

# SAÚDE PARA TODOS: COMPROMISSO NACIONAL — IMPLICAÇÕES POLÍTICAS\*

ANTONIO JOSÉ GUERRA\*\*

AMÉLIA FERNANDEZ DE NARDELLI PINTO\*\*\*

ELISEO AQUILINO BARRON HIDALGO\*\*\*\*

JOSÉ LUIS CÓRDOVA TERREROS\*\*\*\*\*

ROBERTO ENRIQUE CUENCA FAJARDO\*\*\*\*\*

*1. Introdução; 2. Conferência de Alma/Ata; 3. A situação da saúde na América Latina; 4. Evolução histórica do processo de formulação de políticas; 5. Descrição de alguns modelos de formulação de políticas de saúde; 6. Modelo alternativo de formulação de políticas.*

## 1. Introdução

Considerando o estado de saúde da população da América Latina e a instabilidade política da grande maioria dos países, e tendo em vista o conteúdo das recomendações da Conferência de Alma/Ata, firmadas pelos representantes dos governos dos países-membros da OMS, de que os cuidados primários de saúde requerem um enérgico e constante compromisso político em todos os níveis de governo e a adoção de estratégias nacionais para traduzir as suas políticas, escolheu-se o tema Saúde para todos: compromisso nacional — implicações políticas.

Espera-se, através deste trabalho, contribuir para o esforço da OPS/OMS, de proporcionar “saúde para todos no ano 2000”, alterando os governos dos países da América Latina sobre a importância do compromisso assumido em Alma/Ata e a necessidade, cada dia mais premente, de implementar essa política. Advertimos, ao mesmo tempo, sobre as implicações relativas à formulação de políticas decorrentes desse compromisso.

O compromisso nacional deve ser traduzido em ações concretas para possibilitar o alcance da meta principal — *saúde para todos no ano 2000*. Essas ações terão, evidentemente, maior ou menor grau de prioridade, de acordo com as pe-

\* Trabalho apresentado ao I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. Orientação das Prof.<sup>as</sup> Susana Esther Badino e Sonia Maria Fleury Teixeira, do Proasa-EBAP-FGV. (Praia de Botafogo, 190 — s/527 — 22253 — Rio de Janeiro, RJ.)

\*\* Assessor da Secretaria de Ciência e Tecnologia, Secretaria-Geral do Ministério da Saúde. (Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 4.º and., 70000 — Brasília, DF.)

\*\*\* Coordenadora do Programa de Mestrado em Administração da Atenção Médica e de Hospitais — Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional Autónoma de México. (Ciudad Universitaria — México — 20, DF, México.)

\*\*\*\* Assistente de Dirección del Área Hospitalaria, Hospital San José, Ministerio de Salud. (Los Cisnes 260 — San Isidro — Lima, Peru.)

\*\*\*\*\* Supervisor del Programa Sectorial de Salud — Ministerio de Salud. (Área Hospitalaria n.º 8 — Chorrillos — Av. Nuayllas, 556 — Lima, Peru.)

\*\*\*\*\* Assessor para Formação de Assistentes Administrativos de Hospitais Locais no Projeto Central/Proadsa. (Departamento de Medicina Social — Universidad del Valle — Apartado Aéreo 2188 — Cali, Colômbia.)

culiaridades de cada país. As ações prioritárias identificadas são: extensão da cobertura dos serviços de saúde e melhoria do ambiente; organização e participação da comunidade; aperfeiçoamento dos mecanismos de articulação inter-setorial; desenvolvimento de pesquisas e tecnologias apropriadas, de recursos humanos e de insumos críticos; estabelecimento de sistemas nacionais de financiamento do setor saúde e reorientação da cooperação internacional.

## 2. Conferência de Alma Ata

### 2.1 Antecedentes

É inquestionável a legitimidade do *direito à saúde*. Torna-se indispensável, porém, a análise do significado dessa expressão e dos obstáculos que se erguem contra a concretização desse direito para se chegar à avaliação dos limites e possibilidades da proposta *saúde para todos*. Se conceituarmos como direito os serviços que produzem a saúde, verificaremos que o conceito é bem mais amplo que “direito à assistência médica”.

A redefinição da Medicina como prática social aparece no século XVIII não como cuidado médico, mas como normatividade da Medicina, através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e à interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida.

A medicina do estado, na Alemanha, a medicina do espaço urbano, na França, e a medicina da força de trabalho, na Inglaterra representam movimentos ideológicos que buscavam uma redefinição da ação estatal sobre as condições de vida das populações.

