectomia, catarata, amigdalectomia, adenoidectomia, principalmente.



Saiba mais

Lista de espera

Essa lista objetivava organizar, por meio de critérios pré-definidos, a transparência no atendimento do cidadão. No NHS inglês, as listas de esperas sempre foram um problema particularmente importante. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Mas se a saúde é um direito de todos, por que o cidadão precisa esperar? Por que temos, no caso brasileiro, grandes listas de espera?

Dentre as principais causas do estrangulamento de acesso ao sistema de saúde, podemos apontar: a falta de financiamento, a má distribuição de leitos, a ineficiência na utilização dos recursos, o déficit de recursos humanos (médicos e enfermeiras) e o duplo vínculo dos especialistas.

Em 1979, quando Margaret Thatcher foi eleita Primeira-Ministra no Reino Unido com um programa de reforma econômica e social radical, baseado na diminuição do gasto público e do envolvimento estatal na economia, foi dado início a um amplo programa de privatizações. No caso do NHS, a política inicial ficou restrita à contratação de serviços gerais

(lavanderia, nutrição e limpeza) e pouco foi substancialmente mudado durante a primeira década. As propostas de mudança nos mecanismos de financiamento, em direção à maior participação do financiamento privado, tiveram de ser abandonadas diante da desaprovação popular.

Mas as propostas não pararam por aí. Em 1989 foram apresentadas as propostas de reformas que seriam adotadas em 1991 e que configuraram a mais profunda reforma do NHS na história do Reino Unido, sendo discutidas em todo o mundo e adotadas em outros países. A estratégia fundamental foi a de tentar instituir “mecanismos de mercado”, como a competição entre os diversos serviços, com intuito de fomentar a eficiência, a melhoria da qualidade e proporcionar maior escolha aos cidadãos.

Nesse cenário, por meio da separação das funções de financiamento e de provisão, foi criado o mercado interno que instituiu certo grau de flexibilização administrativa em unidades públicas com a transformação de hospitais em *trusts** autônomos. Esses *trusts* não seriam mais financiados por orçamentação direta, mas competiriam pelos contratos de prestação de serviços com os gestores regionais, com pagamento por produção. Ao mesmo tempo, foi instituído um esquema que envolveu parte dos GP’s no recebimento de orçamento para compra de serviços para seus pacientes.

A partir das primeiras avaliações de resultados da estratégia de criação do mercado interno, foi observado que efetivamente a partir dessa ação houve a melhora da eficiência na produção hospitalar, aumentando o número de internações e diminuindo a ociosidade testemunhada em muitos serviços.

No entanto, assim como surgiram resultados positivos também surgiram alguns problemas, como a introdução de múltiplos “compradores” que levou à fragmentação do sistema; e embora os hospitais tenham se tornado mais produtivos, eles tiveram de se reorganizar para realizar os procedimentos mais lucrativos de acordo com as novas formas de pagamento, em detrimento do tratamento de problemas mais complexos e/ou pacientes mais doentes.

Os hospitais mais complexos e de ensino passaram a ter enormes déficits, já que não poderiam mais ser mantidos apenas

**Trusts* – fundações autônomas e independentes do NHS. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

com os contratos que costumavam obter, desse modo, para que não quebrassem, foi necessária uma suplementação orçamentária que garantisse sua sobrevivência.

Um problema adicional foi o gerado pelo esquema dos GP's que compravam serviços. Seus pacientes efetivamente passaram a ter mais acesso a serviços de nível secundário, quando comparados aos pacientes dos GP's que não integravam o esquema. Isso estabeleceu duas classes de pacientes, ferindo o princípio de equidade, o que resultou em algo inaceitável para a população inglesa.

Por fim, foi observado também que os ganhos de eficiência estavam sendo parcialmente contrabalançados pelo aumento dos custos administrativos do novo modelo, que se tornavam cada vez mais altos.

Diante desse cenário, o Partido Trabalhista brasileiro, à época de oposição ao governo vigente, combateu o mercado interno durante toda aquela década, corroborando para tal o fato de a proposta do NHS ter sido uma das principais questões em discussão na eleição brasileira de 1997, quando a oposição venceu. Embora tenha sido mantida a separação entre financiamento e provisão, o objetivo deixou de ser a competição e passou a ser a parceria e a colaboração, com ênfase no planejamento, para a definição de prioridades segundo as necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da elaboração de contratos.

Foi então instituída nova ênfase ao monitoramento da performance dos serviços, desenvolvendo indicadores para cada área de atuação, estabelecendo metas e tornando públicos os resultados de todos os serviços. Foi também criado o Instituto Nacional de Excelência Clínica (NICE), com o objetivo de coletar evidências acerca da melhor prática clínica e disseminá-la pelo NHS.

Até agora falamos sobre a evolução dos sistemas nacionais de saúde e dos sistemas de seguro social. Mas quais eram seus objetivos?

Nos sistemas de seguro social, inclusive na Alemanha, os objetivos centrais da reforma foram o de conter o gasto em saúde e o de tentar minorar a fragmentação e a descontinuidade do cuidado.

O caso alemão, detentor do maior gasto em saúde entre os países europeus, desde 1977 vem introduzindo várias mudanças no sistema de saúde objetivando a contenção de custos. Foram estabelecidos tetos e controles orçamentários para serviços ambulatoriais e medicamentos, e foi modificada a forma de pagamento dos serviços de internações hospitalares que limitava o pagamento por diárias, introduzindo então o pagamento por ***Diagnosis Related Groups's** (DRG's)**.

**Diagnosis Related Groups's* – tipo de pagamento por casos, composto por grupos de doenças. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Há algum tempo vem sendo tentada também, ainda que com grande dificuldade, a instituição do papel de *gate-keeper*, com o objetivo de regular o fluxo dos pacientes ao longo do sistema. Mas somente a partir de 2000 que algumas medidas nessa direção puderam ser introduzidas, por exemplo, a obrigatoriedade de oferta pelos fundos/caixas de modelos com *gate-keepers*, a instituição de avaliação tecnológica para inclusão/exclusão de tecnologia no pacote de benefícios dos fundos e a introdução de alguns copagamentos (taxa de 10 euros pelo primeiro contato com o médico a cada três meses e de toda consulta não referenciada, e 10 euros por dia de internação).

Assim, podemos afirmar que até hoje os NHS buscam novas estratégias de fortalecimento da articulação entre os vários níveis do sistema, aproximando-se das formas organizacionais tradicionalmente adotadas. Contudo, somente a partir dos anos de 2000 é que algumas novas formas de articulação entre os serviços começaram a ser testadas a partir de rearranjos institucionais, tanto nos sistemas nacionais como nos de seguro social. No Reino Unido, o desenvolvimento das redes clínicas para o tratamento de pacientes crônicos começou na Escócia, sendo inicialmente dirigida ao tratamento de câncer e mais recentemente proposta para o tratamento da doença renal crônica.

Em suas propostas para o desenvolvimento da política nacional de atenção aos pacientes crônicos, o NHS propõe que futuramente a contratualização de serviços para o tratamento seja

feita com **networks***, configurando na prática um novo ente que se responsabilizaria pelo cuidado integral.

No caso americano, recentemente o Governo Obama, diante do paradoxo representado pelo expressivo crescimento concomitante de seus gastos (US\$2.2 trilhões ou 16,2% do PIB) e de uma expressiva população descoberta (45 milhões de pessoas abaixo de 65 anos estavam descobertas de serviços de saúde em 2007), propôs uma reforma fundamentada em uma proposta de universalização da cobertura de serviços de saúde. A esse quadro de características indesejáveis, provocado em boa parte pelo grau de concentração do mercado de seguradoras, soma-se ainda a ampliação da carga sobre os programas públicos (US\$ 410 bilhões – *MEDICARE* e US\$ 319 bilhões em 2007), o crescimento desproporcional dos prêmios (bem acima da inflação e do rendimento do trabalhador), a redução da capacidade de seguro empresarial, a elevada desigualdade na distribuição dos gastos entre as parcelas da população, a crescente vulnerabilidade principalmente de grupos especiais da população (negros, latinos, imigrantes etc.), entre outros.

Considerando esse contexto, outro fator que merece nosso destaque é o *American Health Security Act* de 2009, que teve como objetivos prover atenção para todos os americanos, controlar os custos e ampliar a qualidade do sistema de saúde. Entre outros pontos, propôs a edição de um seguro público opcional como estratégia para reduzir o preço dos prêmios dos seguros; a formação de um fundo constituído de contribuições empresariais e dos trabalhadores, de impostos gerais e de outros recursos públicos; a obrigatoriedade das empresas proverem seguro para todos os seus trabalhadores; e a isenção de pagamento de prêmios e copagamentos para pessoas na faixa de 100% a 200% da linha federal da pobreza. O projeto, que se encontra em debate no Congresso, já passou por diversas rodadas de emendas e tem provocado **divergências entre diversos atores** da sociedade americana, sendo considerada a proposta mais significativa de reforma do sistema de saúde americano.

***Network** – profissionais que trabalham nos diversos níveis de atenção do sistema, por organizações representativas de pacientes e suas famílias e por sociedades de especialistas, que passam a trabalhar articuladamente, desenvolvendo protocolos clínicos e mecanismos próprios de articulação das práticas, que perpassam todos os serviços envolvidos. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

A proposta tem provocado a resistência do partido conservador, das grandes seguradoras, de parte da mídia e dos setores conservadores da sociedade americana, porém há receptividade de consumidores e da Associação Médica Americana.

Complementando.....

Para aprofundar seus conhecimentos sobre proteção social, faça a leitura do texto:

📌 *Em torno do conceito de política social: notas introdutórias* – de Maria Lucia Teixeira Werneck Vianna.

Resumindo



Nesta primeira Unidade, trouxemos para você um breve histórico da gênese dos sistemas de saúde, com especial referência aos casos alemão, britânico e norte-americano e sua inserção nas diferentes modalidades de proteção social.

Buscamos ainda ampliar o seu conhecimento acerca da tipologia de sistemas de saúde; dos modelos de organização de serviços nos sistemas-tipo, com ênfase na organização em redes; e as principais modificações introduzidas no sistema de saúde britânico, por meio das reformas realizadas a partir do início de 1990.

Por fim, fizemos algumas considerações acerca dos sistemas de seguro social, enfatizando seu objetivo principal que está concentrado na diminuição de gastos em saúde e na minimização da fragmentação e da descontinuidade do cuidado.



Atividades de aprendizagem

Para verificar como foi sua aprendizagem nesta Unidade procure responder as atividades a seguir. Em caso de dúvida, faça uma releitura atenciosa e, se necessário, consulte o seu tutor.

1. Leia atentamente o texto *Anos 20 – A Questão Social. A era Vargas* – que faz parte de um dos módulos da seção Navegando na História, elaborados pelo Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea (CPDOC) da Fundação Getúlio Vargas, disponível no *site* <www.cpdoc.fgv.br>, e correlacione-o com a discussão apresentada no item Sistemas de saúde e sistemas de proteção social, desta Unidade.
2. Leia o texto *Denuncia o sistema médico americano em SOS saúde* de Michael Moore, disponível no Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem (AVEA), publicado no *Jornal O Globo* que traz um relato acerca do filme realizado pelo cineasta americano Michael Moore sobre o sistema de saúde americano. Observe os exemplos utilizados no filme para a comparação de sistemas – Estados Unidos, França e Inglaterra – e relacione as concepções de proteção social e a tipologia de sistemas de saúde que esses países utilizam.
3. Leia com atenção o texto *Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS*, disponível no AVEA, que apresenta em detalhe as reformas do sistema britânico e traça paralelos com o SUS. Após a leitura, destaque os principais paralelos entre esses dois sistemas.
4. Leia atentamente o texto *Antecedentes do SUS*, elaborado pelo Conass, disponível no AVEA, e destaque quais são os grandes desafios à consolidação do SUS, de acordo com os princípios e estratégias definidos pela Constituição de 1988.

UNIDADE 2

A ORGANIZAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Discutir os conceitos de regiões/territórios e níveis de complexidade/densidade tecnológica;
- ▶ Apontar os passos necessários à organização de linhas de cuidado;
- ▶ Identificar a necessidade de mecanismos específicos de articulação entre os níveis de complexidade/densidade tecnológica; e
- ▶ Compreender a correlação entre o planejamento e os mecanismos de gestão de redes.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Nesta Unidade, veremos cada um dos componentes da organização de redes, também chamados de perfis ou funções, e compreenderemos como devem ser articulados para compor um todo funcional de forma a garantir princípios como a universalidade, a equidade e a integralidade.

Você verá também que para que esse funcionamento ocorra de maneira satisfatória é fundamental que haja a presença de algumas estratégias de coordenação e que os investimentos em unidades, equipamentos e contratação de pessoas sejam realizados a partir de uma perspectiva de racionalidade sistêmica regional.

Faça a leitura atenciosa desta Unidade e busque compreender a lógica de organização dos serviços de saúde em rede como um todo funcionalmente articulado.

Vamos lá, inicie logo a leitura! Se tiver dúvidas, faça contato com seu tutor.

Atualmente, o maior desafio do SUS é a sua consolidação, ou seja, como garantir o direito à saúde e o acesso aos serviços de saúde conforme definidos na Constituição? Dentre as diretrizes do SUS, está a constituição de redes hierarquizadas e regionalizadas de serviços, que, como você aprendeu na Unidade 1, foi a estratégia seguida por todos os países que criaram seus sistemas de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

A regionalização e a hierarquização sempre estiveram na base das propostas de reorganização do sistema de saúde brasileiro, ainda nos primórdios da luta pela reforma sanitária, e foram

**Saiba mais****Conferência Nacional de Saúde**

Essa conferência foi o grande marco na história das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou de discussões da conferência. Suas propostas contemplaram o marco da luta pela unificação do sistema e conformaram a agenda que seria incorporada à Constituição de 1988 que criou o SUS. Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1124>. Acesso em: 5 jul. 2010.

definidas como estratégia central na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

No entanto, ao longo da década de 1990, em razão dos próprios rumos do processo de descentralização, a instituição de redes deixou de ser o eixo em torno do qual se organizava o SUS – mesmo que a proposta pudesse continuar a constar de planos e de debates. E foi apenas a partir da publicação da *Norma Operacional da Assistência à Saúde* (NOAS), publicada

em 2001, que a regionalização voltou ao centro da discussão.

Recentemente, o documento *Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão* definiu a regionalização como eixo estruturante de sua dimensão de gestão, ou seja, ela deve orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores (BRASIL, 2006).

A construção de redes de serviços é um desafio de enorme complexidade que envolve uma gama muito ampla de dimensões, que vai desde a definição do “desenho” da rede, compreendendo várias unidades, seus diferentes perfis assistenciais e a articulação funcional entre elas, até os mecanismos de gestão, financiamento e avaliação de resultados.

Na Unidade 1, estudamos a origem do conceito de organização em redes e discutimos a maneira como o modelo foi adotado pelos sistemas de saúde universais. Nesta Unidade, apresentaremos os conceitos básicos acerca da regionalização e da hierarquização de serviços. Como você irá observar em muitas situações ao longo do texto, os conceitos apresentados são os

princípios básicos sobre os quais se organizam as redes de serviços. Mas isso não quer dizer que a forma específica como os serviços e as ações são organizados deva ser a mesma em todos os casos. Pelo contrário, embora sigam os mesmos princípios, a conformação específica da rede em cada caso pode e deve ser diferente, levando em conta as especificidades locais.

ORGANIZAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO: CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Como observado pela experiência internacional, os países que construíram sistemas de saúde de base universal e que conseguiram garantir efetivamente a cobertura e o acesso, o fizeram por meio do modelo de redes hierarquizadas e regionalizadas. Isso se deu porque existe uma relação intrínseca entre a organização da atenção em redes e os objetivos de universalidade, equidade e integralidade.

A construção de redes baseia-se no fato de que, na maioria das populações, são mais frequentes os casos que necessitam de atenção realizada em serviços de menor complexidade – ou de menor densidade tecnológica – do que aqueles de maior complexidade. Para utilizarmos exemplos extremos, felizmente são mais frequentes os casos de gripes, de diarreias, de crises hipertensivas do que de tumores cerebrais.

Desse modo, para que o sistema possa atender às necessidades de saúde, são necessários mais serviços capazes de atender gripes e diarreias do que capazes de realizar neurocirurgias eletivas. Portanto, os primeiros serviços devem necessariamente estar mais perto da população do que os segundos serviços.

De outro modo, a instituição de serviços de neurocirurgia pressupõe equipamentos sofisticados e caros e recursos humanos altamente treinados e escassos. Para que seja justificado seu investimento, do ponto de vista econômico e social (quando se trata de serviço público, financiado com recursos públicos), é necessário um número suficiente de casos para que esse serviço não se torne ocioso. E, além de evitar a ociosidade dos serviços, duas outras

questões embasam a necessidade de concentração nos processos de produção de cuidados de maior densidade tecnológica em serviços maiores.

A primeira questão diz respeito à eficiência – melhor uso dos recursos – e se refere às economias de escala, por exemplo, quando consideramos um serviço cirúrgico, precisamos considerar toda a infraestrutura necessária para mantê-lo em funcionamento: o serviço de esterilização, o laboratório, a anatomia patológica, os serviços e contratos de manutenção de equipamentos etc. Boa parte desses gastos, inclusive os de pessoal, são fixos, ou seja, não variam com a produção. Por isso, manter uma sala cirúrgica para a realização de processos complexos é relativamente mais caro do que manter duas, ou seja, manter uma UTI com dois leitos é relativamente mais caro do que manter uma UTI com cinco leitos. Consideradas sob as mesmas condições e mantidas todas as outras variáveis, o custo médio dos procedimentos na primeira situação será mais caro do que na segunda.

A segunda questão diz respeito à qualidade. Para os serviços de maior complexidade, o maior volume da produção está relacionado à sua melhor qualidade. Dessa forma, em um serviço de cirurgia cardíaca, que realiza um procedimento por semana, as dificuldades para manter a **expertise do staff*** são maiores do que em um centro que realiza cinco cirurgias por dia. Logo, para que um serviço possa se tornar um centro formador de recursos humanos é necessária uma produção mínima que permita o seu treinamento.

***Expertise do staff** – competência da mão de obra.
Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Considerando o mesmo exemplo, podemos observar que um número suficiente de casos de neurocirurgia eletiva somente pode ser gerado por uma população muito maior do que a necessária para gerar casos de gripes, de diarreias e de crises hipertensivas. Portanto, para que seja possível à rede oferecer serviços mais complexos sem o risco de ociosidade, com o benefício da **economia de escala*** e mantendo a qualidade, é necessário que os serviços sejam direcionados a populações mais amplas do que aquelas nas quais os serviços se limitam à atenção de patologias mais comuns.

***Economia de escala** – implica redução de custos unitários decorrentes de aumento no volume da produção. Fonte: Lacombe (2004).

Por isso, na medida em que a equidade – da qual a igualdade de acesso é uma das dimensões – é um dos princípios do sistema,

centralizar os serviços mais complexos é a única forma de garantir o acesso a todos que deles necessitem. Esse, portanto, é o pilar da proposta de bases populacionais diferentes para diferentes serviços, e de uma rede de serviços hierarquizada, no sentido de regulação das referências de um nível para outro.

A rede constitui-se num conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada e responsáveis pela provisão integral de serviços de saúde à população de sua região. Dessa forma, para que efetivamente seja constituída uma rede, duas questões são centrais: a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para garantir à população não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado.

A região, por sua vez, é a base territorial e populacional com autossuficiência em serviços até o nível de complexidade definida. A definição da área geográfica e populacional da região depende da área total; do tamanho da população; das formas de distribuição e ocupação da área; além das características sociais e culturais.

A região não é criada pelo sistema de saúde. É, na verdade, o reconhecimento, pelo sistema, de uma região, de um território que existe no **mundo real** que tem base não apenas territorial e populacional, mas também social e cultural.

A região pode abranger várias cidades, englobar apenas uma cidade e sua periferia, ser parte de uma cidade e pode (ou não) coincidir com a divisão administrativa e política do país ou Estado. Pela sua diversidade, não é possível pensarmos em um único tamanho/tipo de região para todo o país. Um exemplo seria o clássico caso inglês de sistema organizado em redes: ainda que o distrito inglês tenha sido pensado como territórios, com algo em torno de 150/200 mil pessoas por território, na prática os distritos têm em média 250 mil habitantes, mas podem variar entre 80 e 900 mil.

Essa última observação demonstra uma das mais importantes questões acerca da rede de serviços: embora existam princípios gerais que definem as funções dos diferentes tipos de unidades em uma rede, essas não são construídas por meio de modelos rígidos, tais como “regiões devem ter x habitantes” ou

Nesse mundo, a população ocupa o espaço de uma determinada maneira e estabelece fluxos e estratégias de acesso aos serviços de saúde.



“um hospital de nível secundário deve ser referência para y pessoas”. Esses parâmetros são, na realidade, orientações gerais a serem adaptadas a cada situação. Assim, um dos maiores desafios ao planejamento e à programação é a questão de como traduzir o conceito de rede de serviços para uma determinada realidade. Se as regiões (e os distritos) são diferentes, também são diferentes seu perfil epidemiológico, suas demandas e suas necessidades.

Ademais, para uma mesma necessidade ou problema de saúde, existem diferentes composições de recursos que derivam de resultados comparáveis, em termos de indicadores de saúde e de satisfação do paciente.

White *et al.* (1977) em estudo clássico, promovido pela OMS que analisou a utilização de serviços de saúde em 12 regiões de sete países, constataram que para tratar as mesmas patologias, a composição de recursos muitas vezes era diferente e os resultados mostraram a possibilidade de substituição entre elas. Observaram, ainda, que de acordo com a oferta, os mesmos tipos de casos eram tratados em ambulatório ou internação e os resultados ou a aceitação por parte dos pacientes não mostraram grandes diferenças. Ou seja, o estudo mostrou que não há uma maneira ideal de prover os serviços de saúde; em vez disso, existem escolhas que o planejador e o formulador de políticas devem fazer para a alocação de recursos no atendimento às necessidades.

Outra questão central apontada pelo estudo é que para que seja estabelecida uma rede é necessário que cada nível resolva os problemas que lhe foram atribuídos. Mas como garantir a capacidade de resolução em cada nível?

Costumeiramente, encontramos a afirmação de que a rede básica (ou o primeiro nível, ou a atenção primária) é capaz de resolver 80, 85 ou 90% dos casos. No entanto, embora largamente repetida, essa afirmativa está longe de constituir verdade absoluta, pois a rede básica pode variar de acordo com o nível de atenção.

No primeiro nível do sistema, por exemplo, a rede somente será capaz de atender (e resolver) 80% dos casos se esses estiverem claramente explicitados, ou seja, se informarem qual a composição desses 80%, quais os recursos necessários para tratá-los, além de garantir que os serviços estejam organizados e equipados adequadamente.

Lembremos de que na medida em que as condições de vida e saúde são específicas, também o é o perfil epidemiológico. Dessa forma, o que constitui 80% dos casos na Suécia, por exemplo, é absolutamente distinto do que constitui os 80% dos casos no interior do Nordeste. Logo, a única forma de garantir que determinado serviço ou nível de atenção seja resolutivo é a partir da definição prévia de quais funções cabem a cada serviço/nível da rede e o tipo de ações e atividades que devem ser realizadas, de modo que os serviços possam ser organizados e equipados para cumpri-las.

CONSTRUINDO A REDE DE ATENÇÃO: FUNÇÕES E PERFIS ASSISTENCIAIS

Agora que sabemos da relevância das redes no serviço de saúde, vamos estudar as funções e os perfis assistenciais de cada um dos níveis de atenção à saúde.

O PRIMEIRO NÍVEL DE ATENÇÃO

As funções do primeiro nível de atenção podem ser definidas em três linhas básicas, a saber:

- ▶ são aquelas ligadas a valores, à atenção, ao acolhimento, ao pertencimento, à confiança, à responsabilização;
- ▶ é a produção de ações e serviços, tanto de promoção e prevenção como de tratamento e acompanhamento; e
- ▶ é o ordenamento do sistema (porta de entrada).

Para cumprir essas funções, ou parte delas, diferentes países optam por composições distintas de recursos: generalistas autônomos, generalistas em centros de saúde, equipes em centros de saúde, policlínicas etc., que expressam diferentes formas de articular os recursos e as ações de saúde.

Outra questão importante que precisamos atentar com relação ao primeiro nível de atenção é que para cumprir essas funções ele deve ser dotado de complexidade – que não se expressa

necessariamente em equipamentos, mas na qualidade dos recursos humanos – e de articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema.

Em todo nível de atenção temos algumas questões que influenciam diretamente a resolubilidade da situação, seja ela positiva ou nem tanto. Aqui, no primeiro nível, uma das questões centrais que influenciam a baixa capacidade de resolução de problemas é a noção de que é possível resolver a maior parte dos problemas de saúde apenas por meio de medidas de promoção e de prevenção da saúde. Isso pode ser verdade, mas apenas para determinados perfis epidemiológicos ligados à extrema pobreza e caracterizados por doenças infecciosas e parasitárias.

No que diz respeito às doenças crônico-degenerativas – cardiovasculares, diabetes e algumas neoplasias – a prevenção implica mudanças muito mais complexas relacionadas ao estilo de vida, como o controle da dieta e do *stress* e a adoção de exercícios. Em outros casos de doenças altamente prevalentes, como o câncer de mama, por exemplo, pouco ainda se sabe sobre as possíveis medidas de prevenção.

Portanto, para a resolução de boa parte dos casos mais comuns apresentados ao sistema de saúde, não bastam medidas preventivas, mas são necessários também o tratamento e o acompanhamento, muitas vezes com necessidade de medicamentos e seguimento de exames laboratoriais e de imagem.

Você pode estar se perguntando: e quando o primeiro nível não cumpre esse papel?

Quando isso não acontece a única alternativa que resta ao paciente é a de buscar o serviço de emergência. Assim, a proposta de montagem de um nível primário de muita baixa densidade tecnológica implica que esse não seja capaz de resolver praticamente nenhum problema, ficando longe da meta de resolução dos 80% dos problemas de saúde de uma população, transformando-se, quando muito, em mero mecanismo de triagem.

O CUIDADO AMBULATORIAL DE ESPECIALIDADES

O modelo tradicional de rede de atenção é o de especialidades/serviços cujo acesso se dá por referência a partir do primeiro nível – denominados de cuidado secundário – por meio do estabelecimento de listas de espera. E assim como existem diferentes definições acerca de que especialidades devem ser ofertadas no primeiro nível, também existem diferentes composições de especialidades no nível secundário ambulatorial.

Em cada caso, a definição sobre a composição da oferta em cada nível é função do tamanho da população e da densidade demográfica, do perfil epidemiológico e dos recursos disponíveis. Assim, ao falarmos de territórios amplos de grande concentração populacional, como as regiões metropolitanas, precisamos considerar determinadas especialidades para as quais exista maior demanda, por exemplo, a cardiologia, a neurologia, a oftalmologia. Ou seja, no primeiro nível essas especialidades devem ser ofertadas para garantir a resolutividade, evitando criar barreiras de acesso.

Da mesma forma, há diferentes modos de organizar a atenção ambulatorial especializada, que tanto pode ser ofertada em hospitais como em unidades ambulatoriais autônomas, por exemplo, as policlínicas. Por isso, dependendo da especialidade e considerando o equipamento necessário e o número de especialistas existentes, será necessária maior ou menor concentração de recursos.

Novas formas de produção do cuidado vêm modificando tanto a provisão de ambulatório especializado como as características do hospital. Vimos observando grande expansão do nível de cuidado ambulatorial, tanto pela transferência de casos



Saiba mais

Resolutividade

A avaliação da capacidade de resolução de problemas de saúde de um serviço específico, denominada de resolutividade, está relacionada à definição de seu perfil assistencial ou à atribuição de cuidar/tratar. Contudo, se um determinado serviço não tem seu perfil e funções previamente definidos e não consegue dar conta dos casos que lhe chegam – muito provavelmente de forma espontânea e sem mecanismos de referência – não podemos afirmar que é um serviço pouco resolutivo. Na realidade, é um serviço mal planejado. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

que anteriormente seriam tratados por meio de internação hospitalar como pela incorporação de novas tecnologias. Assim, o ambulatório vem incorporando procedimentos complexos e desenvolvendo técnicas anestésicas e de cirurgia minimamente invasiva, possibilitando que vários procedimentos não requeiram mais internação.

OS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO E DE TERAPIA

Os serviços de diagnóstico e de terapia são comumente denominados “auxiliares” na prestação de serviços clínicos e envolvem diagnóstico laboratorial clínico de anatomia patológica e de imagem. Os de terapia, mais comumente referidos, são os de quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e hemoterapia.

Embora muitas vezes referidos como um grupo aparentemente homogêneo, cada um desses tipos de serviço deve ser inserido de forma distinta no processo de cuidado. Os serviços de laboratório de análises clínicas podem ser organizados de forma centralizada ou cada unidade pode dispor de seu próprio laboratório, que caracteriza a forma mais tradicional encontrada em serviços públicos. E o fato de ser a forma mais usual não significa que seja a mais racional de organizar.



Saiba mais

Kits

Conjunto de elementos que atende a uma mesma finalidade, utilidade. Por exemplo, recentemente o Ministério da Saúde lançou o *Kit* Nacional para Diagnóstico da Influenza H1N1, tecnologia brasileira desenvolvida para identificar o vírus dessa gripe pandêmica: contém um produto (dois tubos) e os reagentes biomoleculares utilizados para a detecção do vírus. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Sendo assim, não é por acaso que a centralização da realização de exames, com coleta descentralizada, é a forma de organização adotada pelo setor privado, já que permite o benefício das economias de escala. Isso porque os equipamentos são capazes de produzir muito mais exames do que a maior parte das unidades é capaz de gerá-los individualmente. Muitos dos insumos para realização de exames são disponibilizados em *kits* destinados a um grande número de procedimentos, nos

deixando duas opções: ou abrimos o *kit* para a realização de um exame e perdemos o restante do material ou devemos aguardar até que apareçam outros casos e o *kit* possa ser aberto.

Qual dessas opções você achou mais aceitável? Será que as unidades de serviço devem dispor de laboratórios?

Nenhuma das opções parece razoável, evidentemente. Pois, com exceção de unidades que disponham de serviços de emergência e que evidentemente devem dispor de laboratórios adequados ao seu nível de complexidade, boa parte dos exames gerados pelos serviços de uma rede pode ser realizada em serviços centralizados, geridos de forma independente e mais eficiente e com a coleta do material realizada na unidade de origem, dispensando o deslocamento do paciente.

O serviço de diagnóstico por imagem é outro tipo de serviço beneficiado pela economia de escala, já que os equipamentos, em geral bastante caros, apenas se pagam se estiverem funcionando em plena capacidade potencial, ou seja, em vários turnos ao dia e, em alguns casos, se possível, durante 24 horas ao dia. Os insumos necessários são caros, mas é possível obter melhores preços por meio de compras centralizadas. Da mesma forma, os equipamentos e os prédios para abrigá-los devem possuir contratos de manutenção permanentes. Com os recursos humanos a realidade não é diferente, pois os colaboradores, tanto para a realização de exame como para a leitura de resultados, são especializados, raros e se beneficiam de um volume de produção maior para a manutenção de sua qualificação.

Todas essas características apontam para a proposta de centralização da produção desses serviços em unidades maiores – Centros Integrados de Diagnóstico – com mecanismos de gestão próprios, inclusive com a possível adoção de formas específicas de pagamento. Essas unidades poderiam funcionar em horários muito mais amplos do que os normalmente adotados pelas unidades de

saúde, permitindo a otimização da utilização dos recursos e a ampliação do acesso.

Nesse contexto, os serviços de anatomia patológica funcionam com uma lógica um pouco distinta. Eles são fundamentais para o estabelecimento do diagnóstico e para a definição do estágio de diversas patologias, em especial no campo da oncologia, e pressupõem um recurso humano extremamente especializado e muitas vezes escasso, mesmo nos grandes centros urbanos. Esses recursos humanos, diferentemente do caso da análise clínica, fazem parte da equipe de cuidado ao paciente e sua articulação com os demais profissionais envolvidos é fundamental para a definição do caminho do tratamento a ser seguido.

Esses serviços são dirigidos a bases populacionais mais amplas do que as dos serviços de laboratórios clínicos e, da mesma forma, há distinção de níveis de complexidade de equipamentos, de insumos e de recursos humanos para a realização de diferentes exames. Assim, cabe avaliar para cada caso que tipos de exames serão centralizados em um único serviço de referência.

A própria coleta do material e sua preparação para a realização do exame é complexa, assim como a sua interpretação, você concorda?

Podemos constatar essa complexidade se analisarmos os inúmeros problemas encontrados na coleta do material e na interpretação do resultado dos exames colpocitológicos para controle do câncer de colo uterino.

Agora, se analisarmos os serviços de terapia, iremos perceber que sua articulação na rede deve ser pensada de outra maneira, pois apesar de ser sua característica a realização de procedimentos que fazem parte de um processo de cuidado, na verdade, essa se constitui em subprocessos – como as sessões de quimioterapia, radioterapia ou hemodiálise. No entanto, diferentemente dos serviços de diagnósticos, esses procedimentos são parte integrante do cuidado.

Os dois primeiros subprocessos fazem parte da atenção ao pacientes oncológicos e o terceiro, ao paciente renal crônico.

Sendo assim, podemos afirmar que o sistema de pagamento por procedimentos – especialmente quando se tratam de procedimentos muito dispendiosos – tende a estimular a constituição de serviços de terapia independentes ou isolados, pois contribuem para a fragmentação do cuidado e não permitem a responsabilização pelo cuidado integral ao paciente.

OS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

A definição do que sejam casos de emergência e de urgência varia e é pouco precisa. De forma geral, as emergências são definidas como “[...] condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato[...]” e as urgências como “[...] a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata[...]” (CFM, 1995).

Perceba que tanto as urgências como as emergências podem ser oriundas de trauma (causas externas) ou de situações clínicas (infarto agudo do miocárdio, apendicite aguda etc.), o que nos permite afirmar que mesmo com a imprecisão das definições a maioria dos casos atendidos em serviços de emergência não são emergências ou urgências. Essa não é uma realidade encontrada apenas no Brasil. Estudos mostram que em países como a Dinamarca, a Suécia, a Nova Zelândia, os EUA, o Reino Unido, entre outros, ainda que apresentem percentuais bem mais baixos do que os nossos, isso também acontece.

Então, quais as necessidades que estão sendo atendidas pelo setor de emergência e não estão sendo em outros níveis do sistema?

Uma das necessidades diz respeito ao acesso, compreendido como a entrada no sistema a qualquer momento, com a certeza de ser atendido. Isso é particularmente importante quando há insuficiência na atenção primária – como no caso brasileiro. No entanto, em países com rede estabelecida, como no caso inglês, uma necessidade importante é a de escolha, pois uma vez inscrito com o médico clínico generalista, o paciente deve permanecer com esse médico por um período de tempo definido (em geral, no mínimo um ano) e qualquer consulta a outro médico dependerá de sua referência. Ademais, o serviço de emergência é buscado apenas quando o paciente sente a necessidade de uma segunda opinião.

Para que seja equacionado o problema de utilização dos serviços de emergência por casos que não tenham indicação para tal, existem diferentes estratégias: uma delas certamente é a organização do primeiro nível de atenção, mas de forma que contemple o problema do acesso. Por exemplo, um serviço de primeiro nível cujo acesso é determinado por um número limitado de senhas distribuídas pela manhã ou cujo funcionamento se dá em um horário restrito, na prática está impondo barreiras de acesso que levarão o indivíduo inevitavelmente à procura dos serviços de emergência.

Além de um primeiro nível que garanta a capacidade de resolução e acesso, existem outras estratégias para racionalizar a atenção às urgências e às emergências. Por exemplo, a instituição de centros de tratamento de trauma sem severidade; a disponibilização de serviços para o tratamento das urgências; a disponibilização de serviços de aconselhamento por telefone; o atendimento domiciliar de urgência etc.

O atendimento às emergências é composto de atendimento pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação. O atendimento pré-hospitalar pode ser organizado de várias formas. Em alguns países, a ênfase é dada à ampliação do tratamento pré-hospitalar, de modo a evitar, sempre que possível, que o paciente chegue ao hospital. Em outros casos, o tratamento pré-hospitalar consiste apenas em triagem e transporte aos hospitais.

Os serviços de emergência também podem ser organizados de diferentes maneiras. Uma opção é a concentração de todos os tipos de casos em apenas um serviço ou a organização de serviços diferenciados por tipo de emergência, na medida em que o processo de produção do cuidado aos diversos tipos de emergência é bastante diferente. Dependendo do número de casos a proposta pode ser a separação dos casos de trauma. Os [centros de trauma](#) são, em geral, serviços oferecidos por hospitais gerais, especializados em tratar os casos de trauma severo. Em alguns centros, os pacientes de trauma são separados em enfermarias e Unidades de Tratamento Intensivo especiais (UTIs).

Temos também a questão das emergências clínicas. Muitas situações não chegam a ser emergências, pois parte dessas são casos crônicos agudizados, necessitando de internação clínica; outros são casos que necessitam de observação ou ainda são efetivamente emergências, como o coma diabético. Cada um desses tipos de problema poderia ser tratado em diferentes tipos de serviços, ligados à rede do primeiro nível, em hospitais gerais com pequenas emergências ou serviços de emergência propriamente ditos.

Outro problema central a ser enfrentado é a articulação do serviço de emergência hospitalar com os demais serviços do hospital. Nem todos os hospitais gerais devem dispor, necessariamente, de serviço de emergência – embora todos tenham obrigatoriedade de garantir acesso a seus pacientes em caso de emergência. Mas atenção: esse é apenas um tipo de perfil hospitalar.

Ademais, nem todos os serviços de emergência devem atender a todos os tipos de casos. Da mesma forma, o processo de reabilitação, quando necessário, é em geral bastante longo e não necessariamente deveria ser realizado inteiramente no hospital geral, podendo o paciente ser transferido a serviços especificamente criados e vinculados ao hospital de sua origem.



Saiba mais

Centros de trauma

Nesses centros os recursos humanos são especializados e com vasta experiência no cuidado a pacientes politraumatizados graves. Pelo próprio peso da estrutura necessária, pelo perfil dos recursos humanos e por ser uma área em que o volume de produção está relacionado à qualidade, a organização de centros de trauma se justifica para bases populacionais maiores e com grande número de casos. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Sendo assim, podemos observar que concentrar todas as emergências num só hospital pode simplificar a organização dos demais serviços hospitalares; porém, considerando as especificidades do processo de atenção a cada tipo de emergência e dependendo do volume de casos, isso pode gerar serviços que se tornem abarrotados de pacientes, sem condições de cumprir todas as funções que lhe são propostas.

HOSPITAIS

As funções do hospital podem ser definidas como o cuidado ao paciente relativo à internação cirúrgica eletiva, à internação clínica, ao cuidado ambulatorial, à emergência e à reabilitação.

Além dessas funções assistenciais, que outras funções o hospital exerce? Você já parou para observar o hospital de sua região?

Além das funções assistenciais, o hospital exerce muitas outras que o tornam uma instituição extremamente complexa, por exemplo, o ensino, a pesquisa, a assistência social, a fonte de emprego, a legitimação, o poder político e a base para o poder corporativo.

As características dos outros componentes da rede definem e redefinem os hospitais. Em especial, as características do primeiro nível de atenção – o nível de cobertura alcançado, a acessibilidade, o grau de resolubilidade – determinam em boa parte a demanda que será gerada para o cuidado realizado nos hospitais, que também vão mudando com a incorporação de novas tecnologias. Um exemplo de mudança foi o advento da terapia para tuberculose, que levou ao fechamento de milhares de leitos e à extinção de um tipo de hospital.

Existem diferentes tipos de classificação de hospitais que consideram distintas dimensões. Uma forma de classificá-los é a partir da consideração de seu grau de complexidade, no qual em um extremo estão os hospitais de ensino e, no outro, os pequenos hospitais locais, gerando a classificação hierárquica tradicional de cuidado terciário, cuidado secundário e hospitais comunitários. Outra dimensão considera ainda os hospitais gerais e os especializados ou ainda a localização ou as características organizacionais (único ou múltiplo).

No entanto, nenhuma classificação dá conta de todas as dimensões e todas as classificações apresentam algum grau de limitação, especialmente as de definição hierárquica do cuidado, já que a fronteira entre hospitais de nível secundário e terciário é cada vez mais difícil de ser mantida. Em alguns casos, por exemplo, o hospital de nível secundário é organizado em clínicas cirúrgicas especializadas, enquanto em outros o cirurgião geral acumula as mesmas funções.

Com a crescente especialização, tornou-se impossível definir uma única base populacional para um único modelo de hospital. Cada especialidade é justificada para diferentes bases populacionais, por exemplo, a neurocirurgia necessita de uma base maior do que a dos serviços de oncologia.

Já os hospitais terciários se diferenciam dentro do grupo, por exemplo, um país pode ter dez hospitais terciários oferecendo cirurgia cardíaca para adultos e somente um com cirurgia pediátrica; vários podem fazer transplante renal e apenas um o transplante de fígado.

Ao considerarmos esses diversos grupos hospitalares, precisamos pensar na administração dos hospitais, pois há uma crescente crítica ao planejamento de hospitais de forma desvinculada dos demais componentes da rede. A definição do componente hospitalar, na realidade, é um “jogo” entre acesso, qualidade, custo e recursos existentes no qual devemos levar em conta alguns critérios:

- ▶ a base populacional;
- ▶ a distribuição da população;

- ▶ o perfil epidemiológico;
- ▶ a função na rede; e
- ▶ a concentração de recursos em função de economias de escala e a relação volume *versus* resultado.

ARTICULAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DA REDE, DEFINIÇÃO DE PERFIS, REGULAÇÃO

Para que seja possível configurar uma rede de serviços de saúde efetiva, é necessária a existência de um conjunto de unidades de diferentes portes, níveis de complexidade e capacidade tecnológica, em número suficiente para garantir cobertura a uma determinada população e trabalhar com uma composição de recursos adequada em cada nível para garantir a resolubilidade e a qualidade da atenção na provisão de cuidado.

No entanto, ainda que essa seja uma condição *sine qua non** para que uma rede exista, ela não é suficiente. É necessário ainda que esse conjunto de unidades trabalhe de forma articulada, responsabilizando-se pela atenção integral à população de sua região (ou distrito, ou microrregião).

Comumente, quando ouvimos falar em montagem de redes de serviços de saúde, pensamos em mecanismos de referência e contrarreferência, compreendidos como as formas pelas quais um paciente caminha ao longo da rede. Contudo, pela descrição do funcionamento dos serviços em redes estabelecidas, podemos perceber que esses mecanismos não são, em absoluto, meras fichas de encaminhamento ou de solicitação de exames distribuídas aos pacientes para que busquem resolver, por sua própria conta e risco, de que forma serão operacionalizadas. Logo, os mecanismos de referência e contrarreferência somente têm sentido e funcionam como tal na medida em que expressam o compromisso com o caminhar dos pacientes, de modo a garantir o acesso ao conjunto de tecnologias necessárias para o cuidado do problema apresentado, ou seja, é uma definição e um acordo prévios quanto ao que cabe a cada unidade de saúde tratar e cuidar em termos de número e

**Sine qua non* – expressão latina que significa ‘sem a qual não’ e que se aplica para designar uma condição indispensável à realização ou validade de algum ato. Fonte: Cegalla (2008).

tipos de casos a serem atendidos, o que de modo geral é definido como o perfil assistencial.

A definição de perfis assistenciais em uma rede é uma tarefa complexa, pois muito raramente podemos construir redes de serviços a partir do zero, com novos investimentos e nas quais o gestor tenha o completo poder de definir o que e como operará em cada unidade. No mundo real, redes de serviços são construídas a partir de unidades pré-existentes, com suas próprias composições de recursos e “vocações” institucionais. Essa realidade deve ser levada em conta quando se pensa a definição de perfis.

Outra questão relacionada aos perfis assistenciais é que as definições mais simplistas, tipo hospitais terciários, na prática, apresentam certo grau de limitação, já que nem sempre todos os serviços de um hospital guardam coerência quanto ao seu grau de complexidade. Muitas vezes, encontramos no mesmo hospital um serviço de transplante de fígado, naturalmente de referência, ao lado de um serviço de pediatria, por exemplo, de baixa complexidade. Na mesma linha, dentro do mesmo hospital podemos encontrar um serviço de cirurgia cardíaca para adultos e um pediátrico, de modo que a base populacional a que pode o primeiro servir de referência é menor do que a do segundo. Assim, a definição das referências e dos caminhos ao longo das redes, especialmente para os serviços hospitalares de maior complexidade, pode e deve ser feita para cada tipo de serviço, articulando-se em linhas de cuidado.

Então, a quem cabe definir o perfil assistencial das unidades que compõem uma rede, suas funções e responsabilidades?

Sem dúvida, o funcionamento da rede é responsabilidade do gestor do sistema em cada nível, a ser pactuada nas instâncias devidas. O fato de ser responsabilidade do gestor não quer dizer que o perfil deva ser definido apenas por ele. Muito pelo contrário, é um processo que necessariamente deve ter a participação e o compromisso de todos os atores envolvidos para que seja efetivo.

Contudo, a responsabilidade final é daqueles que respondem à população e à sociedade, ou seja, são os gestores em seus diferentes níveis.

Na prática, isso significa que não cabe ao médico ou à assistente social ou a qualquer outro profissional operando na ponta a responsabilidade de encontrar uma vaga para que um paciente seja transferido ou encaminhado a outra unidade para realização de um exame – atividades que costumam tomar grande parte do tempo e da energia dos que deveriam ocupar seu tempo cuidando de pacientes. Essas definições, referências garantidas para a realização de exames ou de atendimento especializado ou transferência para unidades que assumam pacientes que necessitem de cuidados prolongados, devem estar previamente dadas, pactuadas e garantidas.

Mas como podemos definir esses caminhos?

Uma das formas propostas tem sido a instituição de centrais de regulação – instâncias que seriam responsáveis por definir o fluxo de pacientes ao longo da rede. Embora mais e mais centrais venham sendo implantadas, a custos muitas vezes significativos, nem sempre os resultados obtidos são os esperados. Isso ocorre porque as centrais de regulação são um instrumento fundamental para operacionalizar o fluxo de pacientes em uma rede já constituída e com papéis e perfis definidos, pactuados e assumidos. Ou, simplesmente, porque a central é capaz de funcionar quando há uma rede a ser regulada, mas não é capaz de criá-la onde ela não exista. Tanto é assim que, de acordo com o Ministério da Saúde,

[...] a regulação da assistência pressupõe a realização prévia, pelo gestor, de um processo de avaliação das necessidades de saúde e de planejamento/programação, que considere os aspectos epidemiológicos, os recursos assistenciais disponíveis e as condições de acesso às unidades de referência; a definição da estratégia de regionalização que

explicita a inserção das diversas unidades na rede assistencial e responsabilização dos vários municípios na rede hierarquizada e regionalizada; a definição das interfaces da estratégia da regulação assistencial com o processo de planejamento, programação e outros instrumentos de controle e avaliação. (BRASIL, 2002).

Além da definição de perfis e de funções, de fluxos e de mecanismos institucionalizados de referência e de contrarreferência, países que desenvolveram seus sistemas em redes vêm experimentando novas formas de articulação de serviços/práticas/profissionais, com o objetivo de tentar garantir a continuidade e a integralidade do cuidado, como os programas de gerenciamento de doenças, as redes clínicas e o gerenciamento de casos.

Você viu na Unidade 1
alguns exemplos dessas
experiências.

ORGANIZAÇÃO DAS LINHAS DE CUIDADO

De forma complementar à organização da rede de serviços de saúde e perpassando-a de forma transversal está a organização de recursos por linhas de cuidado, na realidade, um detalhamento da forma de articulação entre as várias unidades que compõem a rede e a integração das práticas realizadas no seu interior, com o objetivo de tratar/cuidar de determinadas patologias e/ou grupos de pacientes.