Foi dessa época a definição, por parte de Virchow,<sup>1</sup> dos seguintes princípios: “a saúde do povo é um objeto de inequívoca responsabilidade social”; “o Estado democrático deseja que todos os seus cidadãos gozem de um estado de bem-estar, pois reconhece que todos têm direitos iguais”; “o Estado deve fazer mais: deve assistir todos para que tenham as condições necessárias para gozar uma existência saudável.”

A incorporação do direito à saúde no discurso oficial somente vai-se consolidar, entretanto, com o advento do Estado de bem-estar social (*Welfare State*), com a nova fase do capitalismo monopolista. Segundo Benis, esse momento se caracteriza pelo reconhecimento de que as despesas de saúde fazem parte dos consumos necessários “à conservação e à renovação da força de trabalho”, porque a mão-de-obra se torna cada vez mais rara e, conseqüentemente, mais cara.

O desenvolvimento dos direitos sociais sob o capitalismo monopolista começou, assim, com a criação das instituições previdenciárias, reconhecendo a responsabilidade do Estado em relação à assistência médica, sobretudo a partir da crise econômica de 1929, quando se deu a ampliação do intervencionismo estatal na economia. O grande marco é, sem dúvida, a instituição do Plano Beveridge (1942), na Inglaterra, que coloca no âmbito da política oficial, a responsabilidade de garantir os direitos sociais elementares.

<sup>1</sup> Virchow, Rudolf. Die öffentliche gesundheitspflege medicinische reform. N. 5, 4 ago. 1848. p. 21-2. In: Rosen, George. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro, Graal, 1980. p. 81-2.

A preocupação dos organismos internacionais e dos governos dos países com o direito à saúde apresenta a seguinte evolução histórica:

- 1945 — a Carta das Nações Unidas reconheceu, em seu art. 62, que a saúde é um direito fundamental dos indivíduos;
- a I Conferência Internacional de Saúde instituiu a Organização Mundial de Saúde e reconheceu que “os governos são responsáveis pela saúde do povo, a qual somente pode ser alcançada mediante a adoção de adequadas medidas sociais e sanitárias”;
- a instituição da Lei Nacional de Saúde criou o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra;
- 1948 — a Declaração Universal dos Direitos Humanos reconheceu que “toda pessoa tem direito a um padrão de vida adequado para a saúde e o bem-estar de si mesmo e de sua família, incluindo assistência médica”;
- 1954 — no Brasil, a Lei n.º 2.312, de 3 de dezembro de 1954, estabeleceu que é dever do Estado, bem como da família, defender e proteger a saúde do indivíduo;
- 1961 — na reunião de Punta del Este os governos dos países assumiram o compromisso de planejar o setor como forma de impulsionar o desenvolvimento sócio-econômico;
- 1963 — a I Reunião Especial de Ministros da Saúde expressou a necessidade de definir uma política de saúde;
- 1968 — a II Reunião de Ministros declarou que o planejamento só tem sentido quando expresso por meio de uma política que não seja somente uma declaração de idéias;
- 1972 — a III Reunião de Ministros ressaltou a importância de que as políticas de saúde guardem estreita relação com a política global de desenvolvimento;
- 1977 — realização da IV Reunião de Ministros em Washington;
- Reunião do comitê de especialistas em cuidados primários de saúde na região africana — Brazzaville;
- Reunião conjunta OMS/Unicef para os países da região do Mediterrâneo Oriental — Alexandria;
- Conferência sobre cuidados primários de saúde para os países da região do Pacífico Ocidental — Manila;
- Reunião conjunta OMS/Unicef sobre cuidados primários de saúde na região da Ásia Sul e Oriental — Nova Déli;
- Conferência sobre cuidados primários de saúde em nações industrializadas — Nova Iorque;
- Congresso Internacional de Organizações não-Governamentais sobre cuidados primários de saúde — Canadá.

A conferência internacional sobre cuidados primários de saúde foi realizada em Alma/Ata, URSS, em setembro de 1978, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância, produzindo a declaração que a seguir analisaremos.

## 2.2 Filosofia e recomendações

A saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não unicamente como ausência de enfermidades, é um direito humano fundamental e o atingimento do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

O desenvolvimento econômico e social com base em uma nova ordem econômica internacional é de fundamental importância para a plena realização da meta *saúde para todos*. Os governos têm a responsabilidade pela saúde de seus povos, o que só pode ocorrer mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. A meta social de todos os governos é que todo cidadão alcance — até o ano 2000 — um nível de saúde que lhe permita levar uma vida social e economicamente produtiva, sendo a atenção primária a chave para que essa meta seja alcançada.

As recomendações da conferência de Alma Ata são transcritas a seguir:

- “Que os governos incorporem os cuidados primários de saúde aos seus planos nacionais de desenvolvimento e nesse âmbito os fortaleçam, dando ênfase especial a programas de desenvolvimento rural e urbano e à coordenação das atividades de saúde dos diferentes setores;
- que os governos incentivem e assegurem a plena participação da comunidade por meio da efetiva divulgação de informação pertinente, da crescente alfabetização e do desenvolvimento dos necessários instrumentos institucionais que possibilitem aos indivíduos, às famílias e às comunidades, assumir a responsabilidade por sua saúde e bem-estar;
- que os governos reforcem o apoio de sua administração geral aos cuidados primários de saúde e atividades afins, através da coordenação de diferentes ministérios e da atribuição de apropriada responsabilidade e autoridade aos níveis intermediário e comunitário, acompanhada da provisão de suficientes recursos humanos e materiais a esses níveis;
- que nas políticas e planos nacionais de saúde, sejam levados em inteira consideração os insumos de saúde de outros setores; que sejam adotadas medidas específicas e viáveis em todos os níveis — especialmente nos níveis intermediário e comunitário para a coordenação dos serviços de saúde com todas as demais atividades que contribuam para a promoção e os cuidados primários de saúde; e que as medidas de coordenação levem em conta o papel dos setores administrativo e financeiro;
- que os cuidados primários de saúde incluam pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e aos meios para sua prevenção e controle; promoção de distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada da água de boa qualidade e saneamento básico; cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; promoção de saúde mental; fornecimento de medicamentos essenciais;
- que, para que os cuidados primários de saúde sejam abrangentes, todas as atividades de desenvolvimento devem guardar inter-relação e equilíbrio entre si de modo a se concentrar nos problemas de maior prioridade, definidos de comum acordo pela comunidade e pelo sistema de saúde, e que as ações de saúde, que devem ser culturalmente aceitáveis, tecnicamente apropriadas, controláveis e devidamente escolhidas, sejam aplicadas em combinações que satisfaçam necessidades locais;

- que os governos promovam os cuidados primários de saúde e as atividades afins de desenvolvimento de modo a acentuar a capacidade e determinação para que o povo resolva seus próprios problemas. Isso requer uma estreita vinculação entre o pessoal dos cuidados primários de saúde e a comunidade, e que cada equipe seja responsável por uma área definida. Requer também a reorientação do sistema existente no sentido de assegurar que todos os níveis do sistema de saúde apóiem os cuidados primários, facilitando o encaminhamento de pacientes e a consulta quanto a problemas de saúde; proporcionando assistência na forma de supervisão e orientação, além de apoio logístico e suprimento; e melhorando a utilização de hospitais de encaminhamento de casos;
- que como parte da cobertura total das populações por meio de cuidados primários de saúde, seja atribuída alta prioridade às necessidades especiais de mulheres, crianças, populações que trabalham sob alto risco e os setores desprivilegiados da sociedade, e que, abrangendo todos os lares e locais de trabalho, sejam mantidas as necessárias atividades para identificar sistematicamente aqueles que estão submetidos aos mais altos riscos, proporcionando-lhes constantes serviços e eliminando os fatores que contribuem para a má saúde;
- que os governos atribuam alta prioridade à utilização integral de recursos humanos, definindo sua função técnica, suas qualificações de apoio e as atitudes requeridas de cada categoria de profissional de saúde, de acordo com as tarefas que devam ser desenvolvidas para assegurar a eficácia dos cuidados primários de saúde, e preparando equipes integradas por pessoal de saúde comunitária, outros agentes de desenvolvimento, pessoal intermediário, enfermeiras, parteiras, médicos e, onde aplicável, médicos e parteiras tradicionais;
- que os governos tomem a si ou apóiem a reorientação e o treinamento, em todos os níveis, do pessoal existente, e a revisão de programas de treinamento de novos agentes comunitários de saúde; que os profissionais de saúde, especialmente os médicos e enfermeiras, sejam social e tecnicamente treinados e motivados para servir a comunidade; que todas as formas de treinamento incluam atividades de campo; que os médicos e outros profissionais da saúde sejam exortados, ao início de suas carreiras, a trabalhar em áreas malservidas; e que se atente devidamente para a educação continuada, a supervisão de apoio, a preparação de instrutores de pessoal de saúde e o treinamento em saúde do pessoal de outros setores;
- que o pessoal de saúde de todos os níveis conte com incentivos relativamente proporcionais ao isolamento e às dificuldades das condições em que vive e trabalha;
- que os governos, as instituições de pesquisa e ensino, as organizações não-governamentais e, especialmente, as comunidades, desenvolvam tecnologias e métodos que contribuam para a saúde, tanto no sistema de saúde como nos serviços afins; que sejam cientificamente bem-fundamentados, ajustados às necessidades locais e aceitáveis para a comunidade; e que sejam mantidos pela própria população, em harmonia com o princípio de autoconfiança, a um custo que esteja ao alcance da comunidade e do país;
- que os governos assegurem a criação de eficientes serviços de natureza administrativa, assistencial e de manutenção, abrangendo todas as atividades no campo dos cuidados primários de saúde ao nível comunitário; que haja constante disponibilidade de suprimentos e equipamentos apropriados e suficientes em todos os níveis do sistema de saúde, principalmente, para agentes de saúde comunitária; que o fornecimento e a estocagem, em condições seguras, de suprimentos perecíveis, tais como vacinas, mereçam especial atenção; que haja um