As linhas de cuidado são em geral organizadas ou programadas para problemas de saúde considerados prioritários do ponto de vista epidemiológico ou considerados de relevância a partir de recortes populacionais. Em geral, são idealizadas para doenças crônicas ou para episódios nos quais são requeridos cuidados permanentes ou de longa duração, como o câncer, ou que requerem reabilitação, como o trauma e o acidente vascular encefálico.

A partir do detalhamento de protocolos clínicos, são desenhados os caminhos a serem percorridos ao longo da rede, nos quais epidemiologistas, especialistas clínicos e planejadores definem como e onde serão tratados os pacientes e quais são as responsabilidades de cada unidade, os mecanismos de integração e, naturalmente, as formas de garantir que os recursos humanos e materiais necessários ao cumprimento da proposta estejam disponíveis.

A organização de linhas de cuidado é possível apenas por meio da articulação entre o planejamento/programação, a epidemiologia e a clínica. Utilizando o exemplo do câncer de colo de útero para o desenho da linha de cuidado para uma área, em linhas muito gerais, seriam necessários os seguintes passos, realizados em conjunto por planejadores, epidemiologistas, especialistas clínicos e gestores:

- ▶ Analisar como se dá o desenvolvimento da doença, quais os fatores e os grupos de risco, as possíveis medidas de promoção e de prevenção, os métodos de diagnóstico para detecção de casos, o tratamento a ser instituído em cada estágio da doença e como é realizado o seu acompanhamento.
- ▶ Detalhar a composição de recursos materiais e humanos necessários à realização de cada uma das ações definidas para cada fase (diagnóstica e terapêutica).
- ▶ Estimar a população-alvo à qual serão dirigidas as ações de prevenção e detecção de casos e estabelecer normas de cobertura de ações – x exames a cada ano para a faixa etária y, por exemplo.
 - ▶ Estimar o número de casos esperados em cada estágio da doença a partir da instituição do processo de diagnóstico.
 - ▶ Avaliar a necessidade de ações terapêuticas em cada uma das modalidades definidas pelos protocolos

(cirurgias, quimioterapia, radioterapia, acompanhamento) a partir do número de casos estimados em cada estágio.

- ▶ Definir em que ponto da rede e em quais unidades serão realizadas cada uma das ações (detecção, diagnóstico, cada modalidade de tratamento, acompanhamento dos casos).
- ▶ Definir os mecanismos de integração entre as unidades e entre os profissionais envolvidos.
- ▶ Calcular os recursos necessários para que cada uma das ações propostas possa ser cumprida.
- ▶ Levantar os recursos existentes e avaliar de que forma estão sendo gerenciados e, se necessário, definir estratégias para a solução de problemas detectados no sentido de sua adequação à proposta.
- ▶ Definir a necessidade de investimento e elaborar o projeto de investimento.
- ▶ Definir os indicadores de avaliação.
- ▶ Definir os mecanismos de gestão conjunta e de acompanhamento.

Naturalmente, o planejamento e a implementação de linhas de cuidado em uma dada região pressupõem o conhecimento dessa realidade específica e o envolvimento dos gestores e profissionais das unidades em questão. Caso contrário, eles correm o risco de elaborar mais uma série de normas que não serão cumpridas, por serem inexecutáveis ou por não contarem com a adesão e o compromisso dos que deveriam cumpri-las.

É importante fazermos a clara distinção entre as linhas de cuidado e os chamados programas verticais. Enquanto os programas verticais tendem a fragmentar o processo de cuidado, trabalhando com serviços e recursos humanos “especializados” em uma determinada patologia, a ideia da linha de cuidado é exatamente a oposta.

O entendimento de cada linha de cuidado como uma rede de atenção independente, formalmente constituída, e não como uma estrutura funcional que perpassa transversalmente a rede de atenção, tende a reforçar a fragmentação, multiplicando o lócus de tratamento e cuidado para as mesmas populações e indivíduos que, sem mecanismos muito bem azeitados de integração, tendem a comprometer a possibilidade de buscar a continuidade do cuidado e a integralidade da atenção, além de diminuir a eficiência na utilização de recursos.

Assim, o desenho da linha de cuidado do câncer de colo de útero, por exemplo, envolve unidades básicas, equipes do Programa de Saúde da Família, centros de diagnóstico, serviços cirúrgicos de hospitais gerais e serviços de hospitais especializados, dependendo do tipo de ações e dos casos a serem considerados. No entanto, não se propõe que em cada uma dessas unidades sejam criados serviços especializados em câncer de colo de útero. A ideia central é criar “corredores funcionais” que conduzam o paciente ao longo da rede e que permitam integrar as ações dirigidas a ele, ainda que realizadas por diferentes profissionais e em diferentes unidades.

REFLETINDO SOBRE INVESTIMENTOS EM REDES DE SERVIÇOS

A partir de todo o exposto, fica claro que formularmos projetos de investimento para a construção de redes de serviços pressupõe um processo mais complexo, mas não necessariamente complicado, do que simplesmente propormos a construção de um hospital ou de qualquer outro serviço no distrito/município A ou B, para os quais são fundamentais doses maciças de bom senso.

Ao pensarmos na construção de um hospital, precisamos antes questionar se a localidade que o receberá terá o número de casos suficientes para que ele possa operar ou se o seu destino será o de se transformar em um elefante branco.

Será que o tipo de perfil assistencial que está sendo pensado tem relação com as necessidades da localidade? Sendo um serviço de referência, como as pessoas chegarão até ele? De que modo o serviço será articulado com as demais unidades da rede? Para que o serviço funcione, existirão recursos humanos? Se for preciso contratá-los, haverá recursos ou poder para tal? E, ainda que estejam disponíveis, será possível captá-los na região em questão?

As mesmas perguntas são colocadas ao pensarmos a respeito da criação de serviços dentro de uma linha de cuidado, como um serviço de diagnóstico para o câncer, por exemplo. O número de casos da área é suficiente para justificarmos sua implantação? Como o serviço em questão será articulado com os demais componentes da linha de cuidado? Como os pacientes chegarão até ele? E uma vez identificados os casos, para onde serão encaminhados para tratamento? Do ponto de vista de sua operação:

existem meios para contratar os recursos humanos? Eles estão disponíveis para serem contratados na área em questão? E se não estiverem, é possível traçarmos estratégias para sua captação?

A única forma de respondermos a essas questões consiste em idealizarmos os projetos de investimentos dentro do marco mais geral de um plano de saúde para a área/região em questão, com especificações claras de número, porte, perfis e funções de cada unidade e as formas de articulação entre elas.

A partir desse marco geral, precisamos avaliar as condições específicas para a implantação do projeto. Parar tal, existem condições técnicas factíveis para que o projeto seja criado, operacionalizado e mantido? Existem condições políticas viáveis para que o projeto seja implantado? E se não existem, é possível criá-las? A partir de que estratégias?

Apenas a partir dessas definições prévias, podemos ter claro a adequação do projeto de investimento.

Não queremos dizer com isso que um projeto de investimento específico deva contemplar todos os aspectos anteriormente apontados. Vários projetos distintos poderão e deverão ser realizados para dar conta das necessidades de investimento de uma dada área e, evidentemente, precisaremos realizar recortes. O fundamental é que ao realizarmos um projeto de intervenção em uma área de cuidado ou em um serviço específico, que consideremos, apontemos e encaminhemos as articulações imprescindíveis para o seu funcionamento na perspectiva da rede.

Ainda que trabalhemos dentro de um dado recorte, outra ordem de questões é colocada: precisamos levar em conta que o investimento em uma dada unidade ou serviço, gerando maior produção, criará novas demandas e exercerá pressão sobre os serviços já existentes.

Da mesma forma, ao pensarmos em ampliar um serviço cirúrgico, por exemplo, devemos considerar: se o número de cirurgias

aumentar, será que os leitos da enfermaria disponíveis serão suficientes? E os serviços de UTI, exames laboratoriais e bancos de sangue serão igualmente suficientes? Onde estarão os auxiliares de enfermagem e os anestesistas necessários para aumentarmos a capacidade de produção?

Pelas próprias perguntas que formulamos, utilizadas apenas como exemplo, fica claro que ao investirmos na ampliação ou construção de um serviço ou uma unidade de saúde, não basta pensarmos apenas em prédios e equipamentos. Para que eles funcionem são necessários recursos humanos, insumos, mecanismos gerenciais, enfim, todos os recursos para sua operacionalização. Ademais, os próprios prédios e equipamentos requerem manutenção constante para que o investimento não seja perdido. Se não considerarmos esse aspecto básico desde a formulação do projeto, bem como as estratégias para que esses recursos possam ser garantidos ou viabilizados, continuaremos a construir prédios, mas não serviços de saúde e muito menos redes de serviços.

Finalmente, outra questão central nesse contexto é: antes de definirmos em que investir é fundamental considerarmos o que já existe e como está funcionando. Embora isso pareça óbvio, nem sempre é feito, talvez porque criar novos serviços muitas vezes pareça mais “fácil” e menos desgastante do que fazer funcionar os que existem.

Assim, se em determinada área constatamos, por exemplo, a carência de leitos de clínica médica, antes de propormos a construção de uma nova unidade ou a ampliação desses leitos, devemos primeiro analisar como estão funcionando os existentes.

Se o tempo médio de permanência dos pacientes nos leitos existentes for alto, por exemplo, de 14 dias, fato bastante comum, principalmente em hospitais públicos, a primeira coisa a fazer é analisar o porquê desse achado e definir estratégias para modificar essa situação. Se esse tempo for reduzido para sete dias, o número de leitos será duplicado sem a necessidade de obras, de equipamentos ou de contratação de recursos humanos. Até porque, se problemas como a internação de pacientes para a realização de exames e a falta de leitos de apoio para garantir a sua saída, o que

geralmente impede a diminuição do tempo de permanência nos serviços, não forem enfrentados nos hospitais já existentes, esses problemas provavelmente ocorrerão nos serviços a serem criados, gerando a contínua necessidade de ampliação de leitos. Isso pode levar o sistema a uma política de investimentos completamente irracional e descomprometida com o funcionamento dos serviços.

CONSTITUIÇÃO DE MECANISMOS DE GESTÃO

Como vimos, a montagem de redes resolutivas que possam garantir atenção integral efetiva pressupõe bases populacionais maiores para que possamos desenhá-las considerando os vários níveis de densidade tecnológica e de complexidade necessários ao cuidado e à atenção de uma dada população.

As regiões são naturalmente subdivididas em territórios menores, em geral denominados distritos, sub-regiões ou microrregiões, que também mantêm autossuficiência de recursos para atenção à sua população até o nível definido. Assim, microrregiões/distritos menores serão responsáveis e autossuficientes para o primeiro nível equipado a fim de resolverem seus problemas mais comuns. Do mesmo modo, distritos mais populosos, com perfil epidemiológico distinto, serão autossuficientes para o primeiro nível que naturalmente deverá ter tamanho e combinação de recursos diferentes dos de um distrito menor, provendo ainda, por exemplo, o cuidado ambulatorial especializado em hospitais ou policlínicas para sua população. Além disso, possivelmente será referência para esse nível de cuidado ambulatorial especializado de um ou mais distritos vizinhos, de menor porte.

Evidentemente, para que o distrito maior possa dar conta da referência de seus vizinhos de menor porte, em seu planejamento de serviços e recursos deverá ser considerada a população a ser referenciada por todos os demais distritos. Da mesma forma, os distritos menores devem considerar detalhadamente em seus planos as estimativas de casos que deverão ser encaminhados aos distritos

de referência, definindo em que situação e para que serviço haverá encaminhamento. E, naturalmente, os vários distritos devem não apenas tomar conhecimento *a posteriori* de como os gestores vizinhos (ou a população vizinha) pretendem utilizar sua rede, mas participar dessas definições antes que os pacientes busquem por si próprios a sua referência.

O planejamento da rede regional não é a soma do planejamento de seus distritos, assim como ela não é construída apenas tomando-se o conjunto de atividades desenvolvidas pelas unidades existentes em sua área. A instituição de uma rede regional é uma construção coletiva a ser desenvolvida em conjunto desde o seu início, na medida em que a atenção à saúde da população da região não é responsabilidade apenas dos distritos, mas da região em sua totalidade.

Ao transpormos essa necessidade de construção coletiva para o caso brasileiro, no qual mais de 80% dos municípios tem população menor do que 20.000 habitantes, é muito clara a complexidade da tarefa de construção de redes de atenção à saúde. Com exceção de algumas regiões metropolitanas, é necessário um número muito grande de municípios para que se tenha uma base populacional suficiente para o planejamento de serviços de maior densidade tecnológica.

Ainda assim, a única forma de construirmos redes é considerarmos o território da região como efetivamente comum e a responsabilidade pela saúde dessa população como coletiva. Ou seja, para o planejamento e a implementação de redes regionais é fundamental que inicialmente apaguemos as fronteiras intermunicipais e que elaboremos o plano de forma conjunta, com a participação de todos os gestores dos diversos distritos e municípios da região. Cumprida essa etapa, é hora de buscarmos

mecanismos de gestão que nos permitam operacionalizar o plano assim construído, incluindo os mecanismos de financiamento e de contratação de recursos humanos. Se, ao contrário, partimos de mecanismos de financiamento que considerem cada município como uma unidade de planejamento e programação autônoma, será extremamente difícil superarmos a fragmentação e a multiplicidade de subsistemas existentes, maior desafio a ser enfrentado para a construção de redes.

Complementando.....

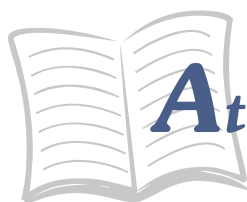
Para aprofundar seus conhecimentos sobre o pensamento de Mário Testa além de consultar a bibliografia citada ao final deste livro, você pode ler o texto:

- 📌 *Planejamento estratégico em saúde* – de Lígia Giovanella, professora da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz) – no site <www.scielo.br>.

Resumindo



Nesta Unidade, apresentamos os conceitos de região, de níveis de complexidade e de densidade tecnológica de uma rede assistencial regional; a relação entre os níveis; a correlação entre as propostas de organização de redes; os princípios de universalidade, equidade e integralidade; as principais questões a serem consideradas no planejamento de cada nível componente da rede e os passos necessários ao planejamento e à organização de linhas de cuidado; as questões relativas ao planejamento de investimento em redes; e a correlação entre planejamento de redes e os mecanismos de gestão.



Atividades de aprendizagem

Apresentamos nesta Unidade diversos aspectos relacionados à organização de redes de atenção à saúde. Confira agora se você teve bom entendimento do que abordamos realizando as atividades propostas a seguir.

1. A região de Cachoeiras (fictícia) é composta de sete municípios e totaliza cerca de 1,9 milhão de habitantes. A região está localizada em área metropolitana e possui várias áreas de favela e de conjuntos habitacionais, especialmente nos municípios de Bandeiras, Carampeba e Rolimã, que são também atravessados por uma rodovia federal muito movimentada. A população está distribuída entre os municípios da região de acordo com a tabela a seguir:

POPULAÇÃO DA REGIÃO DE CACHOEIRAS POR MUNICÍPIO – 2007	
MUNICÍPIOS	POPULAÇÃO
Bandeiras	1.000.000
Carampeba	500.000
Rolimã	220.000
São Tomé	100.000
Salgueiro	55.000
Jabacoranga	30.000
Bota-fora	25.000
Total da região	

Os municípios de Salgueiro, Jabacoranga e Bota-fora, além das menores populações, apresentam também as menores densidades demográficas da região. Imagine que você faz parte da comis-

são de planejamento regional que está trabalhando em uma proposta de organização do subsistema de atenção às emergências. A sua primeira tarefa é propor a localização de serviços hospitalares de atenção ao trauma (principalmente acidentes de trânsito e violência). Na medida em que os serviços de trauma, para serem resolutivos, necessitam de equipamentos de ponta e de recursos humanos especializados e raros, como você pensaria uma primeira aproximação a uma proposta de localização de serviços, considerando os dados anteriores.

2. Para que uma rede opere, é necessária a definição do papel de cada um de seus componentes, de modo que seja possível construir “caminhos” pelos quais os pacientes possam transitar ao longo da rede e a partir dos quais possam ser definidas as referências e as contrarreferências.

Ainda assim, países que desenvolveram sistemas em rede sentiram a necessidade de aprimorar/aperfeiçoar os mecanismos de integração entre os níveis, o compartilhamento de informação e a cooperação entre os profissionais.

O texto a seguir foi retirado e traduzido da descrição do sistema de saúde sueco, disponível no *site* do Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde da OMS.

A maior parte dos pacientes que recebem alta dos hospitais tem necessidade de cuidado continuado a ser provido pela atenção primária. A informação concernente às necessidades de cuidado de um determinado paciente é, em alguns casos, formalmente passada do hospital para o centro de atenção primária da área onde mora o paciente. Em outros casos, o hospital faz contato diretamente com uma enfermeira do distrito.

Esta forma de lidar com pacientes com necessidade de cuidado ambulatorial, nem sempre tem se mostrado bem sucedida, já que nem sempre fica claro que tipo de cuidado cada profissional envolvido deve prover.

Um novo método para melhorar a cooperação entre atenção primária e hospitalar foi introduzido em algumas áreas. A cada mês, médicos da atenção primária passam uma proporção de sua carga horária nos diversos serviços do hospital, com o objetivo de compartilhar conhecimento e trocar informações acerca do trabalho realizado nos centros de saúde. Ao mesmo tempo, esses profissionais levam aos demais profissionais da atenção primária as questões e problemas vividos nos serviços hospitalares.

Esse tipo de programa, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção e a cooperação entre os profissionais, vem sendo desenvolvido localmente por generalistas e especialistas.

- a) Qual sua opinião a respeito?
 - b) Você conhece alguma experiência desse tipo?
 - c) Você poderia pensar em algum tipo de alternativa semelhante na região em que você trabalha?
3. Leia o texto disponível no AVEA, *Parâmetros técnicos para a programação de ações de detecção precoce do câncer de mama: recomendações a gestores estaduais e municipais*, elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCa)/Ministério da Saúde, e responda: para o desenvolvimento em um dado território da linha de cuidado do câncer de mama, em seu componente de detecção precoce descrito no texto, quais serviços/recursos estariam envolvidos?
4. O município de Cassiopéia elaborou uma proposta de investimentos em unidades ambulatoriais de saúde e a encaminhou para a avaliação de uma comissão da qual você faz parte. Cassiopéia é um município de 100.000 habitantes e a equipe responsável pela elaboração do projeto utilizou o parâmetro de duas consultas/habitante/ano para estimativa da necessidade de consultas ambulatoriais não especializadas. Para a apresentação das necessidades de investimentos foi encaminhada a seguinte tabela:

DEMONSTRATIVO DA NECESSIDADE DE UNIDADES AMBULATORIAIS PARA O MUNICÍPIO DE CASSIOPÉIA	
Número de habitantes	100.000
Necessidade de consultas	200.000
Consultas realizadas atualmente	100.000
Número de unidades existentes	8
Número adicional de consultas necessárias	100.000
Número de unidades adicionais necessárias	8

Portanto, a proposta municipal considerou que para dobrar a produção atual seria necessário dobrar o número de unidades ambulatoriais existentes. Durante a reunião da comissão de avaliação, qual seria sua opinião acerca do projeto? Se fosse o caso, que outras informações você solicitaria?

5. Leia com cuidado as notícias abaixo:

Notícia 1: Saúde, a faceta mais cruel da crise

O Pronto Socorro é o único hospital de urgência e emergência de todo o estado, onde 92% da população não têm plano de saúde e depende de atendimento público. Com apenas 149 leitos, o hospital constantemente tem taxa de ocupação de 150% [...].

O quadro é agravado pela precariedade da rede básica de saúde. Com isso, o Pronto Socorro, unidade especializada em trauma, recebe pacientes com todos os problemas imagináveis [...]. A maioria dos pacientes que estão hoje espalhados pelos corredores não deveriam estar aqui, mas não podemos deixar de atender – diz o diretor. (JORNAL O GLOBO, 28/01/2007).

Notícia 2:

Na emergência do maior hospital da cidade, são muitos os pacientes de outros municípios. E eles vêm a procura de atendimento básico: “Estava com infecção no dente. Não tinha recurso onde moro, fui pro posto e me encaminharam pra

cá”, diz um deles: “Onde moramos, tem o hospital que é pago e o que não paga. “No público, eles não quiseram receber, ele tinha que vir pra cá”, fala a acompanhante de outro paciente. Todo brasileiro tem direito à saúde pública, independentemente do endereço. Mas o secretário de saúde da cidade reclama que não tem recursos para atender a tanto doente de fora: “Nós investimos aqui na Secretaria de Saúde, mas a metade do dinheiro é gasto para atender gente de fora mesmo. Se nós não tivéssemos essa gente de fora, nosso sistema seria inteiramente aliviado, tranquilo”. (REDE GLOBO, REPORTAGEM ESPECIAL, 16/03/2006).

Considerando o que você aprendeu nesta Unidade, que problemas você consegue identificar na constituição de redes de serviços nessas localidades que estariam gerando a situação descrita na Notícia 2?

UNIDADE 3

PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO EM SAÚDE

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Compreender a relação entre planejamento e programação em saúde;
- ▶ Descrever as características do método CENDES-OPAS; e
- ▶ Identificar os diferentes momentos do processo de programação e sua correlação com o processo de planejamento.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Nesta Unidade, estudaremos a trajetória histórica e os fundamentos do planejamento em saúde, suas etapas de desenvolvimento ou momentos, e sua relação com os processos de programação e de avaliação. É importante que você esteja atento às reflexões e aos questionamentos propostos ao longo do texto, uma vez que esses fundamentos serão retomados nas demais Unidades e desenvolvidos com mais profundidade.

É importante que você reflita sobre os exemplos introduzidos ao longo desta Unidade e procure sempre fazer as conexões com os fundamentos apresentados, buscando construir desde agora sua própria percepção sobre a natureza do planejamento em saúde.

Em caso de dúvidas, conte conosco, pois estamos à sua disposição.

Boa leitura!

Muitas vezes imaginamos que o planejamento é a simples elaboração de um plano, ou a definição de normas para serem seguidas por todos os que trabalham em uma dada instituição, ou, ainda, o cálculo de todos os recursos – materiais, humanos ou financeiros – necessários para que um determinado programa ou serviço funcione.

Embora todas as atividades citadas possam (e devam) fazer parte do processo de planejamento, ele é muito mais do que alguns de seus aspectos operacionais. Sucintamente, podemos dizer que o planejamento parte de uma determinada visão de como as coisas deveriam ser e permite definir que caminhos podemos seguir para

chegar lá. Ou, dito de outra forma, planejar consiste em decidir algo com antecedência, de modo a alcançar os objetivos que nos colocamos.

Observe que as primeiras questões que devemos responder ao iniciarmos um processo de planejamento são: onde queremos chegar? Quais objetivos almejamos alcançar? Qual situação consideramos a ideal?

Se os objetivos não estão claros, ainda que possamos alcançar algum controle sobre as atividades que são realizadas, sobre o consumo de recursos e sobre como fazer para que as coisas “andem”, o que temos, na verdade, é um processo sem planejamento, sem direção, no qual se não soubermos aonde queremos chegar também não saberemos aonde nos levarão os caminhos que estamos trilhando.

A falta de definição dos objetivos que desejamos alcançar também faz com que, na prática, muitas vezes esqueçamos de algo que nos parece evidente. O propósito da gestão de serviços de saúde (assim como do próprio planejamento) é a saúde, ou seja, a melhoria das condições de saúde das populações ou dos grupos aos quais os programas e serviços são dirigidos.

Sem planejamento, perdemos esse objetivo de vista e passamos a considerar a própria administração de recursos – materiais, humanos e principalmente financeiros – como o objetivo final. Ou seja, os meios passam a ser os fins.

No entanto, ainda que seja essencial a definição dos objetivos a serem alcançados, também precisamos evitar uma armadilha comum: a de que o processo de planejamento e o plano resultante fiquem restritos a simples declarações de como “o mundo deveria ser”. Um bom plano é testado na prática e, por definição, deve ser factível tecnicamente e viável politicamente, sob o risco de ser transformado apenas em um exercício para quem o planeja. Para passar no teste da prática, o plano deve estabelecer claramente de que forma operacionalizar as intervenções propostas e, se as

condições para sua viabilização não estão completamente dadas, apontar as estratégias para criá-las.