fornecimento apropriado das instalações de apoio, inclusive hospitais, e que os governos garantam a eficiência e a adequação, ao ambiente sócio-econômico, dos transportes e de todas as facilidades físicas no campo dos cuidados primários de saúde;

- que os governos formulem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de drogas e produtos biológicos de modo a assegurar, ao mais baixo custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários de saúde; que adotem providências específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporem remédios tradicionais de eficiência comprovada; e que estabeleçam eficientes sistemas de administração e suprimento;

- que os governos desenvolvam a estrutura administrativa e apliquem, em todos os níveis, procedimentos apropriados de controle para planejar e aplicar os cuidados primários de saúde, aprimorar a alocação e distribuição de recursos, monitorar e avaliar programas com a ajuda de um sistema simples e relevante de informação, compartilhar o controle com a comunidade e prover as diferentes categorias de pessoal de saúde com apropriado treinamento em administração;

- que cada programa nacional reserve uma percentagem de seus recursos para a pesquisa continuada de serviços de saúde; organize unidade de pesquisa e desenvolvimento dos serviços de saúde e áreas que operem paralelamente ao processo geral de execução; estimulem a avaliação e a retroinformação para a pronta identificação de problemas; atribuam responsabilidade a instituições de ensino e pesquisa, fazendo assim com que colaborem estreitamente com o sistema de saúde; estimulem a participação de agentes de campo e membros da comunidade; e empreendam um esforço continuado para treinar pesquisadores, a fim de promover a autoconfiança nacional;

- que, como expressão de sua determinação política de promover o critério dos cuidados primários de saúde, os governos, aumentando progressivamente os recursos destinados à saúde, dêem prioridade principal à extensão dos cuidados primários de saúde a comunidades desservidas; estimulem e apoiem diferentes formas de financiamento dos cuidados primários de saúde, incluindo, quando apropriado, meios tais como o seguro social, as cooperativas e todos os recursos disponíveis ao nível local, através do ativo envolvimento e participação das comunidades; e adotem medidas para maximizar a eficácia e a eficiência das atividades afins à saúde em todos os setores;

- que os governos expressem sua vontade política de propiciar saúde para todos, através de um constante compromisso para com a aplicação dos cuidados primários de saúde, como para com integrantes do sistema nacional de saúde, no âmbito do desenvolvimento sócio-econômico geral, com a participação de todos os setores pertinentes; para com a adoção, quando necessário, das leis que possibilitem essa aplicação; e para com o incentivo, a mobilização e a manutenção do interesse e da participação do público no desenvolvimento dos cuidados primários de saúde;

- que os governos elaborem, o quanto antes, estratégias nacionais com metas bem definidas e desenvolvam e apliquem de ação para assegurar a acessibilidade dos cuidados primários de saúde a toda a população, atribuindo a prioridade mais alta às áreas e aos grupos desservidos, e procedam à reavaliação dessas políticas, estratégias e planos de cuidados primários de saúde, a fim de assegurar seu ajustamento a estágios mais avançados de desenvolvimento;

- que os países compartilhem e intercambiem informações, experiências e conhecimentos em matéria de desenvolvimento dos cuidados primários de saúde, como

parte da cooperação técnica internacional, principalmente entre países em desenvolvimento;

- que as organizações internacionais, as agências multilaterais e bilaterais, as entidades não-governamentais, as instituições de financiamento e outros participantes no campo da saúde internacional, agindo de forma coordenada, estimulem e apoiem o compromisso nacional para com os cuidados primários de saúde e canalizem, em seu benefício, crescente apoio técnico e financeiro, com respeito integral à coordenação desses recursos pelos próprios países, dentro de um espírito de autoconfiança e autodeterminação, bem como de máxima utilização de recursos localmente disponíveis;
- que a OMS e o Unicef, orientados pela declaração de Alma Ata e pelas recomendações dessa conferência, continuem a estimular e apoiar estratégias e planos nacionais de cuidados primários de saúde como parte do desenvolvimento global;
- que a OMS e o Unicef, com base nas estratégias e planos nacionais, formulem o quanto antes planos de ação voltados para os níveis regional e global, que promovam e facilitem o mútuo apoio de países, particularmente, através do uso de suas instituições nacionais, para acelerar o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde; e que a OMS e o Unicef promovam continuamente a mobilização de outros recursos internacionais em prol dos cuidados primários de saúde.<sup>2</sup>

### 3. A situação da saúde na América Latina

As transformações do setor saúde na América Latina estão relacionadas com as profundas modificações ocorridas na sociedade, intensificadas a partir da II Guerra Mundial. A dominação econômica e política exercida pelos grupos de poder, tanto externos como internos, influi negativamente na situação de saúde.

Em relação aos serviços de saúde pode-se identificar a multiplicidade de instituições orientadas para as mesmas ações: setores estatais, seguridade social, beneficência, departamentos e municípios, forças armadas e setor privado, ocasionando duplicação de funções e competindo entre si. Não existe coordenação entre as instituições do setor saúde e nem deste com os demais setores que influenciam as condições de saúde da população, tais como, educação, agricultura, habitação etc., gerando, dessa forma, enorme dispersão de recursos.

Os recursos destinados ao setor saúde são escassos e insuficientes. Nos países da América Latina são gastos, em média, com saúde, recursos equivalentes a 5% do produto interno bruto, quando em países desenvolvidos, ou mesmo em estados socialistas em desenvolvimento, como a Nicarágua, esse gasto equivale a 10%. Por outro lado, esses recursos são orientados para o favorecimento de grupos economicamente privilegiados.

Os recursos humanos são também insuficientes na maioria dos países, especialmente em termos de profissionais de nível médio e auxiliar. Observa-se uma distorção na formação profissional dos níveis superiores, orientada para a alta especialidade e complexidade, e uma má distribuição dos profissionais de saúde, que se encontram altamente concentrados nas zonas urbanas mais favorecidas. Existe uma escassez de pessoal em algumas categorias profissionais e, conseqüentemente, desequilíbrio na estrutura ocupacional do setor. A carência de uma

<sup>2</sup> OMS. Unicef. *Cuidados primários de saúde*. Alma-Ata, set. 1978. p. 19-26.

política de formação profissional de acordo com as necessidades do setor ocasiona problemas como, por exemplo, a falta de profissionais em administração da atenção médica e hospitalar.

Não há, por parte dos governos, a necessária concretização da prioridade do setor saúde; apesar dos discursos, a prioridade tem sido dada aos setores produtivos e de infra-estrutura econômica. Também devido à instabilidade política, não tem havido continuidade dos planos de saúde e nem sistemas e procedimentos administrativos adequados para assegurar a execução de decisões tomadas.

Finalmente, deve ser ressaltada a utilização de tecnologia sofisticada e a orientação de ações para a medicina curativa, em detrimento das ações preventivas, além da própria insuficiência dos serviços de saúde e sua má distribuição.

Quanto ao estado de saúde podem ser assinaladas especificamente as seguintes causas que condicionam a situação: baixo nível de renda, ocasionado pelo crescimento pouco significativo e excessiva concentração do PIB; forte dependência externa; inflação alta, em nenhum caso inferior a 40% e, em alguns, superior a 100%, ocasionando perda do salário real e do poder aquisitivo, desemprego e tensões sociais; subalimentação e desnutrição, caracterizadas por evidentes desequilíbrios na distribuição e no consumo de alimentos, particularmente nos grupos de população de baixa renda. A desnutrição energético-protéica afeta cerca de 28 milhões de crianças menores de cinco anos; deficiente saneamento ambiental, particularmente em termos de água e esgoto (saneamento básico); alto crescimento demográfico, como mudanças profundas na estrutura etária da população (a característica da pirâmide populacional da maioria dos países é de base larga e vértice estreito, com uma população jovem, de menos de 15 anos, que representa mais de 40%); forte migração, com excessiva concentração das populações nas áreas urbanas.

O estado de saúde na América Latina, em média, está caracterizado por altas taxas de morbidade e de mortalidade, baixa expectativa de vida ao nascer e elevadas taxas de fecundidade e de crescimento populacional.

Urge, portanto, que os países da América Latina implementem a idéia de saúde para todos, honrando o compromisso assumido em Alma Ata, e, entre outras providências, reorientem o processo de formulação de políticas.

#### *4. Evolução histórica do processo de formulação de políticas*

As primeiras tentativas para incorporar políticas ao planejamento na América Latina ficaram apenas, no que hoje chamamos de programação de atividades especiais, já que não havia possibilidade de tratar o setor saúde como um conjunto e abordava-se somente certos aspectos, especialmente no campo da medicina preventiva, saneamento do meio, algumas áreas de construções hospitalares e projetos específicos referentes a campanhas de vacinação, controle de malária, febre amarela etc.