Assim, não basta a um plano enunciar que as taxas de mortalidade infantil devem ser reduzidas, pois essa é somente a expressão de um desejo. É necessário que o plano, em seu diagnóstico, identifique as razões das taxas altas de mortalidade e elabore estratégias para enfrentar suas causas.

Ademais, para que as estratégias sejam implementadas, precisamos definir as atividades a serem realizadas e os recursos necessários para que isso aconteça. Mas se esses recursos não existirem no momento, poderão existir no futuro? Como isso se dará?

Para respondermos essas questões, vamos imaginar uma situação de tratamento de câncer de colo de útero, considerando como estratégia de prevenção e de detecção precoce de casos, como preconizam o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer, a realização do exame citopatológico em 100% da população feminina na faixa etária de 25 a 59 anos.

Dessa forma, para esse problema de saúde, o objetivo dos gestores municipais e estaduais deve ser o de diminuir a incidência e a mortalidade de câncer de colo de útero, utilizando como estratégia a prevenção e a detecção precoce de casos por meio da realização do exame e a identificação, o tratamento e o acompanhamento de casos, de acordo com os estágios da doença.

No entanto, não basta ao plano declarar que deseja realizar cobertura de 100% da população feminina de 25 a 39 anos, como comumente encontramos em planos de saúde municipais ou estaduais. O plano deve identificar qual é a cobertura realizada atualmente e se essa estiver longe de 100% (o que é muito comum), deve identificar as razões para a situação encontrada. Identificados os problemas, cabe ao plano elaborar as estratégias para enfrentá-los e informar quais e quantos recursos serão necessários para tal objetivo.

Assim, um bom plano não afirma que realizará 100% de cobertura, apenas como declaração de boa vontade. Um bom plano afirmaria que se a cobertura atual é de 60%, por exemplo, para que se possa chegar aos 100% pretendidos, seriam necessárias tais estratégias e tais recursos físicos, materiais, humanos e financeiros. Se tais recursos não estiverem disponíveis de imediato (como geralmente não estão), o plano estabelecerá metas intermediárias, por exemplo, o incremento inicial de 10% no próximo ano e de quanto será esse incremento nos anos posteriores até que sejam atingidos os 100% pretendidos. Durante todo o processo de implementação do plano seriam avaliadas suas estratégias e seus resultados, de modo a fazer os ajustes necessários ao alcance dos objetivos e metas.

INTRODUÇÃO AO DESENVOLVIMENTO DO PLANEJAMENTO NA AMÉRICA LATINA

Na medida em que o processo de planejamento consiste em definir objetivos a serem alcançados, as “situações ideais” acabam norteando a definição de estratégias a serem seguidas, deixando claro que a identificação dos problemas a serem enfrentados e os caminhos a serem seguidos não são únicos nem universais. Dependendo da perspectiva e dos interesses em jogo, o que é um problema para alguns pode ser a solução para outros. Assim, é fundamental identificarmos os atores sociais que fazem o planejamento – indivíduos, grupos, instituições –, pois deles dependerão a definição dos objetivos e das metas e as estratégias a serem adotadas.

Tradicionalmente, quando falamos de planejamento em saúde na América Latina, estamos nos referindo especificamente àquele feito por governos e que tem por objeto o amplo campo de ações de saúde realizadas por um sistema público. Costumamos considerar dois grandes momentos em seu desenvolvimento: o momento “normativo”, representado pelo **método CENDES-OPAS**; e um segundo momento, identificado com o movimento conhecido como **planejamento estratégico**. Vejamos os dois momentos em detalhes.

O MÉTODO CENDES-OPAS

O primeiro momento é representado pela elaboração e utilização do método desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento (CENDES), da Universidade Central da Venezuela – e vai desde o começo da década de 1960 até meados da década de 1970. O segundo movimento, conhecido como planejamento estratégico, iniciou em meados da década de 1970 e chega com variantes aos dias de hoje.

O método CENDES-OPAS, desenvolvido entre os anos de 1962 e de 1963, surgiu como resposta às demandas apresentadas na Reunião de Punta Del Este em 1961, que reuniu os ministros da saúde dos países Latino-Americanos. Essa reunião fora necessária para a

formulação de planos integrados de desenvolvimento econômico e social como condição para a realização de investimentos externos. Esses planos integrados, na concepção desenvolvimentista, permitiriam que os países da região pudessem percorrer as diversas etapas que já haviam sido percorridas pelos países que haviam alcançado o desenvolvimento.



Saiba mais

CENDES-OPAS

O método CENDES-OPAS foi publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em abril de 1965, sob o título *Programación de la Salud: problemas conceptuales y metodológicos* – Série Publicación Científica. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Nesse contexto, os planejadores em saúde eram basicamente os técnicos de nível central dos ministérios da Saúde dos diversos países Latino-Americanos que, com exceção do Brasil, possuíam e geriam a maior parte dos serviços de saúde em seus países. Assim, ficou claro que o planejamento seria basicamente normativo, definindo o que deveria ser feito e como fazê-lo no âmbito dos serviços de saúde. Ou seja, a condição aparente de dispor de poder dispensaria considerar o problema do “outro” – outros atores sociais envolvidos.

Na realidade, o poder dos técnicos era apenas aparente, já que, no melhor dos casos, se restringia ao âmbito do próprio processo de planejamento, enquanto paralelamente o mundo real seguia seu curso e as decisões continuavam a ser tomadas pelos políticos (CHORNY, 1993).

Para enfrentar a “irracionalidade dos políticos”, os técnicos consideraram duas estratégias básicas: uma consistia em mostrar que a racionalidade do planejamento era superior à da decisão política, em termos dos benefícios que seriam alcançados pela utilização do método; e a outra, a postura de, uma vez elaborada a proposta técnica, era preciso deixar ao nível político a eleição do curso a ser seguido.

Com relação ao método utilizado, esse tinha por fundamento o fato de que existiam relações de causalidade simples entre variáveis e estados de saúde e entre ações e resultados. Assim, o problema básico seria o de quantidade e disponibilidade de recursos que deveriam ser traduzidos pelo planejador tanto na opção mais adequada para maximizar os resultados (o que fazer para se obter maior benefício em termos de saúde) como na de minimizar os recursos necessários para alcançar um determinado resultado pré-definido (qual a melhor maneira, do ponto de vista do uso dos recursos financeiros, de fazer algo que já se havia definido que traria benefícios à população).

Para isso, o método CENDES-OPAS propôs uma metodologia para a eleição de prioridades que estabeleceu uma série de **critérios** que deveriam orientar as intervenções com o objetivo de **otimizar** os recursos existentes. Basicamente, foram seguidos quatro critérios que determinaram a ordem em que os problemas de saúde deveriam ser atacados.

Desses critérios, três eram **diretamente proporcionais** à prioridade dada ao problema, e o quarto agia de modo **inversamente proporcional**:

- ▶ Critérios diretos:
 - ▶ A **magnitude do dano** (doença ou problema) era expressa pelo número de mortes causadas.
 - ▶ A **vulnerabilidade** era dada em função do impacto que as técnicas disponíveis poderiam exercer sobre a doença.
 - ▶ A **transcendência** pretendia medir a relevância que teria para uma determinada sociedade o grupo social mais afetado pela enfermidade em questão.

Se diz que um critério é diretamente proporcional quando: quanto maior for o seu valor, maior será a prioridade para a intervenção; já no caso dos critérios inversamente proporcionais, quanto maior o valor, menor a prioridade.

Ao considerarmos o critério de magnitude, as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as causas externas, por exemplo, que são as responsáveis pela maior parte dos óbitos seriam dadas como prioritárias.

Com relação à vulnerabilidade, entre as neoplasias, por exemplo, o câncer de colo de útero, que pode ser evitado por meio de diagnóstico precoce e de tratamento das lesões precursoras e, mesmo quando já instalado, pode ser curado ou controlado, tem maior vulnerabilidade do que o câncer de bexiga, cujos fatores de risco são menos conhecidos, é silencioso, dificilmente diagnosticado precocemente e de tratamento de pior prognóstico.

No caso das doenças infecciosas, por exemplo, o sarampo, para o qual há vacina disponível e comprovadamente eficaz, ele possui maior vulnerabilidade do que a AIDS, cuja prevenção envolve uma complexa gama de fatores relacionados a questões sociais e culturais.

► Critério inverso:

- O **custo** da técnica mais eficaz disponível para evitar uma morte provocada pelo dano em consideração.

Aliado aos critérios diretos, deveria ser considerado o custo de evitar o dano. Assim, o custo de evitar uma morte por câncer de colo de útero – realização do exame citopatológico e tratamento das lesões precursoras encontradas – é mais baixo do que evitar uma morte por câncer de bexiga, que, em geral, envolve exames para estadiamento, quimioterapia e radioterapia.

No processo de eleição de prioridades, quanto maior for a magnitude, a vulnerabilidade e a transcendência e menor for o custo das intervenções propostas, mais elevada será a prioridade de determinado dano.

O papel do planejador era então o de encontrar as técnicas mais eficientes para enfrentar as doenças ou os problemas de saúde, de acordo com as prioridades determinadas. Essa definição de prioridades, baseada em critérios “objetivos”, dava ao método uma aparência científica que permitia postular, pelo menos teoricamente,

que seria possível definir prioridades e planejar de forma “racional”, independentemente de quem o fazia.

O método CENDES-OPAS tornou-se referência central do planejamento em saúde por quase uma década e muitos profissionais foram formados para implementá-lo.

O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

No entanto, a partir da década de 1970, as condições políticas na América Latina eram outras, a partir dos golpes militares ocorridos no Brasil em 1964 e no Chile em 1973, e com o advento de regimes autoritários em outros países Latino-Americanos nos anos seguintes, os técnicos que na década anterior haviam participado da formulação de planos de saúde no âmbito do governo, por essa época, muitas vezes exilados de seus países, passaram a rever profundamente o processo de planejamento e seus determinantes. Nesse contexto, a partir de fins da década de 1970 e início dos anos de 1980, surge uma nova forma de encarar o planejamento em saúde, que nasceu, entre outras causas, das críticas e dos fracassos que acompanhavam a visão normativa adotada até então.

Essa nova concepção é o planejamento estratégico, caracterizada por uma mudança no entendimento do papel do gestor governamental no processo de elaboração e de implementação das políticas. Na formulação do planejamento normativo, o planejador era um agente externo ao sistema, não existiam “outros”, assim como não existiam conflitos. O enfoque estratégico, no entanto, pressupõe que o planejador é um ator social, ou seja, é parte de um “jogo” no qual existem outros atores, com interesse e força distintos. Uma consequência dessa primeira admissão é que não existe apenas um diagnóstico de quais são os problemas nem apenas uma explicação acerca de suas causas.

As três vertentes básicas do enfoque estratégico são: o pensamento estratégico de Mário Testa, o planejamento situacional de Carlos Matus e o enfoque estratégico da Escola de Medellín.

Mário Testa (1995), que havia participado da formulação do método CENDES-OPAS, desenvolve toda uma linha de formulação voltada à discussão do poder, da organização como o espaço onde se materializa o poder social e da articulação entre o poder técnico – a capacidade de gerar, acessar e manejar informações de diferentes características –, o poder administrativo – capacidade de designar e alocar recursos – e o poder político. Carlos Matus, economista que havia sido ministro no governo de Allende no Chile, identificou os fracassos experimentados pelo planejamento em saúde na América Latina com o fundamento básico do planejamento normativo – no qual quem planeja está fora da – ou sobre a – realidade planejada e não coexiste nessa realidade com outros atores que também planejam, o que conduziria o plano a uma prática economicista e tecnocrática isolada do processo de governo e da razão política.

Ao substituir esse pressuposto por seu correspondente estratégico – o ator que planeja está dentro da realidade e ali coexiste com outros atores que também planejam, Matus (1993) formula o método de **Planejamento Estratégico Situacional (PES)**, aplicável aos casos de governos democráticos, nos quais existem diversos atores sociais, em situações de poder compartilhado.


A preocupação central que orienta o pensamento de Matus (1993) surge de sua constatação da crise de governabilidade que assolava os governos Latino-Americanos à época. Portanto, sua reflexão e consequente proposta para a ação, centraram-se na necessidade de aumentar a capacidade de governar.

A terceira vertente do planejamento estratégico foi desenvolvida, fundamentalmente, pela Faculdade Nacional de Saúde

Pública de Antioquia, Colômbia, com sede em Medellín. Essa escola, que tem em Barrenechea e Trujillo Uribe (1987) seus nomes mais destacados, representa a continuidade de um pensamento no interior do campo da saúde, cujas origens remontam ao começo dos anos de 1960 e que, ao longo de quase 20 anos condicionou o agir da área de planejamento da **OPAS**.

Adotando uma vertente mais operacional, a vertente de Medellín define como objeto do processo de planejamento os **espaços-população**, entendidos não só como área geográfica, mas também como um espaço complexo, histórico e multidimensional – físico, geográfico, demográfico, epidemiológico, econômico, social, cultural e político – no qual habitam grupos humanos suficientemente homogêneos quanto às condições de vida e, em decorrência, quanto às suas necessidades básicas, dentre as quais as de saúde.

Esses espaços-população estão inseridos num sistema social caracterizado por ser histórico complexo, fragmentado, incerto e em conflito, características que justificam a adoção do enfoque estratégico não apenas para o planejamento, mas também para a gestão em saúde.



Se você deseja aprofundar seu estudo sobre esse tema, acesse o site da OPAS e realize sua pesquisa sobre as publicações disponíveis em <www.opas.org.br>.

OS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO E PROGRAMAÇÃO

A partir do desenvolvimento das várias vertentes do planejamento estratégico e de suas sucessivas releituras e reelaborações foram sendo desenvolvidas uma série de abordagens e métodos de planejamento em saúde e uma vasta literatura, na qual são utilizadas diferentes terminologias.

Existem diversos métodos e teorias de planejamento que variam de acordo com os objetivos a serem perseguidos, desde uma simples projeção de tendências até modelos complexos com base em diferentes marcos teóricos e conceituais. Em geral, ao realizar o planejamento, são utilizados diferentes procedimentos e metodologias advindas de vários modelos.

Nesse sentido, não existe “o” método de planejamento a ser utilizado em todas as instâncias, capaz de dar conta de todos os casos e de todos os momentos do processo. Na realidade, dependendo de quem planeja, dos objetivos e do momento em que está o processo são utilizados elementos de diferentes métodos.

O PROCESSO DE PLANEJAMENTO

O planejamento pode ser definido como o processo pelo qual determinamos que caminhos devemos tomar para chegarmos à situação desejada. Significa, portanto, definirmos de antemão o

que fazemos para mudar as condições atuais para que possamos chegar à condição definida como desejável.

As definições acerca de aonde chegar e dos objetivos a serem alcançados não são únicas nem universais e variam de acordo com quem planeja. Propósitos e objetivos diferenciados levam a modalidades distintas de planejamento. Esse, por exemplo, é o caso, no setor governamental, dos níveis federal, estadual e municipal, com suas distintas competências.

Em linhas gerais, o processo de planejamento consiste em:

- ▶ identificar problemas – atuais e futuros;
- ▶ identificar os fatores que contribuem para a situação observada;
- ▶ identificar e definir prioridades de intervenção para implementar soluções;
- ▶ definir estratégias/cursos de ação que podem ser seguidos para solucionar os problemas;
- ▶ definir os responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações; e
- ▶ definir os procedimentos de avaliação que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se o que foi proposto realmente está adequado aos objetivos e se os resultados são os esperados.

Antes de discutirmos o processo de planejamento, vamos esclarecer algumas premissas, alguns pontos de partida. Vamos lá?

O primeiro é que **o objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde** e que o seu propósito é o de contribuir para a melhoria do nível de saúde da população tanto quanto seja possível, dado o conhecimento e os recursos disponíveis. Embora

isso pareça evidente, muitas vezes as estratégias de intervenção propostas estão dirigidas centralmente à gestão operacional dos serviços ou ao controle da utilização de recursos, especialmente de recursos financeiros, sem que se tenha claro de que forma essas atividades contribuirão para que a população seja mais adequadamente tratada – e então a gestão dos meios passa a ser um fim em si mesmo.

Assim, por exemplo, é comum encontrarmos “planos” que propõem a realização de um determinado número de consultas e de outros procedimentos (em geral, propostas de aumento significativo) ou novos investimentos em recursos – físicos, humanos ou financeiros – sem que em nenhum momento seja considerado de que forma as ações propostas modificarão a situação atual – e menos ainda que impacto terão sobre as condições de saúde da população ou dos grupos a que se destinam.

O segundo ponto é que o **plano é um instrumento flexível**. Embora o plano vá expressar os resultados de todo o processo de diagnóstico, de análise e de elaboração técnica e política, expressando acordos e pactos, sua utilidade é a de servir como bússola para nortear as atividades que são realizadas, é apenas um instrumento, um meio para as orientações que buscam concretizar as mudanças desejadas.

No processo de planejamento, o plano é um instrumento flexível, que deve ser avaliado continuamente e readaptado de acordo com as dificuldades encontradas na prática. Portanto, não apenas pode como deve ser modificado e atualizado à medida que é realizado o processo de avaliação de sua implantação. Quando o plano é assumido de forma inflexível, ele não permite que o próprio processo de mudança ocorra ao ignorar os limites que a realidade impõe e as adequações que se fazem necessárias.

Finalmente, **o plano não deve ser apenas a expressão dos desejos de quem o planeja**, ou seja, simplesmente uma declaração de como o mundo “deveria ser”. Os objetivos e as estratégias expressos no plano devem ser factíveis do ponto de vista técnico e viáveis do ponto de vista político, guardando, portanto,

relação com a realidade. Se for diagnosticado que não estão sendo dadas as condições para que as mudanças consideradas essenciais sejam realizadas, faz parte do processo de planejamento – e deve constar do plano – o desenho de estratégias que ajudem a criar essas condições em um futuro próximo.

Desse modo, o planejamento está necessariamente relacionado à ação e é na prática que o plano se justifica. Um “plano” com um diagnóstico muito bem elaborado e com estratégias e propostas de intervenção muito bem apresentadas, mas que são ineficazes e inviáveis, que esbarram no limite da realidade ou no “poder da política”, pode ser um bom exercício, mas não é um plano.

Assim, o planejamento realizado no âmbito de um serviço de saúde – um hospital ou centro de saúde, por exemplo –, dificilmente poderia propor a modificação das condições de saúde de uma cidade ou de um Estado e, se o fizesse, não teria a menor possibilidade de implementar ações que tivessem esse nível de impacto.

OS MOMENTOS DO PLANEJAMENTO

A habilidade do planejador e/ou da equipe de planejamento é medida por sua capacidade de articular as diversas abordagens que caracterizam cada um dos momentos de planejamento. Na verdade, o planejador e/ou a equipe deve tratar, ao mesmo tempo, questões que se referem tanto ao curto quanto ao longo prazo, ou seja, questões que se referem ao presente e ao futuro. A atividade de planejamento é dividida em três momentos.

O **momento estratégico** refere-se à definição da condução do processo de planejamento, à sua determinação no espaço da política e contempla os processos que se relacionam com as mudanças estruturais ou organizacionais de médio e longo prazo. Logo, à medida que o horizonte temporal se distancia do presente, aumenta-se o grau de incerteza, as metas perdem precisão e os objetivos são mais qualitativos do que quantitativos.

Para determinar quais são as ações estratégicas, é necessário que exista um diagnóstico acerca da situação a ser enfrentada; que seja identificado um conjunto de problemas relevantes sobre os quais a organização que planifica tenha capacidade de intervenção; que possa estabelecer prioridades; e que possa monitorar e avaliar a condução do processo, de modo a introduzir mudanças, se necessário.

O **momento tático** refere-se ao planejamento de curto prazo, ou seja, o que habitualmente é compreendido como programação. O horizonte temporal da programação é mais estreito e seu objetivo é determinar o conjunto de ações que permitam concretizar os objetivos fixados no momento estratégico ou de criar as condições necessárias para que esses objetivos sejam viáveis no futuro. O objetivo principal da programação é o de determinar as ações que possam maximizar o rendimento dos recursos para o alcance dos objetivos estratégicos.

Se por um lado, no momento estratégico os objetivos a serem alcançados (imagem-objetivo) são mais difusos e indefinidos, no momento da programação devem ser bem definidos e quantificados, ou seja, expressos em metas para que seja possível verificar seu cumprimento no prazo proposto.

Outra diferença entre os dois momentos é que enquanto no momento estratégico podem ser exploradas possibilidades mais amplas, a programação é mais limitada por contornos legais e normativos. Logo, enquanto o plano estratégico delinea as linhas gerais norteadoras da intervenção, a programação trabalha com maior grau de detalhamento, de modo a orientar a implementação.

O **momento operacional** faz referência à execução propriamente dita, em essência no âmbito da gestão. Os prazos

trabalhados nesse nível são muito mais curtos, da ordem de meses, de semanas ou mesmo de dias. As decisões são tomadas com base nos problemas cotidianos e geralmente sob muita pressão. Exatamente por isto, há a necessidade de que as direções mais gerais ligadas à definição estratégica e tática estejam discutidas, clareadas e incorporadas, de modo a orientar e dar direcionalidade ao trabalho do dia a dia.

Dessa forma, é fato que deva existir algum grau de correspondência entre os momentos de planejamento e os níveis institucionais que correspondem a diferentes níveis de decisão ao longo do processo. De acordo com Testa (1995), a lógica da programação não depende apenas dos objetos, mas também dos processos a que os objetos estão submetidos, os quais, por sua vez, dependem do nível no qual são processados.

Para ilustrar essa formulação, Testa (1995) toma como exemplo os diversos entendimentos e percepções associados a um recurso amplamente empregado nos serviços de saúde. Por exemplo, o algodão para o médico ou para a enfermeira que trabalham em um consultório é um produto que deve estar diariamente disponível. No entanto, para o administrador do hospital é um item de consumo que deve ser distribuído de maneira conveniente ao longo do ano. E para o nível central, o algodão desaparece dentro de uma rubrica do orçamento “material de consumo”, que é o agregado com o qual trabalham os responsáveis pelo orçamento e o planejamento a esse nível. Para a área econômica, o algodão é um dos produtos primários sobre o qual se podem definir políticas específicas para o incentivo ou não de sua produção, fazendo uso dos elementos de que se dispõem no momento. Esse exemplo mostra, também, que o planejamento e a programação são realizados em diferentes níveis de uma organização e que o mesmo objeto será tratado por diferentes abordagens.

O PROCESSO DIAGNÓSTICO

Como vimos, o processo de planejamento é iniciado com a identificação de problemas – atuais e futuros, e os fatores que contribuem para a situação observada – e, a partir dessa identificação, são definidas estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias.

O processo de planejamento é iniciado, portanto, com a identificação de quais condições devem ser mudadas – o diagnóstico da situação. Esse julgamento pode (e deve) ser realizado por meio de diferentes abordagens, como uma análise muito profunda da informação disponível, ou como utilizar a experiência e o conhecimento acerca da realidade em questão que tem a equipe que planeja.

No entanto, para que o processo de diagnóstico possa resultar em um plano que efetivamente cumpra os objetivos propostos, não é suficiente que o planejador e/ou a equipe trabalhe apenas a partir da descrição de determinada situação ou da identificação de problemas. Na realidade, o que pode informar a eleição de estratégias de intervenção é a busca das causas ou dos fatores que condicionam a realidade observada.

Assim, é possível ao planejador e/ou a equipe identificar em que âmbito é possível intervir de forma mais eficaz sobre as causas de um determinado problema e não sobre suas manifestações superficiais.

Para que esse processo de intervenção seja possível, é preciso também que o planejador e/ou a equipe escolha os problemas sobre os quais possa intervir, ou seja, que estão no âmbito de decisão de quem planeja.

Existe uma tendência de que o diagnóstico seja visto como uma tarefa muito ampla, na qual sejam buscadas informações

acerca de todos os aspectos possivelmente relacionados. Por exemplo, no caso de uma área ou região, todos os dados demográficos, epidemiológicos ou informações acerca de todos os recursos existentes – físicos, materiais, humanos, financeiros etc. No entanto, na medida em que esses dados não são trabalhados, não é possível efetivamente realizar um diagnóstico que informe a melhor decisão a ser tomada.

O processo de diagnóstico é essencialmente um processo de avaliação. Assim, não é verdade que quando um diagnóstico for iniciado, seja ele dirigido a uma área definida, a um serviço de saúde ou a um grupo populacional, será iniciado também um processo no qual se “escreverá sobre uma folha em branco”, ou seja, em que não se sabe nada sobre a situação em avaliação e que apenas as informações que serão colhidas “objetivamente” informarão o diagnóstico.

Na realidade, o processo de diagnóstico é precedido e informado permanentemente por algum modelo que está presente na cabeça de quem o realiza, esteja esse modelo explícito ou não. Assim, por exemplo, é usual que, ao realizar o diagnóstico de saúde de uma área, o planejador e/ou a equipe busque informações acerca do número de gestantes ou de mulheres em idade fértil. Mas comumente não se busca informações acerca do número de deficientes visuais, por exemplo. Evidentemente, nada nos diz que deficiência visual não é um problema de saúde.

*Mas nem sempre são buscadas essas informações, certo?
Por qual razão? Você saberia descrevê-la?*

Nem sempre essas informações são buscadas porque ao contrário dos programas de pré-natal e de atenção à mulher em idade fértil, sempre presentes em qualquer modelo de intervenção, não temos proposta dirigida aos deficientes visuais. Por isso, a deficiência visual não é considerada um problema.

Recorrendo, portanto, ao enfoque estratégico, percebemos claramente que não há diagnóstico neutro, que há tantos

diagnósticos quanto observadores. E mais, que tanto uma ideia do que se considera uma situação ideal em cada caso – **a imagem-objetivo** – como, até certo ponto, os modelos de intervenção estão dados. E, para que possam ser avaliados e mesmo checados pela realidade, é necessário que sejam explicitados.

Perceba que a definição e a explicitação da imagem-objetivo é central ao planejamento, em todos os seus momentos. É a imagem – objetivo – a situação ideal a ser alcançada e que guia o processo de planejamento.

Nesse contexto, o diagnóstico, como parte do processo de planejamento, cumpre basicamente o papel de um instrumento que permite a identificação de problemas e as estratégias de intervenção, é uma ferramenta que serve de base à tomada de decisão. Certamente é muito raro que o planejador e/ou a equipe disponha de todas as informações consideradas necessárias ao planejamento. No entanto, mesmo a partir apenas das informações rotineiramente disponíveis, é possível a um e/ou a outro construir hipóteses iniciais sobre como iniciar o trabalho. Na medida em que são implementadas as propostas, o próprio processo de monitoramento da implementação poderá apontar as lacunas de conhecimento existentes e direcionar a instituição de sistemas de informação que possam supri-las.

Muitas vezes podemos, como gestores em saúde pública, perder de vista essa função instrumental do diagnóstico com vistas à ação e acabamos por produzir estudos e análises muito extensos que dão origem a diagnósticos muito detalhados e, nesse caso, seriam tantos os problemas detectados, de tão variadas causas, que não nos permitiriam a definição de estratégias de intervenção. Mesmo assim, não é incomum que o processo de planejamento restrinja-se quase que exclusivamente ao diagnóstico e que o nosso plano seja muito mais uma apresentação de problemas do que de estratégias de ação para enfrentá-los.

Na Unidade 4, serão discutidas em detalhe as questões centrais relativas à realização do diagnóstico de situação em todos os seus aspectos e em suas várias dimensões, tomando-se como base uma dada área geográfica.

DESENHANDO O PLANO

A definição das estratégias de intervenção é a escolha do caminho pelo qual se partirá da situação identificada pelo diagnóstico como insatisfatória ou problemática para a situação a que se quer chegar – a imagem-objetivo.

Certamente que as estratégias de intervenção são várias e dirigidas aos diferentes problemas identificados e às prioridades definidas. Como referido, se os problemas escolhidos devem estar no âmbito de ação de quem planeja, da mesma forma, as estratégias de intervenção devem ser viáveis do ponto de vista da implementação do plano.

As estratégias de intervenção devem também guardar coerência com os problemas identificados. Para tal, quanto mais aprofundadas forem as causas subjacentes na etapa diagnóstica, mais eficazes poderão ser as estratégias definidas. Por exemplo, se foi diagnosticado como problema uma taxa alta de mortalidade infantil, o diagnóstico deve ser aprofundado de modo a identificar as causas dos óbitos: se eles estão relacionados a causas que podem ser evitadas pela atenção pré-natal ou se estão relacionados à assistência ao parto – ou a ambas –, de modo a definir as linhas de intervenção condizentes. A indicação, tão usual, de que o pré-natal seja intensificado ou modificado, dificilmente reduzirá os óbitos relacionados à má assistência ao parto, e o inverso também é verdadeiro.

As estratégias de intervenção devem ser traduzidas em atividades e metas a serem atingidas de modo a alcançarem o objetivo proposto. Essa definição está no campo do que classicamente chamamos de planejamento normativo.

Você pode estar se perguntando: como podemos definir o que deve e como deve ser feito?

Para a definição de como fazer, é necessária a utilização de normas. Essas normas são definidas de diversas formas a partir de séries históricas de utilização de serviços. Nesse caso, devem ser utilizadas com particular cuidado, na medida em que expressam os resultados de uma determinada configuração de oferta e, ao serem adotadas acriticamente, acabam por perpetuar uma oferta de serviços que muitas vezes nem sequer é conhecida e menos ainda é sabido se ela atende às necessidades da população em questão.

Um exemplo de oferta adotada acriticamente é a utilização da produção de consultas especializadas realizadas ao longo de um período de tempo como base para a elaboração de normas. Se, numa determinada área foram realizadas 1.000 consultas, sendo 100 de oftalmologia e 50 de urologia, por exemplo, não quer dizer que dez por cento das consultas a serem oferecidas no futuro devam ser de oftalmologia e cinco por cento de urologia. Essa produção observada, muito provavelmente atende à parte das necessidades de saúde, mas também reflete a oferta. Se forem oferecidos mais serviços de oftalmologia, consequentemente serão realizadas mais consultas. Mas se não são ofertadas consultas em endocrinologia, por exemplo, naturalmente não haverá produção, mas isso não expressa ausência de necessidade ou que elas não devam ser ofertadas no futuro.

As normas podem ainda ser definidas por especialistas, derivadas a partir de diversos métodos. E podem ainda ser definidas pelas próprias equipes que operam os serviços ou os programas. Muitas vezes, as normas aplicadas em outros países, que são fruto de condições muito próprias e específicas, são utilizadas como expressão de uma situação “ideal” sem que seja considerado se a sua aplicação tem qualquer pertinência na situação em questão. Assim, se em um determinado país for preconizado que devam ser ofertados um número x de leitos de uma determinada especialidade, isso não quer dizer que a necessidade seja a mesma em outras regiões onde o perfil epidemiológico é diferente.

Lembre-se, futuro gestor em saúde pública, de que qualquer que seja a forma de derivação das normas o mais importante é que elas sejam vistas como uma orientação, uma tentativa de aproximação a uma resposta aos problemas identificados. Mas essa é apenas uma resposta entre as várias possíveis e sua adequação à realidade é apenas demonstrada na prática, à medida que sua implementação seja avaliada.

A partir da definição das atividades a serem realizadas e das metas a serem cumpridas, para que essas sejam operacionalizadas é preciso realizar o cálculo dos recursos necessários – físicos, materiais e humanos – e que são traduzidos em recursos financeiros. Essa etapa implica a realização do balanço entre os recursos necessários e os existentes no momento do planejamento.

Para a realização desse balanço é preciso também considerar as estratégias que foram desenhadas com base no diagnóstico administrativo realizado e que têm por objetivo adequar os recursos existentes – seja por meio de investimentos em sua capacidade de operação, seja por meio de propostas que busquem incrementar o rendimento dos recursos humanos. Somente após o planejador e/ou a equipe considerar essa adequação é que será possível avaliar a necessidade de novos investimentos.

Por fim, é importante lembrarmos de que a formulação do plano pelo planejador e/ou pela equipe implica também definir os critérios e desenhar os mecanismos e indicadores que serão utilizados para avaliar a sua implantação.

AVALIAÇÃO E PLANEJAMENTO

Avaliar consiste em comparar um fato ou fenômeno com um modelo, um padrão ou um conjunto de valores e definir até que ponto o observado se aproxima do modelo escolhido.

Como visto, a avaliação é parte inerente do processo de planejamento, e o próprio diagnóstico é basicamente um processo de avaliação, assim como de definição das estratégias, dos cursos de ação e das normas escolhidas para sua tradução em atividades e metas. A avaliação é, na realidade, um processo permanente, que tanto conforma o próprio processo de formulação do plano como monitora sua implementação e seus resultados.

A avaliação é ainda um instrumento essencial para que o planejador e/ou a equipe possa controlar a implementação do plano e o rumo das mudanças em direção ao objetivo proposto. Logo, podemos afirmar que esse instrumento não se esgota na avaliação dos resultados alcançados em determinado momento e deve tornar-se uma atividade contínua própria da gestão para a qual se dispõem de diversos mecanismos e procedimentos.

Como instrumentos fundamentais destacamos a avaliação estratégica realizada de antemão, assim como a avaliação estratégica realizada durante e/ou a implementação do plano. No primeiro caso, o planejador e/ou a equipe precisa analisar se os objetivos e metas fixados podem ser efetivamente alcançados. Não se trata apenas de identificar o ponto de chegada, mas também as possíveis metas intermediárias que irão determinando o caminho.

O processo de avaliação busca analisar se essas situações intermediárias da trajetória são politicamente viáveis e tecnicamente factíveis, além de examinar sua coerência e consistência.

Isso obriga o planejador e/ou a equipe a explicitar os cenários futuros – possíveis, prováveis, previsíveis e preferíveis – no qual se desenvolverá o processo de planejamento de modo que, se a previsão inicialmente feita não for concretizada, seja possível mudar o curso da ação.

Dessa forma, a avaliação estratégica realizada durante/após a implementação, busca identificar as diferenças entre as situações alcançadas e aquelas em que se esperava chegar, ou seja, procura medir a distância entre as intenções e o que realmente se passou na prática, buscando identificar as causas da distância observada. Com isso, objetiva ampliar o conhecimento sobre o processo em curso de modo a melhorar a determinação de objetivos e prioridades e a seleção de estratégias e de recursos mais adequados.

A avaliação, portanto, é uma atividade constante, realizada a cada instante do processo e não apenas quando se pretende ter cumprido uma etapa. Para que a avaliação do planejador e/ou da equipe seja eficaz ela deve ser acompanhada pelo monitoramento estratégico da conjuntura, identificando obstáculos e detectando alternativas novas ou imprevistas que possam contribuir para alcançar os objetivos propostos.

Resumindo



Nesta Unidade foram apresentados alguns dos conceitos gerais do processo de planejamento; uma breve caracterização do desenvolvimento do planejamento em saúde na América Latina e suas principais vertentes; os passos e os momentos do processo de planejamento e sua relação com o processo de programação; os conceitos centrais do processo diagnóstico; o desenho do plano; e a relação entre planejamento e avaliação.



Atividades de aprendizagem

Para verificar seu entendimento sobre os temas abordados nesta Unidade, faça as atividades sugeridas a seguir e, em caso de dúvida, consulte seu tutor.

1. Faça a leitura do texto sobre o *Planejamento Estratégico Situacional (PES)*, de Carlos Matus, disponível no AVEA e comente as diferenças que ele introduz em relação ao planejamento tradicional, quanto aos conceitos de:
 - a) situação;
 - b) momento; e
 - c) problema.
2. Considerando ainda o texto *Planejamento Estratégico Situacional (PES)*, de Carlos Matus, disponível no AVEA, descreva e identifique as principais características dos quatro momentos propostos.
3. O trecho a seguir foi extraído do artigo *Planejamento em saúde: velhas ideias em novas roupagens*, que consta da bibliografia citada ao final deste livro-texto:

[...] Historicamente o diagnóstico era uma enorme tarefa, mediante a qual se pretendia compilar todo e qualquer material relacionado com a saúde. Assim, dados demográficos, epidemiológicos, administrativos (acerca dos recursos disponíveis), legais, financeiros e outros tantos eram coletados e apresentados... Porém, com total ausência de uma teoria prévia que permitisse associar e interpretar os ditos dados, pouca ou nenhuma informação se obteria com

eles. Deste modo, se conseguia acumular grande quantidade de dados que permaneciam virgens de contato com ao menos um neurônio pensante. [...] Mais ainda, quando quem tomava as decisões precisava determinar um curso de ação deveria recorrer a levantamentos especiais ou fazer uso de sua intuição. [...] Hoje, é um fato estabelecido que não há sentido em acumular dados com a esperança de que em algum momento tome forma o conhecimento. Isto equivaleria a juntar ladrilhos esperando que, se os acumulamos em número suficiente, teremos uma casa. Para se ter uma casa, os ladrilhos são necessários, mas também, entre outras coisas, é preciso contar com um plano de obra, um programa para sua execução, pessoal idôneo e outros materiais que permitam “unir” esses ladrilhos para transformá-los na casa sonhada. (CHORNY, 1993, p. 38).

Agora que você fez a leitura, responda:

- a) Como você relacionaria as afirmações do trecho acima com os conceitos de imagem-objetivo?
 - b) E como você as relacionaria à função do diagnóstico no processo de planejamento?
 - c) O autor afirma que hoje é fato estabelecido que não há sentido em acumularmos dados com a esperança de que em algum momento eles deem forma ao conhecimento. Como você interpreta essa afirmação?
 - d) Baseado em sua experiência, você concordaria que essa concepção de diagnóstico, apresentada no início do texto, está de fato superada?
4. A equipe de planejamento da Secretaria de Saúde do Estado de Carapeba, em seu processo de elaboração do plano, necessitava de parâmetros para uma aproximação às necessidades de serviços de saúde no Estado onde moram 800 mil pessoas.
- Particularmente, estavam preocupados em saber quantas consultas ambulatoriais e de que especialidades deveriam ser ofe-

recidas para atender às necessidades do sistema. Resolveram, então, analisar a produção de consultas realizadas nos últimos cinco anos.

Descobriram que, em média, foram realizadas 2 milhões de consultas por ano, em 12 especialidades. Calcularam, assim, a proporção de consultas de cada uma das especialidades a partir do total de consultas produzidas.

A partir desse cálculo, publicaram uma portaria que definiu que a necessidade de consultas ambulatoriais era de 2,5 consultas por habitante/ano, distribuídas pelas especialidades de acordo com as proporções que haviam encontrado. Essa portaria passou a ser utilizada como padrão para o cálculo de necessidades de consultas por todos os gestores na realização de seu planejamento.

Como você avalia esse processo de definição de parâmetros para o cálculo de necessidades? Que tipos de problemas ela pode acarretar?

5. Uma das principais diferenças entre a proposta de planejamento expressa pelo método CENDES-OPAS e a formulação estratégica é o próprio papel de quem planeja. Que diferença seria essa? Como você acha que a conjuntura em que cada abordagem foi formulada influenciou a forma de ver o papel de quem planeja?
6. Leia o texto a seguir extraído do artigo *Planificação em saúde: velhas ideias, novas roupagens* e comente-o no fórum do AVEA:

[...] Outra questão colocada está referida aos fins perseguidos pelo planejamento. Para quê se planifica é uma pergunta fundamental quase nunca feita. Se verifica na prática que a maior parte dos planejadores o faz porque se supõe que esta é sua função. Deste modo, o plano se converte na finalidade última de quem planeja. Se planeja para ter um plano e o plano é necessário porque existem determinações superiores (algumas vezes, nem isto) para que se faça o plano. Ou, o que é pior, os planos são feitos porque sempre se fizeram planos. Ninguém “en sus cabales” espera que o pla-

no seja algo além de uma peça orçamentária a ser invocada em oportunidades selecionadas. Se trata de um planejamento ritual.

Em outros casos, o planejamento é feito com a esperança de que sirva para solucionar os diferentes males que afetam a organização. São feitos exaustivos estudos e análises que dão origem a extensos diagnósticos, mas na hora de definir o curso de ação, é tão grande o número de problemas detectados e são tão variadas suas causas, que a proposta está muito longe de aproximar-se ao que seria desejável. Trata-se do planejamento “Aquarela do Brasil”, começa com uma sinfonia e termina como uma marchinha. (CHORNY, 1993, p. 37).

7. No município de Andorinhas, a equipe da Secretaria de Saúde se propôs a elaborar o plano de saúde para o município. No diagnóstico realizado foram listados vários problemas para os quais deveriam ser propostas estratégias de intervenção.

Entre os vários problemas, foi listada a “falta de qualificação técnica das equipes responsáveis pela atenção básica”.

De posse desse enunciado, passaram a discutir estratégias de enfrentamento da questão. Em uma primeira discussão, a equipe concluiu que seria necessário “treinar os recursos humanos” e, muito satisfeita com seu trabalho, passou a tentar detalhar a proposta.

A partir de então não conseguiam chegar a um consenso: cada um de seus membros tinha uma opinião acerca do que deveria ser feito e como fazê-lo. Sem conseguir resolver a questão, solicitaram uma reunião com o secretário de saúde para que ele pudesse definir que rumo eles deveriam tomar.

Você também foi convidado a participar dessa reunião e a dar a sua opinião. Que perguntas você faria à equipe para que pudesse formar a sua opinião? O que você acha que pode ter faltado ao processo de elaboração do plano e que dificultou a tomada de decisão?

UNIDADE 4

O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO EM SISTEMAS LOCAIS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Identificar as etapas, momentos do processo de planejamento;
- ▶ Correlacionar os diversos componentes do diagnóstico de situação; e
- ▶ Construir e interpretar os indicadores mencionados.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Nesta Unidade, vamos aprofundar a discussão sobre como analisar a configuração atual do sistema de saúde em suas diversas dimensões, visando o desenho de um futuro modelo desejado. Vamos estudar os fundamentos do diagnóstico da estrutura de serviços e de sua dinâmica de gestão, assim como as dimensões de seu desempenho e abordar o diagnóstico dos arranjos de coordenação e integração dos serviços, fundamental para a construção de redes regionalizadas de atenção à saúde.

Por fim, é muito importante que você perceba as relações entre as várias perspectivas do diagnóstico, uma vez que ele deve ter uma abordagem unificada. Essa percepção será imprescindível para a aplicação do conteúdo em sua prática de gestão.

Boa leitura!


No campo da saúde pública e da organização de serviços o diagnóstico de situação (ou momento explicativo) deve contemplar a análise de alguns aspectos da realidade que mantêm relações importantes com o objeto em questão. Por exemplo, para realizarmos o diagnóstico de situação de uma determinada área geográfica (ou região de saúde) precisamos conhecer aspectos relacionados com suas características demográficas, epidemiológicas, além da informação relativa ao conjunto de recursos disponíveis e/ou necessários para a atenção à saúde dessa população.

Como vimos na Unidade 3, o processo de planejamento e de gestão parte da constatação de situações consideradas inadequadas e que, por essa razão, devem ser modificadas. Além da identificação de situações problemáticas, precisamos conhecer

os fatores que as condicionam ou as determinam e identificarmos qual o âmbito de intervenção mais eficaz atuando sobre as causas dos problemas e não sobre suas manifestações superficiais. Para que seja assim, também precisamos saber selecionar adequadamente os problemas, ou seja, necessitamos reconhecer os problemas que estão no escopo de decisão de quem planeja.

Não diferente, vimos, também na Unidade 3, que o processo de diagnóstico de situação não é neutro, que ele dependerá de quem o faz e para quem é feito. Não apenas porque cada observador da realidade poderá ter uma explicação diferente para um mesmo problema, como também porque a possibilidade de solução orienta a busca de certos problemas, em detrimento de outros.

Por isso, podemos afirmar que o processo de planejamento e o diagnóstico a ser realizado são (ou deveriam ser) orientados pelos objetivos perseguidos, a situação “ideal” a alcançar, a imagem-objetivo. Em nosso caso específico, o diagnóstico terá como norte a proposta de organização de **redes de atenção** que orientará a discussão e a escolha das dimensões a serem estudadas.



Estudamos esse tema na Unidade 2, em caso de dúvida, faça uma releitura dessa Unidade.

O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: PRECAUÇÕES INICIAIS

Como você aprendeu na Unidade 3, o diagnóstico como parte do processo de planejamento, cumpre o papel de instrumento para a identificação de problemas e de suas respectivas estratégias de intervenção, é uma ferramenta que serve à tomada de decisão. Contudo, muitas vezes essa função instrumental do diagnóstico é negligenciada com vista à ação e acaba por produzir tratados extensos e detalhados sobre problemas que não contribuem para a definição das estratégias de intervenção.

Por isso, precisamos evitar os riscos e as armadilhas inerentes ao diagnóstico e para tal é necessário que durante a sua realização consideremos alguns aspectos a ele relacionados:

- ▶ A identificação e a explicação de eventuais problemas, assim como as consequentes propostas de ação em quaisquer dessas vertentes dependerão, sempre, de quem os analisa. Isso porque o diagnóstico não é neutro e nem objetivo, uma vez que os problemas a ele relacionados também não o são.
- ▶ A busca de informação para o diagnóstico é pré-direcionada por algum “modelo explicativo” cuja realidade o “ator”/gestor já detém antes mesmo de iniciá-lo. Esse modelo faz com que busquemos alguma informação, em detrimento de outras, na tentativa de comprovar a hipótese causadora do problema.

A informação necessária ao diagnóstico deve ser bem dimensionada, tanto em relação à quantidade quanto

à qualidade. Isso porque a análise de um grande volume de informações pode comprometer o tempo requerido para a tomada de decisões oportunas na gestão. Em relação à qualidade, precisamos explicitá-la previamente de forma criteriosa, bem como as hipóteses causais dos problemas identificados no diagnóstico, principalmente a possibilidade real de influir sobre ela, pois quando levamos em conta problemas para os quais não temos solução, esses não são de fato problemas.

- Para que as propostas de ação sejam capazes de solucionar efetivamente os problemas identificados, é evidente que um bom diagnóstico é necessário, mas não suficiente. Precisaremos trabalhar criteriosamente na análise da sua rede de causalidade, já que é sobre esses fatores que faremos algum tipo de intervenção. Essas ações contribuem para que o diagnóstico seja preciso e cumpra com seu papel de identificar os problemas e as respectivas estratégias de intervenção, facilitando a tomada de decisão.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO COMO IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS

O termo diagnóstico faz parte do senso comum e está associado à ideia de identificar qualquer situação que escape à normalidade, ou seja, a de detectar eventuais problemas.

No dia a dia falamos de problema para expressar situações nas quais uma ou outra pessoa envolvida experimenta algum tipo de dificuldade, ou seja, nos referimos a problema quando alguma coisa não se comporta segundo nossas expectativas.

Porém, o entendimento do senso comum não é suficiente para agir de modo eficaz na solução dos obstáculos que surgem no cotidiano dos sistemas e serviços de saúde. Para isso, precisamos, em primeiro lugar, ter uma definição adequada do que constitui um problema, veja a seguir.

Entendemos problema como toda situação ou valor que se diferencia para pior em relação a um modelo de comparação ou a um parâmetro, escolhido como padrão por quem está avaliando.

Nesse contexto, podemos afirmar que com o diagnóstico o observador/gestor identifica problemas mediante a análise de determinadas variáveis ou indicadores, destacados ao longo do tempo por experiência própria ou alheia como os mais sensíveis aos objetivos propostos. Em alguns casos, não é a experiência que

Esse procedimento será desenvolvido na Unidade 5.

informa a conduta a seguir, mas alguma teoria ou mesmo os desejos dos usuários (internos ou externos) dos serviços e sistemas de saúde.

Os problemas encontrados vão conformar um objeto de estudo mais detalhado na busca de suas causas efetivas, já que será sobre elas que se exercerá a ação que visa modificá-las para suprimir ou diminuir os efeitos não desejados.

As afirmações que fizemos até esse momento partem da aceitação do fato de que o universo no qual habitamos é causal, ou seja, para existir um efeito é preciso haver uma ou mais causas condicionantes ou determinantes, isso sem que necessariamente elas sejam de nosso conhecimento ou, caso as conheçamos, que possamos reconhecer a intensidade e forma como atuam.