O período que coincidiu com o fim da II Guerra Mundial serviu para redefinir as relações de poder entre as grandes potências capitalistas e consolidar a supremacia (hegemonia) dos EUA advinda, então, de uma grande expansão econômica, cujo dinamismo e extensão pareceram afastar o fantasma da crise anterior, dos anos 30.

Esta situação de ápice econômico permitiu ao Estado canalizar recursos dos setores primários para criação de uma infra-estrutura econômica e para setores



sociais (saúde, educação, moradia) visando à melhoria da qualidade da mão-de-obra necessária para implementar a industrialização.

Para tanto, criou-se a Comissão Econômica para a América Latina (Cepal) em 1948, que, inspirada no keynesianismo, luta por um desenvolvimento nacional autônomo e, entre outras coisas, defende os salários e a integração latino-americana, principalmente, a idéia da programação do desenvolvimento econômico através do fortalecimento do poder do Estado.

Estabeleceram-se alianças pluriclassistas, que representaram, de certa forma, os interesses do operariado urbano e da classe média, transformando o caráter do Estado para o de um Estado do bem-estar social.

Juntamente às teorias desenvolvimentistas que dão à saúde uma visão produtivista, as relações entre o binômio saúde/miséria e a produtividade são ilustradas com modelos de causalidade circular e determinações de níveis de rendimento das massas trabalhadoras. Os Estados latino-americanos possibilitam, assim, o projeto hegemônico dos EUA executando as ações de saúde que tendem a consolidar essa hegemonia. As ações, agora estabelecidas como programas verticais, caracterizadas por uma organização hierárquica bastante poderosa, conduziram à estatização da prática médica, implicando mudanças na estrutura institucional e administrativa da saúde. Emergiram, então, das direções nacionais de saúde, alguns ministérios da saúde, visando privilegiar atividades de assistência médica e saneamento do meio. Observa-se, inicialmente, aumentos de orçamentos fiscais destinados à saúde, aumento da propriedade estatal de instituições de assistência médica, surgimento de centros médicos e estabelecimento de políticas de saúde definidas, como a criação, em vários países, do serviço médico rural obrigatório e a implementação dos primeiros projetos em escala nacional para integrar os serviços de cunho assistencial e preventivo.

Na década de 60, com o fim de aumentar o investimento norte-americano na América Latina, faz-se necessário apressar as reformas que possibilitarão a modernização das sociedades atrasadas, melhorar a qualidade da mão-de-obra, agilizar as estruturas administrativas e garantir a tranquilidade social, o que é concretizado pela Aliança para o Progresso, projeto de desenvolvimento transnacional que preconiza a realização de reformas sociais e políticas e o desenvolvimento de um planejamento global integrado mas que, na prática, propicia, efetivamente, a penetração intensiva de capitais estrangeiros como grandes monopólios internacionais.

A Aliança para o Progresso manifesta-se na área da saúde na Carta de Punta del Este (1961), em termos de “desenvolvimento econômico e social” e reciclagem do pensamento da Cepal. Preconiza-se o planejamento como arma estatal básica através da qual pode-se implementar a transformação social. Assim como o planejamento sócio-econômico, o planejamento de saúde na América Latina emerge desde o início, como instrumento de política estatal para todo o continente.

Pode-se reconhecer, nitidamente, que as relações recíprocas entre o setor saúde, o desenvolvimento econômico, o nível de vida, o bem-estar e os programas de saúde pública são essenciais e complementares ao setor econômico.

É necessário conhecer o sistema de saúde para saber como sua estrutura e funcionamento são influenciados no contexto político, social e econômico e que as políticas de saúde no passado foram apenas enunciações declarativas de idéias ou proposições adaptadas a condições circunstanciais, algumas vezes contraditórias entre si ou com a política global de desenvolvimento ou com as políticas formuladas para outros setores.

Para levar a cabo este planejamento de saúde, os governos delegam à OPS a responsabilidade de assessorar os países na elaboração de planos setoriais e no desenvolvimento de metodologias para o planejamento do setor, decisão que é ratificada na I Reunião Especial de Ministros da Saúde (1963). Surge, assim, o primeiro modelo de planejamento de saúde para a América Latina: Método Cendes/OPS (Venezuela-1963), que pretende programar as atividades dos serviços de saúde baseado nos princípios de eficiência e justiça distributiva, visando a racionalizar a alocação dos recursos.