A determinação de problemas por parte do gestor deve obedecer a algumas regras, sendo as principais:

- ▶ Ter clareza quanto à finalidade buscada e traduzi-la com precisão.
- ▶ Ater-se àqueles que possam ser administrados, admitindo uma solução factível e viável pelos responsáveis pelo diagnóstico, pois um problema que não possa ser resolvido por quem o analisa não é, nesse nível, um verdadeiro problema.
- ▶ Fazer uma referência a características mensuráveis (sempre que a natureza do problema o permita), porque quanto mais mensuráveis forem as variáveis utilizadas, mais objetivo será o diagnóstico e menos ele dependerá de opiniões ou crenças.

Em suma, o diagnóstico de situação com foco na resolução de problemas, deve seguir os passos descritos a seguir:

- ▶ Identificar os problemas.
- ▶ Formular hipóteses explicativas para os problemas selecionados.
- ▶ Definir prioridades e estratégias de intervenção.
- ▶ Elaborar o plano de ação.

O esquema se completa com quatro determinantes e/ou condicionantes básicos, que se expressam de modo particular em cada plano:

- ▶ Determinantes sociais da saúde.
- ▶ Condições de saúde dos indivíduos e da população.
- ▶ Estrutura do sistema de serviços de saúde.
- ▶ Desempenho do sistema de serviços de saúde.

Esses determinantes e/ou condicionantes de saúde são aqueles fatores que têm influência direta nas condições de saúde dos indivíduos ou da população. Situam-se no nível estrutural e atuam como pano de fundo para as possíveis soluções aos problemas dos sistemas e serviços de saúde. A ação sobre os elementos ou fatores encontrados nas dimensões mencionadas é processada por meio de períodos que superam o tempo da gestão do plano.

Mas esse assunto não para por aqui! Ainda nesta Unidade falaremos sobre o diagnóstico da estrutura do sistema de serviços e algumas dimensões de seu desempenho.

INICIANDO O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO EM SISTEMAS LOCAIS

Para a realização do diagnóstico de situação de uma determinada área – município/região – é possível e desejável que utilizemos uma combinação de abordagens metodológicas, como as metodologias quantitativa e qualitativa. No primeiro caso (quantitativa), analisaremos os dados secundários disponíveis e no segundo caso (qualitativas), a entrevista com informantes-chaves, grupos de discussão, grupos de estudo, entrevistas em filas etc.

Para a primeira aproximação à área em estudo, é imprescindível providenciarmos um mapa da região/área/município a ser trabalhado. Nesse mapa, precisamos localizar as principais vias de transporte existentes (estradas principais, ferrovias etc.) e as barreiras naturais mais importantes (montanhas, rios etc.). Se a população estiver distribuída de forma desigual, é importante indicarmos os principais núcleos populacionais, as áreas de favelas ou os grandes conjuntos habitacionais, por exemplo. Por fim, é fundamental situarmos os serviços de saúde diferenciando-os por porte (centros de saúde, serviços especializados, hospitais etc.).

Ao analisarmos o mapa, já podemos perceber os principais aglomerados populacionais e identificar as possíveis desigualdades na oferta de serviços, identificando imediatamente as áreas de maior e menor oferta de serviços. Essa visualização será fundamental ao diagnóstico dos determinantes sociais, das condições de saúde e de alguns aspectos da estrutura e do desempenho dos serviços de saúde como a acessibilidade.

Perceba que, para a aproximação ao diagnóstico das condições de saúde de uma população, é utilizada uma ampla gama de informações que expressam diferentes características sociais, econômicas, culturais e mais propriamente acerca da mortalidade e da morbidade.

Nesse sentido, os indicadores socioeconômicos são utilizados para uma abordagem aos problemas a partir das relações entre as condições de vida e as de saúde. Assim, imaginemos uma área com melhores condições de vida, em que a população apresente condições de habitação e de saneamento mais favoráveis, maior nível de emprego, renda e escolaridade, nela podemos encontrar tanto menores taxas de mortalidade infantil por doenças infecciosas e outras diretamente relacionadas à pobreza quanto uma população nas faixas etárias mais altas, utilizando serviços de saúde de forma mais intensa para tratamento das chamadas doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares, em especial a hipertensão arterial, a diabetes ou as neoplasias.

Como observado no texto sobre planejamento da Unidade 3, um dos objetivos do diagnóstico é identificar grupos de risco, que

se constituem em prioridade de intervenção. No entanto, rotineiramente, os dados dispostos não são obtidos com grau de desagregação suficiente para a análise das condições de grupos de maior risco e as taxas médias muitas vezes mascaram desigualdades importantes dentro de uma mesma área. Assim, podemos considerar que, para grupos identificáveis por meio da distribuição geográfica de moradias mais precárias, por exemplo, como as favelas e os conjuntos habitacionais, os indicadores socioeconômicos (assim como os de morbimortalidade) serão certamente piores do que os da média da área considerada.

Os dados acerca da mortalidade estão rotineiramente disponíveis, mas os relativos à morbidade muitas vezes são difíceis de serem obtidos. No entanto, para os objetivos da programação podemos sempre construir hipóteses a partir da informação existente utilizando o conhecimento epidemiológico e a experiência dos profissionais envolvidos na prestação de serviços na área.

A primeira coisa que precisamos fazer é realizar a seleção e a análise de informações relevantes ao objetivo do diagnóstico a partir dos dados disponíveis, permitindo à equipe uma visão geral da área e um conhecimento inicial que certamente suscitará muitas questões. Lembre-se de que qualquer ação de diagnóstico é um processo de aproximações sucessivas, pois à medida que nos aproximamos dos problemas-alvo, aprofundamos o diagnóstico. Assim, sempre devemos partir do mais geral para o mais específico e apenas buscar informações adicionais a partir das perguntas formuladas.

Nunca devemos iniciar o diagnóstico buscando **todas** as informações disponíveis, porque há sério risco de nos afogarmos em números que de pouco ou nada servirão para orientar as ações.

Além dos indicadores de morbimortalidade para uma determinada área, podemos nos aproximar de parte da morbidade pela análise da população e dos casos atendidos nos serviços de

saúde. É sempre bom termos em mente que os indicadores expressam apenas parte dos casos – aqueles que procuraram os serviços de saúde e, mais importante, aqueles que conseguiram ser atendidos, o que nem sempre é o mesmo.

Ademais, a demanda observada em um serviço de saúde é também função da oferta. Se no município A existe um serviço de oftalmologia que funciona bem e no município B, não, ao compararmos os dados da demanda atendida não podemos dizer que o município A apresenta maior incidência de problemas oftalmológicos do que o município B.

Outra forma de conhecermos os problemas de saúde de uma população é por meio da realização de investigação por inquéritos epidemiológicos para o efetivo conhecimento das condições de saúde. No entanto, embora fundamental para a produção de conhecimento, esse inquérito epidemiológico requer a aplicação rigorosa de metodologias de investigação, pressupondo conhecimento especializado, longo tempo de preparação, aplicação e análise de resultados.

Para os objetivos do diagnóstico com vista à elaboração do plano, podemos identificar inquéritos realizados em outras áreas ou levantar a literatura pertinente e aplicar, como hipótese inicial, os resultados obtidos para a área em estudo, ressalvados os problemas, utilizando o conhecimento epidemiológico e a experiência dos profissionais envolvidos na prestação de serviços na área.

DIAGNÓSTICO DA ESTRUTURA DE SISTEMA DE SERVIÇOS

O diagnóstico da estrutura diz respeito aos fatores produtivos que são organizados para constituir os sistemas e os serviços de saúde, incluindo os saberes e as práticas profissionais. Podem ser classificados em três grandes grupos:

- ▶ **Recurso:** essa dimensão contempla todos os tipos de recursos, excluídos os financeiros, usados para a realização das atividades dos sistemas e serviços de saúde: instalações, equipamentos, insumos, materiais médico-cirúrgicos, pessoal e informações.
- ▶ **Financiamento:** essa dimensão refere-se aos recursos monetários disponibilizados para os sistemas e serviços de saúde, considerando sua origem e alocação. Nessa categoria também estão incluídas as formas de pagamento adotadas.
- ▶ **Condução e/ou gestão:** essa dimensão refere-se à capacidade dos diferentes níveis de governo de formular e executar políticas de saúde, procurando garantir o seu acompanhamento e a sua correção (quando for preciso), assumindo a regulação do setor e responsabilizando-se pelos resultados obtidos.

A estrutura relaciona-se diretamente com o desempenho dos sistemas e serviços de saúde e condiciona a sua operação. Constitui o primeiro nível a ser explorado, antes de determinar o plano de análise ou o nível ao qual serão analisados os problemas.

Conheça as oito dimensões para análise proposta pelo PRO-ADESS acessando o sítio <www.proadess.cict.fiocruz.br>.

Por sua vez, o desempenho dos sistemas de serviços de saúde é o âmbito em que são manifestados os problemas relativos aos processos e resultados desenvolvidos e obtidos. Embora tenhamos classificações diversas das dimensões a serem consideradas na sua avaliação, para os efeitos dessa disciplina utilizaremos o referencial proposto pelo Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS).

DIAGNÓSTICO DE RECURSOS: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

O diagnóstico de recursos constitui-se em uma ampla análise dos serviços em operação na área considerada. Contempla aspectos relativos à estrutura, aos processos e aos resultados, de acordo com a clássica definição das abordagens à avaliação de serviços de saúde formulada por Donabedian (1980).

Por estrutura compreendemos as características relativamente mais estáveis dos serviços de saúde, os instrumentos e os recursos disponíveis e as configurações físicas e organizacionais nas quais são operados. O conceito de estrutura inclui ainda o número, as características e a distribuição de serviços e equipamentos; o número e a qualificação dos recursos humanos; e a forma como a atenção é organizada, financiada e provida.

Nessa perspectiva de análise, objetivamos conhecer a capacidade da estrutura para desenvolver determinado processo de trabalho, correlacionando informações sobre:

- ▶ a suficiência da capacidade instalada em saúde: expressa por meio da relação entre os recursos disponíveis e a população que deles necessita; e
- ▶ a adequação dessa capacidade em relação a um determinado perfil epidemiológico identificado:

expressa pela relação entre os recursos disponíveis e a necessidade de recursos da coletividade.

O detalhamento desse tipo de informação deve ser feito por meio de indicadores capazes de informar sobre distintos tipos de problemas relacionados à estrutura, como a adequação quanto:

- ▶ ao volume dos recursos disponíveis (aspecto quantitativo da capacidade instalada);
- ▶ à sua distribuição geográfica (âmbito da acessibilidade aos serviços); e
- ▶ à sua operacionalização (âmbito administrativo/gestão dos serviços).

Por processo de cuidado podemos definir o conjunto de atividades que acontecem entre profissionais e pacientes, englobando o componente técnico do cuidado médico – procedimentos, diagnósticos e intervenções terapêuticas – e a relação interpessoal. Esse aspecto está vinculado à avaliação da adequação aos padrões técnicos estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto, assim como às expectativas de grupos profissionais responsáveis pela execução das atividades ou tarefas quanto à maneira como elas devem ser feitas.

Nesse nível da avaliação, devemos procurar conhecer o comportamento dos serviços em relação à população que deles necessita e os utiliza. Esse diagnóstico pode ser considerado segundo duas óticas distintas, mas relacionadas: a primeira é a avaliação da qualidade da atenção prestada, tanto para pacientes específicos como para grupos populacionais. A avaliação da qualidade, embora muitas vezes compreendida apenas como o resultado de uma determinada intervenção específica em um episódio de cuidado, pode também constituir-se da avaliação de uma ampla gama de atributos, tais como o acesso e a adequação da oferta e a continuidade da atenção.

A segunda é a avaliação da eficácia, do impacto das ações realizadas sobre a saúde de pacientes individuais e das populações. Nesse último caso, é a avaliação do grau de contribuição do cuidado

prestado para a mudança das condições de saúde – medido entre outras formas, pelos indicadores de morbimortalidade.

De forma geral, é mais comum utilizarmos a análise da estrutura por meio da avaliação da capacidade instalada: a descrição dos serviços existentes, em termos de capacidade física – o número de leitos, os consultórios, os equipamentos etc. – e dos recursos materiais e humanos.

Nesse contexto, a análise da estrutura está necessariamente relacionada à forma pela qual ela estaria, ou não, capacitada a realizar um determinado processo de trabalho. Assim, o número de leitos existentes em uma região em si não significa praticamente nada. A avaliação que deve ser realizada permite dizer se esse número é suficiente para dada população, se suas características e especialidades estão adequadas às necessidades de saúde da população a que deve servir e se a distribuição geográfica permite o acesso.

Perceba que para realizar o diagnóstico partimos de um modelo, de uma ideia de como as coisas deveriam estar operando e que isso deve ser explicitado por aqueles que planejam.

OPERACIONALIZANDO O DIAGNÓSTICO DE RECURSOS

O diagnóstico de recursos é baseado em uma ampla gama de informações a respeito dos serviços existentes (estrutura), de que forma estão operando (processo) e com que resultados. Embora pareçam ser informações básicas, muitas vezes temos dificuldades de obter essas informações, inclusive acerca da capacidade instalada, ou seja, número de leitos, consultórios, salas cirúrgicas etc., por não serem mantidos registros atualizados.

Dois aspectos importantes a serem avaliados na interface população/serviços de saúde são: a cobertura e o acesso. Esse último pode ser também compreendido como um dos indicadores de desempenho dos sistemas de serviços de saúde.

A noção de cobertura diz respeito ao percentual efetivamente atendido da população, de grupos populacionais considerados ou de pacientes em relação ao universo total de pessoas que um serviço ou programa se propôs a cobrir. Assim, essa noção está necessariamente ligada à especificação de uma população a ser atendida e, como um percentual, seu valor máximo é de 100%. Essa é uma noção-chave, que deriva do desenho de redes de serviços destinadas a populações referenciadas.

Embora o atendimento à **demand espontânea*** seja uma função essencial do sistema de saúde, o desenvolvimento de um modelo de atenção que possa ter impacto sobre as condições de saúde pressupõe a descrição de clientela. Isso significa que cada usuário/família moradora de um determinado território sabe a que unidade de saúde se vincular, que profissionais serão responsáveis por seu cuidado. Na prática, significa definir, *a priori*, que população determinada unidade atenderá. Sem esse requisito básico não podemos pensar em atenção integral, articulação de práticas preventivas e curativas e continuidade do cuidado.

***Demand espontânea** – aquela que se apresenta voluntariamente aos serviços. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

E o acesso, como podemos avaliá-lo?

O acesso pode ser avaliado mais diretamente pela disponibilidade de serviços. No entanto, a simples existência de um serviço em uma área não significa que não existam barreiras ao acesso, sejam elas econômicas, mais comumente no caso de serviços públicos, sejam devido ao fato de os serviços não estarem acessíveis ou não permitirem a entrada de pessoas quando sentem necessidade, sejam por operarem por meio de esquemas de “senhas”, sejam por causa de filas de espera muito longas para marcação de consultas ou sejam simplesmente por manterem as portas fechadas às demandas apresentadas.

Em geral, é muito mais difícil encontrarmos informação organizada a respeito dos serviços existentes, de modo a nos permitir a análise dos processos de cuidado, da composição dos recursos e

das formas pelas quais esses se combinam para produzir as ações de saúde. Assim, muitas vezes os dados sobre o número de leitos ou de consultórios, por exemplo, não são articulados à informação sobre os equipamentos disponíveis e os recursos humanos utilizados para realizar determinada produção.

Dessa forma, a simples descrição da capacidade instalada e dos recursos humanos existentes não basta para emitirmos qualquer julgamento sobre a articulação e a operação desses recursos. Em geral, com os dados disponíveis, podemos construir indicadores de rendimento (produtividade) dos recursos. Por exemplo, as **taxas de ocupação**: a média de dias que cada paciente ocupou o leito.

Nessa situação podemos entender taxas de ocupação como sendo o percentual de leitos ocupados no período x e o tempo médio de permanência do paciente nesse leito.

Podemos avaliar a produtividade dos recursos humanos, em geral, nos serviços ambulatoriais, ainda que eles disponham quando muito do número de consultas realizadas por serviço ou por profissional e não muito mais.

O instrumento que melhor nos possibilitaria perceber a articulação dos meios para a produção dos resultados é o sistema de apuração de custos. Tão importante quanto saber quanto custa uma determinada unidade de serviço é conhecer a composição de recursos utilizada para a sua produção, o que nos permite identificar as áreas de intervenção, tanto para diminuir os custos, se e quando for o caso, como para melhorar a qualidade da atenção. Adicionalmente, a implantação de um sistema de apuração de custos exige o desenvolvimento de sistemas de informação que articulem os vários recursos de forma que possam ser utilizados para a análise e a avaliação de serviços.

UM RECURSO-CHAVE: RECURSOS HUMANOS

Parte do diagnóstico de recursos, a análise da situação e dos problemas relativos ao campo dos recursos humanos, exerce particular importância para o planejamento e a gestão de sistemas

e serviços de saúde, por ser esse o recurso crítico para a produção dos serviços. Por esse motivo, além do levantamento dos recursos humanos existentes, em número, categoria profissional e horas contratadas, algumas outras categorias devem ser consideradas no âmbito do diagnóstico. Para a análise de situação, muitas vezes será necessário o desenho de estudos específicos e a utilização de diversas abordagens metodológicas para o levantamento e a obtenção da informação:

- ▶ **Capacitação:** é o grau de conhecimento específico em relação às atividades a serem desenvolvidas. Embora possa parecer que os profissionais foram contratados para determinada função com base na sua qualificação, nem sempre isso é verdade. Muitas vezes, nem mesmo as atribuições do cargo estão claramente definidas, o que torna ainda mais difícil a avaliação da adequação do funcionário.
- ▶ **Rendimento:** o rendimento do recurso humano em saúde se refere, em primeiro lugar, ao número de atividades produzidas por recurso consumido. Habitualmente, o recurso humano é expresso pelo número de horas disponibilizadas pelo pessoal crítico para a prestação de um determinado serviço, ou seja, o rendimento se expressa pela relação entre os serviços produzidos e o tempo contratado dos recursos críticos.
- ▶ **Reposição:** sob essa denominação incluímos todos os problemas relativos ao processo de envelhecimento da população de trabalhadores em saúde, identificando, com a antecedência possível, os estrangulamentos na disponibilidade desses recursos (no serviço, na unidade, no sistema) e os mecanismos empregados para sua substituição, avaliando sua eficácia e, quando necessário, desenvolvendo mecanismos alternativos, mais rápidos e eficazes.

FINANCIAMENTO

O diagnóstico do financiamento de recursos refere-se à análise de suas fontes e formas de utilização. Nesse campo, buscamos a informação não apenas de como são gastos os recursos mas em que elementos de despesa se distribuem: pessoal, material de consumo – em suas diversas categorias – e serviços de terceiros, aqui incluídos todos os contratos de serviços.

Além das fontes de financiamento e da composição do gasto, é também fundamental conhecermos os fluxos dos recursos financeiros, assim como a análise de tendências em relação ao financiamento – como tem se comportado o financiamento e a estrutura do gasto ao longo de um determinado período.

DIAGNÓSTICO DA FUNÇÃO DE CONDUÇÃO/GESTÃO

A gestão de sistemas e de serviços em saúde engloba uma gama muito ampla de funções, que vão desde a formulação de políticas e do plano, passando pela gestão de redes de serviços, até a gestão de funções ao nível das unidades.

Nesse tópico, no âmbito do diagnóstico da função de gestão em uma área/sistema local, estamos nos referindo à análise da capacidade do gestor local de exercer as funções de condução do sistema, dentre as quais, a capacidade de:

- ▶ formular políticas;
- ▶ planejar;
- ▶ financiar com recursos próprios desse nível de governo;
- ▶ regular o sistema;

- ▶ avaliar a implementação de políticas, planos e ações propostos;
- ▶ acompanhar e controlar as ações de saúde e dos contratos estabelecidos;
- ▶ ser capaz de responder aos problemas encontrados, por meio de novas soluções e de modificação de rumos, se necessário;
- ▶ garantir o funcionamento efetivo dos fóruns de participação social; e
- ▶ ser responsável pelo sistema de saúde local e seus resultados.


A avaliação da capacidade de condução do gestor pode ser feita a partir de uma série de abordagens. Algumas das funções que relacionamos acima podem ser consideradas pela existência de processos e mecanismos de gestão institucionalizados como a existência de um serviço/área de planejamento que efetivamente planeje e esteja integrada ao funcionamento e à gestão. Ou a de sistemas de regulação que realmente exerçam essa função. Ou ainda, de sistemas de informação e sua utilização rotineira para a avaliação e o controle das políticas, ações e serviços.

Outras funções como a capacidade de responder aos problemas, de assumir a responsabilidade pela atenção à saúde da população de seu território/região/município ou a capacidade de garantir o funcionamento de fóruns que possibilitem efetiva participação social, somente podem ser avaliadas por meio de abordagens qualitativas, especialmente desenhadas.

DIAGNÓSTICO DE DESEMPENHO

Como já vimos, existem diferentes classificações para as dimensões a serem consideradas na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Nesta disciplina, consideraremos oito dimensões para a avaliação, conforme proposto pelo PRO-ADES.

Para uma dessas dimensões de desempenho são listados alguns indicadores, apenas a título de exemplo:



No próprio *site* do PRO-ADESS você encontrará diferentes séries de indicadores, inclusive adotados em outros sistemas de saúde, que podem ser utilizados para o diagnóstico/avaliação de distintas dimensões do cuidado.

- ▶ **Efetividade:** é medido pelo grau de impacto positivo dos serviços sobre as condições de saúde das comunidades e dos indivíduos e/ou de alcance dos resultados esperados. Exemplos de indicadores que podem ser usados para aferir o grau em que a efetividade foi alcançada: a porcentagem de pessoas suscetíveis a uma doença evitável por meio de imunização em uma população que efetivamente foi vacinada, em um período determinado; e a diminuição das taxas de incidência e/ou prevalência de determinado agravo em um período determinado ou tendência à diminuição dessas taxas, em certos casos, diminuição das taxas de mortalidade ou aumento da sobrevida.
- ▶ **Acesso:** é medido pela percentagem de uma população sob a cobertura do serviço alcançado no momento oportuno e que recebe os cuidados correspondentes. A acessibilidade é apenas um dos aspectos do acesso e não necessariamente o mais importante. A possibilidade de acessar o serviço em tempo oportuno somente só alcança sucesso quando o usuário ou paciente pode ser atendido na plenitude

de suas necessidades ou é encaminhado para um serviço que pode efetuar o atendimento necessário.

- ▶ **Eficiência:** é medida pelo uso pleno dos recursos (consultas, internações, exames, estudos por meio de imagens etc.), já que mede a relação existente entre os distintos recursos disponíveis e os serviços que eles efetivamente produzem. Em geral, a medida da eficiência se limita a considerar o número de serviços produzidos por hora de recurso humano crítico necessário para sua produção.
- ▶ **Respeito ao direito/humanização:** é medido pela capacidade dos sistemas e serviços de saúde de respeitarem as pessoas que demandam atenção como cidadãos, zelando por seu conforto. Em geral, a aferição dessa dimensão requer a realização de inquéritos na população de referência dos sistemas e serviços para determinar seu grau de satisfação com a atenção recebida. São formas indiretas de aproximar-se dessa satisfação: a identificação de tempos de espera excessivos, as queixas registradas em alguma anotação disponível para esses propósitos etc.
- ▶ **Aceitabilidade:** é medida pelo grau de adequação dos sistemas e serviços ofertados às crenças e às tradições da comunidade a que servem. Dentro dessa dimensão está inscrito o respeito às expectativas populacionais. A aferição dessa dimensão pode ser realizada por meio de estudos na população.
- ▶ **Continuidade:** é medida pela capacidade do sistema de prestar serviços de maneira coordenada e sem interrupções. Para podermos monitorar essa dimensão, precisaríamos contar com um prontuário ou histórico clínico único por paciente, que pudesse ser avaliado por um comitê de expertos criado com essa finalidade.

- ▶ **Adequação:** é medida pelo grau com que os cuidados realizados se baseiam nos conhecimentos disponíveis para o atendimento dos agravos em consideração. Pode ser avaliada apenas por especialistas que analisem as informações sobre o tratamento realizado ou, alternativamente, pela avaliação periódica e objetiva dos conhecimentos utilizados pelos profissionais de saúde em sua prática cotidiana.
- ▶ **Segurança:** é medida pela capacidade do sistema de identificar e evitar ou minimizar os riscos potenciais de suas intervenções. Sua aferição demanda a realização de estudos especiais.

Observe que todos esses indicadores contribuem para a avaliação dos serviços de saúde, colaborando, assim, com o diagnóstico da situação de saúde da área na qual o serviço se insere.

DIAGNÓSTICO DOS ARRANJOS ORGANIZACIONAIS OBJETIVANDO INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

Na interface entre a avaliação da estrutura e o desempenho dos sistemas de serviços de saúde, a avaliação dos arranjos organizacionais existentes no âmbito da constituição de redes de serviços é a dimensão central, nossa imagem-objetivo. Nessa dimensão estão incluídos, entre outros aspectos:

- ▶ a análise dos fluxos estabelecidos pela população em sua procura por serviços de saúde e pela medida em que esses fluxos são ou não induzidos por definições do sistema de saúde;
- ▶ a existência de uma proposta de plano de saúde e/ou de organização de serviços com a definição do perfil assistencial das unidades, estabelecendo a função de cada uma na rede, incluindo o grau de capacidade de resolução de cada nível/componente da linha de atenção e a adoção de protocolos;
- ▶ a instituição de mecanismos efetivos de regulação, precedidos da definição da proposta de organização da rede e dos perfis assistenciais; e
- ▶ a análise das relações estabelecidas entre as diversas unidades de um território/município e dessas com as dos territórios/municípios vizinhos, e o grau de institucionalização das referências.

Assim como ocorre com a análise da capacidade de condução, o diagnóstico dos arranjos organizacionais também é realizado por meio de diversas metodologias. A existência de processos integrados de planejamento e avaliação que efetivamente reflitam as propostas de constituição de redes com a definição de perfis e de funções assistenciais, por exemplo, é em si próprio um indicador de sistemas mais próximo

à concepção de organização em redes.

Todavia, a existência de Planos Diretores de Regionalização (PDR) realizados de forma ritual, apenas para cumprir exigências burocráticas, sem compromisso com a realidade da provisão da atenção, não são atualizados ou avaliados, o que por si só é um forte indicador de fragmentação da atenção e de distanciamento da concepção de redes.



Saiba mais Planos Diretores de Regionalização (PDR)

Esse é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. Deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28602>. Acesso em: 13 jul. 2010.

As demais abordagens, como as entrevistas com informantes-chave, os estudos de filas, os grupos de discussão e outros desenhos específicos para coleta de informação poderão ser utilizados para a avaliação desse aspecto.

Outra forma de avaliarmos as articulações organizacionais no sentido da construção da integração, ainda que seja mais raramente utilizada, é a de centrar o foco da análise no caminho do paciente ao longo da rede. Para isso, podemos eleger as “**condições traçadoras***”, como o diabetes, e acompanhar como e onde os pacientes são tratados, se há garantia de encaminhamento para outros níveis/serviços, quando necessário, e se existem mecanismos de acompanhamento de casos e de integração das práticas.

André-Pierre Contandriopoulos, da Universidade de Montreal, e Zulmira Hartz, pesquisadora e professora da Escola Nacional de Saúde Pública, em sua discussão acerca da avaliação de sistemas em rede, citam os critérios propostos por Leatt, Pink e Guerriere (2000) que, do ponto de vista dos pacientes, asseguram que o sistema é integrado e que estão, efetivamente, sendo cuidados por um sistema em redes:

***Condições Traçadoras** – aspectos da evolução clínica de determinadas patologias que requerem adensamento tecnológico, tanto para o diagnóstico como para o tratamento. Elaborado pelos autores deste livro.

- ▶ não precisar se submeter a repetições inúteis de exames;
- ▶ não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos;
- ▶ não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior);
- ▶ dispor de 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária;
- ▶ receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e sobre os resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas;
- ▶ ter acesso fácil (por exemplo, telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais;
- ▶ dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção;
- ▶ ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos; e
- ▶ receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia.

Certamente, os critérios listados podem tanto servir como guia para o diagnóstico de situação da estrutura dos sistemas de serviços de saúde como para nortear as propostas de organização de serviços, compondo a imagem-objetivo, o ideal que buscamos alcançar.

Complementando.....

Para aprofundar o debate sobre a avaliação de sistemas de saúde em rede, você pode ler o texto a seguir:

- 📌 *Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros – de Zulmira Maria de Araújo Hartz e André-Pierre Contandriopoulos (2004).*

Resumindo



Nesta Unidade, detalhamos a discussão sobre o momento do diagnóstico no planejamento em saúde, iniciada na Unidade3. Para tal, enfatizamos algumas características inerentes ao processo de impacto nas propostas de ação que surgem a partir dele. Chamamos atenção para o fato de que a complexidade do objeto (saúde pública), com seus múltiplos condicionantes ou determinantes, faz com que a tarefa diagnóstica de identificar e selecionar problemas não seja simples, pois pressupõe a explicitação desses condicionantes ou determinantes ao mesmo tempo em que é preciso avaliar a real capacidade de intervenção sobre eles.

Para o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de saúde utilizamos dois grandes grupos de indicadores relacionados ao tema: os epidemiológicos e os de serviços, que compõem o tema central de trabalho desta Unidade, enfatizando o âmbito da análise da utilização dos recursos para a atenção à saúde.

O aprofundamento do diagnóstico, por meio da estruturação de redes de causalidade, para a elaboração das propostas de ação será objeto de trabalho de nossa próxima Unidade.



Atividades de aprendizagem

Confira se você teve bom entendimento do que tratamos nesta Unidade, realizando as atividades propostas a seguir. Se precisar de auxílio, não hesite em conversar com seu tutor.

1. Considerando a clássica definição de Donabedian (1980) acerca das possíveis abordagens para a avaliação de serviços: estrutura, processo e resultado, em um serviço ambulatorial, liste os elementos que você consideraria como representativos para a estrutura, para o processo e para os resultados (listar pelo menos dois elementos de cada abordagem).
2. Considere o texto *Parâmetros técnicos para a programação de ações de detecção precoce do câncer de mama: Recomendações a gestores estaduais e municipais*, elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA)/Ministério da Saúde, que você utilizou na atividade 3 da Unidade 2 e responda: se você fizesse parte de uma equipe responsável por implantar essa linha de cuidado em uma dada região, que informações você buscaria para iniciar seu trabalho?
3. Acesse o *site* do PRO-ADESS, selecione uma dimensão a ser avaliada e liste uma série de três indicadores para avaliá-la e justifique sua escolha.
4. Releia com atenção as notícias a seguir.

Notícia 1: Saúde, a faceta mais cruel da crise

[...] O Pronto Socorro é o único hospital de urgência e emergência de todo o estado, onde 92% da população não têm plano de saúde e depende de atendimento público.

Com apenas 149 leitos, o hospital constantemente tem taxa de ocupação de 150% [...]. O quadro é agravado pela precariedade da rede básica de saúde. Com isso, o Pronto Socorro, unidade especializada em trauma, recebe pacientes com todos os problemas imagináveis.[...] A maioria dos pacientes, que estão hoje espalhados pelos corredores não deveriam estar aqui, mas não podemos deixar de atender – diz o diretor. (JORNAL O GLOBO, 28/01/ 2007).

Notícia 2:

[...] Na emergência do maior hospital da cidade, são muitos os pacientes de outros municípios. E eles vêm à procura de atendimento básico: “Estava com infecção no dente. Não tinha recurso onde moro, fui pro posto e me encaminharam pra cá”, diz um deles. “Onde moramos, tem o hospital que é pago e o que não paga. No público, eles não quiseram receber, ele tinha que vir pra cá”, fala a acompanhante de outro paciente. Todo brasileiro tem direito à saúde pública, independentemente do endereço. Mas o secretário de saúde da cidade reclama que não tem recursos para atender a tanto doente de fora: “Nós investimos aqui na Secretaria de Saúde, mas a metade do dinheiro é gasto para atender gente de fora mesmo. Se nós não tivéssemos essa gente de fora, nosso sistema seria inteiramente aliviado, tranquilo”. (REDE GLOBO, REPORTAGEM ESPECIAL, 16/03/2006).

Agora, digamos que você faz parte da equipe de planejamento do sistema de saúde de um dos locais onde estão situados esses hospitais (você escolhe o local) e vai começar a fazer o diagnóstico de situação. Considerando o que você aprendeu nesta Unidade, que dimensões você consideraria para a realização do diagnóstico e que informações você buscaria para analisá-las?

UNIDADE 5

IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E DEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Compreender a importância da identificação precisa do problema, a fim de eleger as prioridades para intervenção;
- ▶ Identificar a inter-relação entre as causas e a elaboração de intervenção; e
- ▶ Compreender os processos estudados que integram o processo de programação.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Estamos chegando ao final de nossa pequena viagem pela *Gestão dos Sistemas e Serviços de Saúde*. Esperamos que você tenha aproveitado essa oportunidade para aprofundar seus conhecimentos e aperfeiçoar suas competências em gestão.

Nesta Unidade, vamos concluir a discussão que desenvolvemos ao longo das duas últimas Unidades sobre os fundamentos da organização de serviços por meio de redes de atenção à saúde, nas quais aprendemos a elaborar um diagnóstico da situação atual do sistema de saúde.

Vamos ainda discutir como, a partir do diagnóstico elaborado, caminhar para o modelo desejado ou para nossa imagem-objetivo, ou seja, como definir estratégias de planos de ação. Para tanto, reveja suas anotações e reflexões acerca das duas últimas Unidades e procure fazer as relações possíveis.

A partir desse ponto, você está apto a pensar os sistemas de saúde em sua totalidade, a avaliá-lo e a elaborar novas estratégias para aperfeiçoá-lo. Então, vamos retomar a leitura?

Bons estudos!

Revendo o que apresentamos ao longo deste livro-texto, você se lembra que na Unidade 3 definimos o processo de planejamento como o processo pelo qual determinamos os caminhos a serem percorridos para alcançarmos a situação que desejamos?

Portanto, todo o processo de planejamento é informado por uma determinada situação que se quer alcançar – a imagem-objetivo – e, em linhas gerais, consiste em:

- ▶ identificar problemas – atuais e futuros;
- ▶ identificar os fatores que contribuem para a situação observada;
- ▶ identificar e definir prioridades de intervenção para implementar soluções;
- ▶ definir estratégias/cursos de ação que possam ser seguidos para solucionar os problemas;
- ▶ definir os responsáveis pelo desenvolvimento dessas ações; e
- ▶ definir os procedimentos de avaliação que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se o que foi proposto realmente está adequado aos objetivos, e se os resultados são os esperados.

Ao longo das Unidades 3 e 4 definimos nossa imagem-objetivo para a organização de serviços e ações de saúde, discutindo porque a estratégia de organização de redes assistenciais é central para o cumprimento dos princípios estabelecidos para o SUS – universalidade, equidade e integralidade da atenção.

Com essa imagem-objetivo em mente, na Unidade 4 discutimos também o processo diagnóstico em suas várias dimensões. E, certamente, ao finalizar essa Unidade pensando no diagnóstico que você realizaria em seu território/ambiente de trabalho, você imaginou (de forma correta, aliás) que se veria rodeado por uma gama enorme de problemas relacionados a diferentes dimensões e fruto de variadas causas.

Ao mesmo tempo, precisamos lembrar que é central que o plano a ser elaborado não represente apenas uma listagem de problemas e uma declaração de que esses problemas “não deveriam existir” ou que “devem ser solucionados”. Como você aprendeu na Unidade 3, os objetivos que queremos alcançar e as estratégias de intervenção definidas para que os alcancemos devem ser factíveis (do ponto de vista técnico) e viáveis (do ponto de vista político). Logo, quando não há condições técnicas ou políticas para que

determinadas propostas consideradas essenciais sejam implementadas, o plano deve então contemplar estratégias para que sejam criadas essas condições no futuro – ou a proposta deve ser abandonada por ser “infactível” e “inviável”.

Nesse sentido, para que o plano não se torne “infactível” ou “inviável”, duas questões são essenciais à orientação do processo de definição de prioridades e de elaboração de estratégias de intervenção para enfrentarmos as prioridades selecionadas: primeiro, para que esse processo de intervenção seja possível, precisamos eleger problemas sobre os quais possamos intervir, ou seja, que estejam no âmbito da capacidade de decisão de quem planeja; segundo, para que o plano resultante possa efetivamente ser um instrumento de mudança para o cumprimento dos objetivos propostos, não é suficiente que trabalhemos a partir apenas da descrição de determinada situação ou da identificação de problemas. Na realidade, o que pode nos orientar na eleição de estratégias de intervenção é a busca das causas ou fatores que condicionam a realidade observada.

Por isso, nesta Unidade, veremos algumas das questões que cercam o processo de eleição de prioridades e o aprofundamento do diagnóstico em busca das “causas das causas”, pressupostos para a elaboração de propostas de intervenção/ação coerentes e consistentes.

Ao final da Unidade reapresentaremos, também, com maior detalhamento, os passos a serem seguidos no processo de programação que você conheceu na Unidade 3 e que nos permite traduzir objetivos e estratégias de intervenção em planos de ação.

IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E ELEIÇÃO DE PRIORIDADES

Vimos que o processo de planejamento é iniciado pela identificação dos problemas – atuais e futuros – bem como dos fatores que contribuem para a situação observada. A partir dessa identificação, são definidas as estratégias de intervenção para alcançar as mudanças consideradas necessárias. Logo, o processo de planejamento tem início com a identificação das condições que devem ser mudadas, ou seja, o diagnóstico da situação.

No entanto, para que o diagnóstico possa resultar em um plano que cumpra efetivamente os objetivos propostos, não é suficiente que trabalhem apenas a partir da descrição de determinada situação ou da identificação de problemas. Na realidade, o que pode informar a eleição de estratégias de intervenção é a busca das causas ou fatores que condicionam a realidade observada.

A análise dos condicionantes da situação nos permite identificar em que âmbito é possível intervir de forma mais eficaz sobre as causas de um determinado problema, e não sobre suas manifestações superficiais. Para que isso seja possível, precisamos inicialmente que o problema seja bem delimitado e que sejam identificados alguns dos grupos de fatores que poderiam constituir as causas mais imediatas. A análise aprofundada desses fatores, como discutiremos na próxima seção, orientarão a nossa eleição de prioridades e a nossa elaboração de estratégias de intervenção.

No que concerne a identificação e a delimitação de problemas, tomemos o exemplo dos problemas de saúde, centrais ao processo de planejamento – afinal, o objetivo principal do planejamento em saúde é a saúde.

Ao trabalharmos com a mortalidade, muitas vezes o problema a ser identificado não fica claro. Frequentemente, os diagnósticos elaborados apresentam as causas de morte, em especial, a mortalidade proporcional, mas não é possível compreendermos em que medida o processo identificou esses óbitos como problemáticos.

A identificação de doenças cardiovasculares e de neoplasias como as principais causas de óbito, como ocorre em boa parte do território brasileiro e no País como um todo, não é um problema em si. Esse é o padrão observado em países que têm melhores condições de vida e de saúde – ao contrário da mortalidade por doenças infecciosas ligadas à pobreza – pois quanto mais as pessoas vivem, maior é a oportunidade de prevalência de doenças crônicas.

Assim, precisamos definir com clareza o problema. No caso das doenças crônicas, o problema pode ser expresso em taxas de mortalidade cardiovascular mais elevadas e/ou em óbito por doenças cerebrovasculares em idade muito mais precoce do que as observadas em países desenvolvidos (como é o caso brasileiro). Ou no caso das neoplasias, por um percentual elevado de pessoas que tem essa doença detectada apenas em estágio avançado, o que também acontece no caso brasileiro.

Uma maneira de identificarmos problemas nesse campo é por meio da utilização de indicadores para análise da mortalidade evitável, que pode ser avaliada para agravos ou grupos etários. No caso da **mortalidade infantil**, existem classificações bem estudadas das diversas causas de óbitos de acordo com o critério de evitabilidade, definindo por que tipo de estratégia de intervenção seria possível evitá-las em cada caso. Assim, além de ajudar na delimitação do problema, a análise da mortalidade evitável nos permite identificar as estratégias de intervenção que podemos utilizar.

Conheça a lista de causas de mortalidade infantil classificadas por critérios de evitabilidade, disponível em www.proadess.cict.fiocruz.br/pacto2.html.

**Saiba mais****Disability Adjusted Life of Years (DALY)**

Essa expressão em português significa Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade. O DALY mede os anos de vida perdidos seja por morte prematura, seja por incapacidade. Você encontrará, na seção Referências deste livro-texto, a indicação de um artigo da professora da ENSP, Joyce Schramm, que apresenta os resultados da aplicação da metodologia ao caso brasileiro. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

Outra abordagem que pode nos auxiliar na eleição de prioridades em saúde são os estudos de carga da doença que utilizam como indicador o [Disability Adjusted Life of Years \(DALY\)](#), para medir simultaneamente o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida.

Com relação a problemas identificados no campo da gestão, um elemento a ser considerado na seleção e na definição de um problema é que nem sempre o incremento de recursos (financeiros, humanos, equipamentos etc.) representa a única ou a melhor solução, pois, se assim fosse, a busca de problemas passaria obrigatoriamente pela ótica distorcida do quanto mais melhor.

Antes de pensarmos em investimentos em saúde, precisamos fazer algumas análises. Mas por onde podemos começar?

Se pensarmos em investir em saúde, precisamos primeiramente definir em que investir e, para tanto, é fundamental considerarmos o que existe atualmente e como está funcionando.

Assim, precisamos aprofundar o diagnóstico para que fique claro se as causas de problemas identificados na oferta e/ou no acesso a serviços de saúde são efetivamente derivados da carência de recursos ou de questões relacionadas à gestão dos recursos existentes. Uma política de investimentos proposta sem a identificação desses problemas será uma proposta de intervenção que não guarda coerência com os problemas reais no caso considerado e não será capaz de alcançar objetivos de mudança – se esses forem os objetivos, naturalmente.

A partir dessas duas considerações, podemos perceber que o aprofundamento do diagnóstico e a busca das causas nos orientarão

na eleição de prioridades e nas estratégias de intervenção. No entanto, é bom lembrarmos que não há diagnóstico neutro, mas que há tantos diagnósticos quantos forem os observadores. Um mesmo problema não é visto da mesma forma por todos os atores envolvidos. Às vezes, o que é problema para nós pode ser solução para outros – por exemplo, a falta de mecanismos de controle e avaliação de gastos.

A percepção de um problema é influenciada por diferentes fatores, entre os quais estão incluídas a inserção do observador no processo, suas expectativas e sua maior ou menor proximidade com o espaço das decisões.

Mesmo o tempo, por exemplo, pode ser percebido de diversas formas. Uma coisa é o tempo para quem espera ser atendido em um serviço de emergência, e outra bem diferente é a percepção desse mesmo tempo pela equipe de atendimento. Para quem espera, há urgência em resolver a situação, dada pela avaliação da gravidade/sofrimento/desconforto do paciente. Contudo, para a equipe, o que determina se o tempo de espera é adequado ou não é a avaliação por critérios técnicos da gravidade/urgência da situação, o conhecimento sobre os recursos disponíveis e a pressão exercida pela demanda total.

Assim, para estabelecermos as prioridades devemos levar em consideração a capacidade de intervenção de quem planeja, a partir da qual é possível a definição ou a delimitação do campo de intervenção possível em cada caso.

Ainda que em um plano proposto para um serviço de saúde se possa apontar que as condições de vida da população atendida são a causa de problemas de saúde, não haveria possibilidade de implementarmos ações apenas no âmbito da saúde que obtivessem impacto sobre esses determinantes. No entanto, o diagnóstico aprofundado nos permitiria propor intervenções focais que poderiam atuar sobre causas mais imediatas.

Finalmente, cabe destacarmos que a eleição de prioridades sempre será feita com base na relevância dada, desde a ótica de quem planeja até a resolução dos transtornos gerados pelo problema, estando incluídas nessa eleição as prioridades definidas politicamente pelas diversas instâncias de governo.

APROFUNDANDO O DIAGNÓSTICO: FORMULANDO HIPÓTESES E IDENTIFICANDO AS CAUSAS

Como vimos, a identificação de um possível problema surge a partir do diagnóstico. Uma vez diagnosticado um problema, sua explicitação deve ser feita de forma clara, completa e precisa para que o problema possa ser identificado de modo inequívoco.

Inicialmente, precisamos fazer uma primeira definição dos indicadores ou **descritores*** associados à medição do fato que está sendo considerado como potencial problema. Em particular, devemos escolher padrões ou parâmetros que permitam avaliar a dimensão do problema.

***Descritor** – equivalente aos indicadores no campo das ciências sociais, baseados principalmente em estudos qualitativos. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

O passo seguinte é identificarmos os fatores causais que geram o estado de coisas que desejamos mudar. Para que essas causas sejam conhecidas, precisamos aprofundar o diagnóstico realizado para cada problema selecionado, formulando hipóteses que explicariam as causas subjacentes e buscando respostas a novas perguntas acerca da situação.

E para que as propostas de solução tenham coerência e consistência em sua formulação, é necessário também aprofundarmos o estudo iniciado no diagnóstico no sentido de identificarmos os fatores que dão origem aos problemas selecionados para estabelecermos uma ordem entre eles.

Mas por que essa hierarquização entre os fatores? Qual a relevância dessa intervenção na resolução de um problema?

Essa hierarquização entre os fatores causais se dá a partir de critérios, ou seja, em função de sua relevância como causa do problema principal e das possibilidades de podermos intervir sobre eles. De pouco adiantaria, do ponto de vista da intervenção destinada a resolver um problema, saber que a causa prioritária está longe da gestão do sistema, unidade ou serviço de saúde e, portanto, independe da vontade daqueles que têm de conviver com a situação problemática.

Todo problema tem uma ou mais causas que devem ser identificadas para podermos minorar ou eliminar o seu impacto. Vamos entender por causa os fatores necessários e suficientes para que o fato, transformado em nosso problema, se produza.

As causas podem ser diretas ou indiretas. Diretas são as causas que estão no primeiro plano e são suficientes para a aparição do problema; as causas indiretas são aquelas que condicionam a existência do problema e de sua abrangência.

As causas podem relacionar-se com o problema de maneira conhecida ou desconhecida, simples ou complexa. Em geral, a existência de estudos anteriores nos permite identificar aqueles fatores que já se revelaram como importantes e, portanto, merecedores de atenção especial.

Na identificação das causas prováveis do problema é conveniente levarmos em consideração a existência de uma **teoria*** prévia, que permita identificar os elementos que conformam o problema e a relação causal entre si.

Acompanhe o exemplo descrito, a seguir, cujo problema identificado foi a falta de leitos na UTI de um determinado território. Para facilitar sua compreensão, vamos descrever passo a passo o procedimento seguido. Começaremos por identificar os conjuntos de dimensões selecionados como contendo as variáveis causais do problema. O procedimento escolhido, tabelas de efeito-causa, nos permitirá a aproximação às causas mais básicas até onde alcança nosso poder de intervenção.

Basicamente, o procedimento é uma interação (repetição) que parte do efeito para listar as possíveis causas. Uma vez feito isso, as causas são consideradas como efeitos e passamos a

*Teoria – conjunto de proposições que pretendem explicar uma determinada situação, ainda que essas proposições não tenham sido submetidas à verificação lógica ou experimental. Fonte: Elaborado pelos autores deste livro.

identificar suas possíveis causas até que essa especificação chegue a um ponto em que não temos mais poder de intervenção. Vejamos, a seguir, como seria esse processo para o problema de **falta de leitos de UTI neonatal**

1º passo

Organizar as categorias ou dimensões causais do problema, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1: Grandes categorias ou dimensões causais do problema

EFEITO A SER ALTERADO	GRANDES GRUPOS OU DIMENSÕES CAUSAIS
Falta de leitos de UTI neonatal	Populacionais
	Recursos humanos
	Recursos tecnológicos
	Recursos financeiros

Fonte: Elaborada pelos autores deste livro

2º passo

Fazer a verificação da pertinência das grandes dimensões escolhidas, ou seja, detalhar as causas que foram englobadas em cada uma dessas categorias e definir uma cadeia de causalidade. Como exemplo, vamos desenvolver a dimensão populacional.