Esta responsabilidade compete ao Estado e é por isso que todos os ministérios da saúde pública dos países latino-americanos instituem unidades de planejamento, encarregadas de elaborar os planos, que em sua maioria, utilizam a metodologia Cendes/OPS. Nessa metodologia estão implícitas uma visão ecológica do fenômeno doença/saúde e uma composição economista e abstrata dos serviços de saúde. O problema de saúde de uma população fica restrito à doença e à morte de indivíduos e a resposta, à análise dos serviços que são considerados apenas em termos de recursos, postulando-se somente sua distribuição mais justa (análise custo-benefício), por meio de “normalizações” dos instrumentos e rendimentos esperados. Para se inteirar da manipulação dos métodos, cria-se o Centro Latino-Americano de Planejamento da Saúde (Claps-1965). Seu aporte mais substancial foi no aspecto diagnóstico que permitiu mais amplo conhecimento da problemática de saúde nos diversos países. Suas limitações decorrem da dificuldade de aplicação de recursos em zonas com pouca disponibilidade de recursos próprios para o planejamento em saúde e, em geral, o método mostrou-se pouco prático no planejamento regional. O problema dos planos de saúde reside no fato de que nunca foram implantados nos termos exatos em que foram formulados, sendo utilizados apenas como ponto de referência para ordenar idéias e obter financiamento externo.

A importância assumida pelo planejamento da época caracteriza-se por uma visão que o privilegia como forma de introduzir racionalidade nas decisões políticas. Como resultado, surgem posteriormente as bases de um “planejamento mais suave”, com visão mais global, através do chamado planejamento estratégico, que enfoca aspectos como financiamento, integração institucional, políticas de saúde, exequibilidade e viabilidade das diretrizes propostas.

Não há dúvida de que a conceituação e a ideologia básicas estabelecidas pelo Cendes/OPS quanto a processos de saúde/enfermidade, política médica e concepção de sociedade e desenvolvimento não se modificam, incorporando, apenas, novas idéias. Nasce, assim, um modelo que se pretende superar, introduzindo “imagens-objetivo”, determinadas tendências e produzindo transformações no setor, como uma ideologia do planejamento a serviço da política.

Na II Reunião de Ministros (Buenos Aires, 1968) afirma-se que o planejamento da saúde só faz sentido quando é orientado e marcado por políticas de saúde claramente formuladas. Já nos EUA criou-se a corrente de “medicina comunitária” como prática de saúde e forma de prestação de serviços.

Em 1972 realiza-se, em Santiago do Chile, a III Reunião Especial de Ministros da Saúde das Américas, que aprova o Plano Decenal das Américas, no qual se reconhece o direito dos povos à saúde, direito por cujo respeito deve zelar o Estado. Constata-se que 37% da população da América do Sul e do Caribe carecem de todo tipo de serviços de atenção à saúde, motivo pelo qual o plano propõe a extensão da cobertura aos outros setores rurais através da medicina comunitária. Postulam-se programas experimentais que propõem o desenvolvimento de modelos de assistência que possibilitem a extensão dos cuidados pri-

mários de saúde. Tomando como pretexto os problemas sociais, a medicina comunitária atua sobre os grupos sociais marginalizados, para reorientar suas tendências de ação social e compatibilizá-las política e ideologicamente com a política dominante. O planejamento participativo limita-se à utilização da população na execução de algumas ações de saúde já estabelecidas. E, mesmo assim, o princípio de participação comunitária ficou consagrado na XXIII Assembléia Mundial de Saúde (1974). Por outro lado, o Centro Latino-Americano de Planejamento da Saúde (Claps) publica, em 1975, o documento de *Formulação de política de saúde*, apresentando um modelo racional de elaboração das propostas políticas, num período no qual o setor público de saúde declina, com tendência a desaparecerem, assim, as bases do planejamento.

O aprofundamento da crise econômica e seus efeitos nos países capitalistas dependentes da América Latina provocam reformulações e situações mais confusas no setor saúde, dentre as quais se destaca a drástica redução do gasto fiscal nos setores sociais, especialmente na área de saúde; a tendência à privatização dos serviços de atenção médica estatal, mediante sua venda ao setor privado e ainda um crescente afiançamento das empresas privadas de atenção médica. Como nova política para a região, surge como prioridade a investigação de serviços de saúde, enfatizando-se a utilização eficiente dos recursos no interior de cada instituição e o desenvolvimento de novas formas de organização dos serviços que diminuam os custos crescentes da atenção médica, pois há necessidade de poupar os investimentos não-produtivos.

Não tendo ocorrido, dentro do modelo de desenvolvimento da década de 50, uma modificação significativa do “estado de saúde das populações”, procurou-se novas estratégias que viabilizassem a expansão dos serviços de saúde para atender às necessidades de saúde das populações dos países subdesenvolvidos. As experiências dos países socialistas encontram sérias resistências político-ideológicas e o modelo prevalente nos países ocidentais tornou-se incompatível, por estar centrado numa tecnologia sofisticada, especializada e de alto custo.