Em primeira aproximação, podemos considerar o aumento da incidência do agravo gerando o aumento da demanda por leitos, superando a oferta existente. Nesse momento, listamos as causas mais imediatas que poderiam estar causando o problema, tal como mostramos na Tabela 2.

Tabela 2: Primeira causa populacional e as causas que a determinam de forma mais imediata

EFEITO	CAUSAS IMEDIATAS MAIS PROVÁVEIS
Demanda maior do que a oferta de leitos.	Aumento do número de recém-nascidos com patologias que demandam internação.

Fonte: Elaborada pelos autores deste livro

Agora, o processo segue tal como foi descrito acima. Nesse passo buscamos identificar as hipóteses que podem justificar a falta de leitos; para tanto, no nosso exemplo, começamos a enumerar as causas mais prováveis, desde a populacional, para essa carência.

A listagem de causas pode surgir da nossa experiência, da assessoria de especialistas, de procedimentos de consulta à bibliografia, de entrevistas com informantes-chave ou por outros procedimentos que nos permitam uma aproximação às possíveis causas, como podemos ver na Tabela 3.

Tabela 3: Segundo nível de causas

EFEITO	CAUSAS MAIS PROVÁVEIS
Aumento do número de recém-nascidos com patologias que demandam internação.	Aumento da população mantendo a taxa de recém-nascidos com patologia estável.
	Aumento da taxa de recém-nascidos com patologia, com população estável ou com lento crescimento.
	Diminuição da oferta de leitos em estabelecimentos da área de influência do serviço em estudo.
	Alteração nas normas de internação de recém-nascidos com patologia, aumentando a taxa de internação desse tipo de clientela.

Fonte: Elaborada pelos autores deste livro

3º passo

Antes de seguirmos, é aconselhável verificarmos qual ou quais hipóteses causais estão mais próximas ao caso em estudo. É oportuno lembrarmos que várias causas podem determinar o efeito observado e que o trabalho de aprofundamento do diagnóstico que estamos desenvolvendo deve ser reiterado com todas as dimensões.

Nesse exemplo, a verificação da hipótese do aumento da população na área de cobertura poderia ser feita usando fontes secundárias, como alguns estudos populacionais que possam ter sido realizados recentemente na área de cobertura do serviço, como o do IBGE, entre outros.

A verificação da hipótese relacionada ao aumento da demanda por diminuição da oferta de leitos em outros serviços, gerando maior demanda para as unidades em estudo, pode ser feita, por exemplo, a partir da análise do local de residência dos pacientes internados nas UTIs.

Nesse sentido, podemos analisar o local de residência dos pacientes em três momentos: o atual, três anos e seis anos anteriores (para o mesmo mês do ano), e analisarmos se aparece alguma mudança perceptível no padrão de local de residência.

Ainda que esse procedimento possa não ser muito preciso, nesse momento estamos procurando indicações, ainda que não sejam muito refinadas, de possíveis mudanças. Também poderíamos colher informação acerca do volume e do local de residência daqueles que foram rejeitados para a internação, se essa informação estivesse disponível.

Para seguir desenvolvendo o exemplo, vamos supor que da nossa investigação preliminar surgiram como principais causas as que aparecem na Tabela 4.

Tabela 4: Níveis de causas que provocam os efeitos mencionados

EFEITO	CAUSAS DE SEGUNDO NÍVEL	CAUSAS DE TERCEIRO NÍVEL
Diminuição da oferta de leitos em estabelecimentos da área de influência do território/serviços em estudo.	Política de manutenção de equipamentos inadequada.	Falta de profissionais com preparação adequada.
		Inadequada política de licitações.
		Falta de planejamento para o reparo preventivo e a substituição de equipamentos por obsolescência.
	Saída de pessoal especializado sem possibilidade de incorporação de novos profissionais.	
	Leitos desabilitados por falta de recursos financeiros para sua manutenção e/ou recuperação.	

Fonte: Elaborada pelos autores deste livro

Como você pôde observar na Tabela 4, nós especificamos as causas que estão por trás dos eventos observados, segundo uma hierarquia que vai das mais próximas (causas de segundo nível) até as mais longínquas (causas de terceiro nível). Esse processo pode ser continuar até a identificação de outros níveis de causas, considerando para a eleição de estratégias de intervenção apenas aquelas sobre as quais quem planeja tem o poder de intervenção.

A partir desse processo, podemos formular hipóteses e identificar causas subjacentes, subsidiando o processo de elaboração de estratégias de intervenção.

ELABORANDO ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

As estratégias de intervenção são os caminhos pelos quais propomos o enfrentamento dos problemas identificados, de modo a alcançarmos os objetivos definidos.

O nosso aprofundamento do diagnóstico, em busca das causas que condicionam a existência dos problemas, é o que permite que as estratégias de intervenção elaboradas tenham coerência com os condicionantes da situação a ser mudada e que possuam consistência em sua formulação.

As estratégias de intervenção podem – e devem – ser múltiplas, dirigidas às várias causas imediatas e/ou subjacentes dos vários problemas identificados, de acordo com o âmbito de intervenção de quem planeja.

Como vimos, uma questão fundamental é que as estratégias definidas somente têm a possibilidade de serem realmente eficazes se guardam coerência com os problemas identificados. Quanto maior for o aprofundamento da análise das causas subjacentes, melhor poderemos definir os caminhos para o enfrentamento dos problemas identificados.

Utilizando novamente o exemplo da mortalidade infantil, deve ter ficado claro para você que, se a alta mortalidade infantil foi definida como um problema, é necessário aprofundarmos o

diagnóstico e analisarmos em detalhes suas causas. Se boa parte dos óbitos for devida a causas relacionadas à assistência ao parto, a proposta de aumentar o número de consultas de pré-natal, quase sempre a primeira estratégia sugerida, não será capaz de obter o impacto desejado.

É sempre bom lembrarmos que, assim como os problemas escolhidos devem estar no âmbito de ação de quem planeja, também as estratégias de intervenção devem ser factíveis e viáveis.

Nesse sentido, de acordo com a abordagem estratégica, devemos considerar basicamente três tipos de restrições:

- ▶ quanto ao poder político;
- ▶ quanto aos recursos econômicos; e
- ▶ quanto à capacidade organizativa e institucional.

A identificação do espaço de restrição, por sua vez, é importante para que possamos construir a factibilidade e a viabilidade do plano, ajustando as propostas nesse sentido.

TRADUZINDO AS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO EM PLANOS DE AÇÃO

É a partir da definição dos caminhos que poderemos realizar a programação das ações, parte indissociável do processo de planejamento, constituindo a instrumentalização prática de um arcabouço teórico que nos permite conferir ao planejamento sentido e conteúdo, a partir do pressuposto de que sem a programação as proposições tendem a ser caracterizadas apenas como declarações de intenções.

Esse é o momento tático e operacional do processo de planejamento, momento em que toda a análise acumulada é convertida em ação; portanto, é o que dá sentido aos momentos anteriores porque conecta-se com a realidade.

Para desenvolvê-lo adequadamente, devemos cumprir alguns passos nos quais as estratégias de intervenção, destinadas a atingir os objetivos propostos, devem ser traduzidas em metas (objetivos quantificados) e atividades/ações a serem implementadas.

Vamos, agora, detalhar o processo de definição de objetivos a partir dos problemas selecionados e da tradução das estratégias em planos de ação.

Como já foi referido na Unidade 3, precisamos definir com precisão o (s) objetivo (s) de saúde que pretendemos atingir.

Primeiramente, precisamos definir os objetivos de saúde a atingir, porque planejamento em saúde trata de saúde, os problemas relacionados à gestão de recursos – inclusive os financeiros – são apenas meios (ainda que enormemente relevantes) para atingir aqueles objetivos.

Isso não quer dizer que não serão estabelecidas estratégias de intervenção e definidos objetivos e metas direcionados à gestão de recursos, à organização de serviços e/ou ao aumento da eficiência ao nível de sistemas, redes e serviços.

O que queremos enfatizar é que essas estratégias, objetivos e metas dirigidos à gestão não podem perder de vista os objetivos finais em saúde, sejam eles a alteração nas condições de saúde, o aumento do acesso a ações e serviços, a garantia da integralidade do cuidado ou a melhoria da qualidade da atenção.

O segundo passo é estabelecermos as metas necessárias para atingirmos aqueles objetivos, ou seja, precisamos traduzir os objetivos definidos, quantificando-os por meio de metas que possam ser atingidas. O que está em jogo é a capacidade de conduzir, orientar e alterar cada passo do dia a dia, no sentido de nos aproximarmos do objetivo final; portanto, ressaltamos que as metas ou objetivos quantificados devem ser exequíveis.

Isso implica dizer que para defini-las temos de avaliar a real disponibilidade de **recursos críticos** para a implementação do plano. O objetivo dessa análise é garantir a factibilidade daquelas metas estabelecidas.

Feito isso, é hora de definirmos as ações necessárias ao cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos. Nesse momento do processo, buscamos estabelecer a melhor articulação dos meios para atingirmos os fins definidos. Para a abordagem dos problemas de saúde, precisamos identificar os processos de cuidado pertinentes e sua organização em linha (s) de cuidado mais custo-efetiva (s) em cada caso para posteriormente ordenarmos as atividades segundo os níveis de complexidade/densidade tecnológica da rede de serviços.

Esse é, por excelência, o espaço de discussão dos protocolos clínicos, da medicina baseada em evidências e dos comitês de *experts*.

O terceiro passo é aplicarmos normas para o cálculo de necessidade dos **recursos críticos** que compõem a linha de cuidado definida para cumprir as metas e objetivos estabelecidos. Como vimos na Unidade 3, não há possibilidade de calcularmos a necessidade de recursos sem utilizarmos normas ou parâmetros de referência. O problema é que, muitas vezes, os consolidados de

normas técnicas decorrem apenas de estudos da oferta de serviços, desconsiderando a necessidade e/ou a demanda dos usuários por serviços de saúde.

Portanto, para atingirmos objetivos de saúde, identificando as linhas de cuidado mais custo-efetivas em relação aos problemas de saúde prioritários, necessitaremos de um tratamento criterioso quanto à aplicação dos parâmetros de referência.

O quarto passo é fazermos o balanço entre o rol de recursos críticos necessários e os que dispomos (capacidade instalada). Para a realização desse balanço, consideramos as estratégias que foram desenhadas com base no diagnóstico administrativo realizado e que têm por objetivo adequar os recursos existentes – seja por meio de investimentos em sua capacidade de operação, seja por meio de propostas que busquem incrementar o rendimento dos recursos humanos. Como vimos, apenas após considerarmos essa adequação será possível avaliarmos a necessidade de novos investimentos.

O resultado dessa análise (superávit ou déficit de recursos) nos permite (re) orientar as estratégias de ação necessárias ao cumprimento dos objetivos e das metas propostos.

A pergunta-chave é: como construir viabilidade para meu desenho normativo?

Como vimos, precisamos contemplar três tipos de restrições: de poder, de recurso econômico e de capacidade organizativa e institucional. A ideia é trabalharmos com o binômio “construção de viabilidade versus ajuste/restrrição do desenho normativo”, de modo a torná-lo viável.

O próximo passo é estabelecermos formas de acompanhar/monitorar as ações e definirmos os responsáveis pela sua implementação.

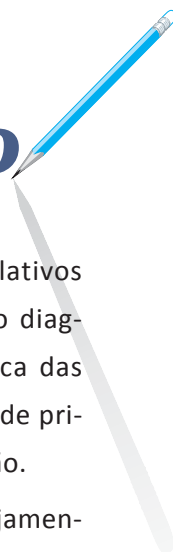
Planejamento e avaliação são processos inter-relacionados. Quando falamos de planejamento, necessariamente estamos falando de avaliação.

Na prática, o que vemos frequentemente é a avaliação ser tratada como última etapa do planejamento. O problema é que, após um insucesso, o que menos nos interessa é identificar as falhas e, nesse caso, a avaliação perde sua finalidade teórica e passa a ser caracterizada como um “tratado” de justificativas para explicar erros que não podemos mais corrigir.

A avaliação deve servir como subsídio à gestão e englobar uma série de aspectos/dimensões para que possamos apoiar a tomada de decisão. Matus (1978) resumia essa questão com a seguinte situação: imagine que uma pessoa que dirige um automóvel precise estar atenta, simultaneamente, ao que existe a quinze metros de distância (futuro), ao que está imediatamente à sua frente (presente), aos espelhos retrovisores (passado), além de precisar monitorar permanentemente os sinalizadores de desempenho do veículo.

Sendo assim, fica claro que a seleção de variáveis para a avaliação das ações deve atender a objetivos precisos em relação ao bom andamento do plano de ação, pois tudo pode mudar se quem avalia tem claro aquilo que precisa saber.

Resumindo



Nesta Unidade, apresentamos os conceitos relativos à identificação/delimitação de problemas a partir do diagnóstico, ao aprofundamento diagnóstico para a busca das causas subjacentes e de sua correlação com a eleição de prioridades e a elaboração de estratégias de intervenção.

Vimos também os conceitos relativos ao planejamento e à programação, apresentados inicialmente na Unidade 3, e discutimos a maneira como os processos estudados nesta Unidade integram o processo de programação.



Atividades de aprendizagem

Chegamos ao final deste livro-texto. Vamos verificar como está seu entendimento sobre os assuntos abordados? Para tanto, resolva as atividades a seguir e, em caso de dúvida, não hesite em perguntar ao seu tutor.

1. Leia atentamente o texto *Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura* – de Sônia Lansky, Elisabeth França e Maria do Carmo Leal, disponível no AVEA, e considere de que maneira essa abordagem permitiria a você definir prioridades e estratégias de intervenção.
2. Com base na sua experiência, substitua os espaços em branco na Tabela 4 formulando hipóteses para possíveis causas de segundo nível e para as causas de terceiro nível listadas.
3. Com base na Tabela 4 que você completou no exercício 2, considere a causa de segundo nível “política de manutenção de equipamentos inadequada” e as causas de terceiro nível listadas, como a falta de profissionais com preparação adequada; a inadequada política de licitações; a falta de planejamento para o reparo preventivo e a substituição de equipamentos por obsolescência e proponha estratégias de intervenção para cada uma delas.
4. Releia com cuidado as notícias trabalhadas nas Atividades de aprendizagem das Unidades 3 e 4:

Notícia 1: Saúde, a faceta mais cruel da crise

[...] O Pronto Socorro é o único hospital de urgência e emergência de todo o estado, onde 92% da população não têm plano de saúde e depende de atendimento público. Com apenas 149 leitos, o hospital constantemente tem

taxa de ocupação de 150% [...] O quadro é agravado pela precariedade da rede básica de saúde. Com isso, o Pronto Socorro, unidade especializada em trauma, recebe pacientes com todos os problemas imagináveis. [...] A maioria dos pacientes, que estão hoje espalhados pelos corredores não deveriam estar aqui, mas não podemos deixar de atender – diz o diretor. (JORNAL O GLOBO, 28/01/2007).

Notícia 2:

[...] Na emergência do maior hospital da cidade, são muitos os pacientes de outros municípios. E eles vêm à procura de atendimento básico: “Estava com infecção no dente. Não tinha recurso onde moro, fui pro posto e me encaminharam pra cá”, diz um deles. “Onde moramos, tem o hospital que é pago e o que não paga. No público, eles não quiseram receber, ele tinha que vir pra cá”, fala a acompanhante de outro paciente. Todo brasileiro tem direito à saúde pública, independentemente do endereço. Mas o secretário de saúde da cidade reclama que não tem recursos para atender a tanto doente de fora. “Nós investimos aqui na Secretaria de Saúde, mas a metade do dinheiro é gasto para atender gente de fora mesmo. Se nós não tivéssemos essa gente de fora, nosso sistema seria inteiramente aliviado, tranquilo”. (REDE GLOBO, REPORTAGEM ESPECIAL, 16/03/2006).

Você, como parte da equipe de planejamento do sistema de saúde de um desses locais, na Unidade 4 definiu as dimensões que consideraria para a elaboração do diagnóstico e as informações que buscaria para sua análise.

Agora, para o caso que você escolheu, destaque um problema que você considera central e construa as tabelas de detalhamento das causas utilizando o processo que você viu nesta Unidade, apontando pelo menos as causas de segundo nível. Para cada causa de segundo nível que você selecionar, aponte possíveis propostas de intervenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegamos ao final desta disciplina, na qual trabalhamos assuntos relacionados ao desenho e à organização de redes de ações e serviços de saúde e ao planejamento e programação regionais.

Esperamos que, a partir desse ponto, você seja capaz de compreender a atual configuração do sistema de saúde brasileiro e de contribuir para a definição de estratégias de intervenção eficazes e para a elaboração de planos de ação que visem à produção de um modelo de sistema de saúde que atenda às necessidades da população.

Ficamos por aqui, foi um prazer acompanhá-lo nessa viagem.

Professores Rosana Chigres Kuschnir, Adolfo Horácio Chorny e Anilka Medeiros Lima e Lira.

Referências



ALMEIDA, Célia Maria de. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

BARRENECHEA, Juan José; TRUJILLO URIBE, Emiro. *Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín: Universidad de Antioquia/OPS/OMS, 1987.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil (1988)*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 423, de 24 de junho de 2002. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 9 jul. 2002. Seção 1, p. 74.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CALDEIRA, Antônio P.; FRANÇA, Elizabeth; GOULART, Eugênio. M. A. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. In: *Jornal de Pediatria*, São Paulo, v. 77, n. 6, p. 461-468, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo Duarte (Org.). *Planejamento sem normas*. São Paulo: Hucitec, 1989.

_____; CHAKOUR, Maurício; SANTOS, Rogério de Carvalho. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao SUS. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, jan./mar. 1997.

CEGALLA, Domingos Paschoal. *Dicionário de dificuldades da língua portuguesa*: edição de bolso. Rio de Janeiro: Lexikon; Porto Alegre: L&PM, 2008.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD.
Formulación de políticas de salud. Santiago: OPS, 1975.

CHORNY, Adolfo Horacio. El enfoque estratégico para el desarrollo de recursos humanos. In: *Revista Educación Médica y Salud*, v. 24, n. 1, p. 27-51, ene./mar. 1990.

_____. Planificación en salud: viejas ideas en nuevos ropajes.
In: *Cuadernos Médicos y Sociales*, Rosário, v. 73, p. 23-44, 1993.

_____. *Gerencia estratégica de servicios de salud*. Rosário: Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1996.

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). *Resolução CFM n. 1451, de 10 de março de 1995*. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm>. Acesso em: 11 jul. 2008.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos social e saúde? In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 199-204, jan./mar. 1988.

DONABEDIAN, Avedis. *Explorations in quality assessment and monitoring*: v. 1 – The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

EDWARDS, N. Clinical networks. In: *British Medical Journal*, v. 324, p. 63-65, 2002.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen: [s.n], 2000.

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEMS. Health care systems in transition: United Kingdom. Copenhagen: [s.n], 1999.

GIOVANELLA, Ligia. Planejamento estratégico em saúde: uma discussão da abordagem de Mário Testa. In: *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 129-153, abr./jun. 1990.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo et al. Mortalidade infantil “evitável” em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 310-318, ago. 1996.

_____. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

_____.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. In: *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. S331-S336, 2004. Suplemento 2.

KLEIN, Rudolf. *The new politics of the NHS: from creation to reinvention*. Oxford: Radcliffe Publishing, 2006.

LACOMBE, Francisco José Masset. *Dicionário de Administração*. São Paulo: Saraiva, 2004.

LANSKY, Sônia; FRANÇA, Elizabeth; LEAL, Maria do Carmo. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. In: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 6, p. 759-772, dez. 2002.

LEATT, Peggy; PINK, George H.; GUERRIERE, Michael. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. In: *Healthcare Papers*, v. 1, p. 13-55, 2000.

MALTA, Deborah Carvalho; DUARTE, Elisabeth Carmen. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 765-776, maio/jun. 2007.

MATTOS, Ruben Araujo de. *A teoria da programação de saúde no método CENDES/OPAS*. 1988. 277 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO, 2001.

MATUS, Carlos. *Estrategia y plan*. 2. ed. México: Siglo XXI, 1978.

_____. *Política, planejamento e governo*. Brasília: IPEA, 1993.

OPAS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Programación de la Salud: problemas conceptuales y metodológicos*. Washington, D.C., 1965. (Publicación Científica, 111).

PRO-ADESS – PROJETO DE METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO. *Metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro*. Disponível em: <<http://www.proadess.cict.fiocruz.br>>. Acesso em: 5 jul. 2010.

RICO, Ana; SALTMAN, Richard B.; BOERMA, Wienke. *Primary health care in the driver's seat: Organizational reform in European primary care*. Oxford: Oxford University Press, 2005.

RIVERA, Francisco Javier Uribe. *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989.

SALTMAN, Richard B.; FIGUERAS, Joseph (Ed.). *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1997.

_____. Analyzing the evidence on European Health Care Reforms. In: *Health Affairs*, v. 17, n. 2, p. 85-108, 1998.

_____. SAKELLARIDES, Constantino (Ed.). *Critical challenges for health care reform in Europe*. London: Open University Press, 1998.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. 2004.

TAVEIRA, Maura. *A utilização de indicadores nos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: UNB, 1998. (Versão revista e atualizada do capítulo 9 do livro Planejamento da Atenção à Saúde).

TESTA, Mario. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

_____. *Pensamento estratégico e lógica da programação*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

UGÁ, Maria Alicia; NORONHA, José Carvalho de. O sistema de saúde dos Estados Unidos. In: BUSS, Paulo Marchiori; LABRA, Maria Eliana (Org.). *Sistemas de saúde: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção social: introduzindo o debate. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo Margeon; IBÁÑEZ, Nelson (Org.). *Proteção social, dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. *Em torno dos conceitos de política social: notas introdutórias*. Rio de Janeiro: [s.n], 2002. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>>. Acesso em: 10 de jul. 2010.

_____. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, P. E. M.; IBÁÑEZ, N. (Org.). *Proteção social, dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VON DER SCHULENBURG, J. Matthias Graf. Forming and reforming the market for third-party purchasing of health care: a German perspective. In: *Social Science Medicine*, v. 39, n. 10, p. 1473-1481, 1994.

WEBSTER, Charles. *The national health service: a political history*. Oxford: Oxford University Press, 2002.

WHITE, Kerr L. et al. *Health services – concepts and information for national planning and management: experiences based on the WHO/ International Collaborative Study of Medical Care Utilization*. Genebra: World Health Organization, 1977.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report: Health Systems – Improving Performance*. Genebra: World Health Organization, 2000.

_____. *European Observatory on Health Systems and Policies*. Genebra: World Health Organization, 2007.

MINICURRÍCULO

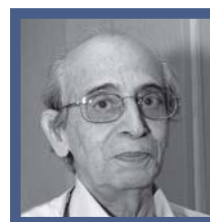
Rosana Chigres Kuschnir

Bacharel em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1978), mestre em Gestão de Serviços de Saúde – Health Services Management Centre, Universidade de Birmingham, Inglaterra (1992) e doutora em Planejamento e Políticas de Saúde pelo Instituto de Medicina Social Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (2004). Trabalha nas áreas de ensino, pesquisa e assessoria técnica/cooperação da Escola Nacional de Saúde Pública e coordena o Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Possui experiência nas áreas de: Planejamento, Programação e Gestão de Sistemas de Saúde e Organização de Serviços de Saúde e de Redes Assistenciais.



Adolfo Horácio Chorny

Bacharel em Administração de Empresas pela Universidade Estácio de Sá (1984). Atualmente é professor titular da Fundação Oswaldo Cruz. Possui experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde Pública.



Anilka Medeiros Lima e Lira

Bacharel e licenciada em Enfermagem pela Universidade Federal Fluminense (2005), mestranda em Saúde Pública ENSP/Fiocruz, na subárea Planejamento e Gestão de Sistemas de Saúde e especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde ENSP/Fiocruz (2007). Trabalha na área de Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Modelos de Atenção e Financiamento em Saúde, e possui experiência na área de Administração em Saúde e Assistência de Enfermagem.