Nasce, então, a necessidade de identificar um novo modelo para assegurar a ampliação da cobertura assistencial à população, com base numa tecnologia simplificada e de baixo custo, capaz de ser manipulada pela força de trabalho de reserva da própria comunidade.

Esse novo modelo de desenvolvimento que dá prioridade à área social e particularmente ao setor saúde, que permite uma melhor distribuição dos benefícios e, conseqüentemente, da renda nacional, exige também um modelo de planejamento participativo e descentralizado.

## 5. Descrição de alguns modelos de formulação de políticas de saúde

### 5.1 Modelo da OPS/Claps

- *Imagem-objetivo*: — concepção de situações que, de acordo com uma ideologia, são consideradas desejáveis — orientam a ação para o êxito — diferentes das atuais.
- *Formulação preliminar de proposições políticas*: objetivos e caminhos para alcançar a imagem-objetivo: decisão política + identificação e definição de problemas + seleção de soluções seguindo critérios de eficácia e eficiência + ordenação prioritária + ordenação sequencial + construção de proposições políticas.

- *Análise das proposições*: análise de factibilidade: tecnologia, recursos e organização técnico-administrativo-operacionais necessárias e adequadas. Análise de coerência interna e externa, com base na compatibilidade, convergência, sinergia, potenciação de objetivos e meios das proposições.
- *Desenho de estratégias*: análise de viabilidade crítica sócio-política das proposições, dos objetivos e dos meios propostos para cumpri-los. Elaboração da estratégia e ajuste de proposições.
- *Formalização das políticas*: documentos de orientação e condução + documentos técnico-administrativos ou esquema geral do plano + formalização jurídica.

## 5.2 Proposta de Testa-Centro de Estudios del Desarrollo — Universidade Central da Venezuela (Cendes-UCV)

Nos países capitalistas dependentes, o desenho estratégico é uma condição da eficácia do plano, enquanto a estratégia é um meio de implementar uma política. A imagem-objetivo é o objetivo estratégico da organização popular. O planejamento de saúde deve seguir três grandes orientações: a) crescimento ou reprodução: diagnóstico administrativo = âmbito: setor; b) mudança: diagnóstico estratégico = âmbito: forças sociais em relação ao setor; c) legitimação: diagnóstico ideológico = forças sociais em relação à totalidade da população.

- *Diagnóstico administrativo* — quantifica recursos e objetivos, relaciona uns e outros através de procedimentos que sugerem alguma forma de avaliação que implique um ideal (procedimento); abrange todo o contexto social, focalizando, em especial, os aspectos econômicos e biológicos da população (demográficos, estatísticos e epidemiológicos), os serviços de saúde, como resposta à referida situação (eficácia, eficiência e cobertura) e suas formas de organização.

- *Diagnóstico estratégico* — relaciona a mudança com o poder, considera as forças sociais que interferem nos processos dos diferentes níveis da sociedade; as condições de saúde e a interpretação social da epidemiologia; os micropoderes e o poder da sociedade; a estrutura do poder no setor saúde e a intermediação do poder com a organização e o financiamento; a necessidade de investigações de cunho crítico que forneçam informações qualitativas para promover as mudanças.

- *Diagnóstico ideológico* — meio para legitimar as propostas de saúde e o sistema social no qual se faz a proposta sem contrariar a base dessa sociedade (valores, cultura, ideologia, idéias dominantes de uma composição econômico-social); relação entre falsa consciência e o sistema de idéias e sua aplicação nos grupos sociais.

O poder é uma capacidade apropriada por algum indivíduo, grupo ou força social. Assim é que, para implementar uma proposição política, devem-se criar condições que permitam o monopólio do poder por determinada força social. A determinação de prioridades tem como critério básico a eficácia política ou seja, a probabilidade de que as atividades desenvolvidas alcancem seu objetivo político.

Os poderes podem ser: a) técnicos, referentes aos procedimentos de obtenção, processamento e uso da informação; b) administrativos, sintetizado nas diversas formas de financiamento, como elemento central, organizador dos diversos subse- tores do setor saúde; c) de mobilização, vinculados à participação comunitária e ao poder real.

### 5.3 Modelo proposto por Campos — EBAP-FGV

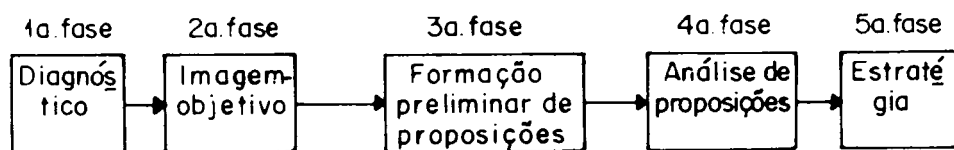
- Necessidade de redefinir o conceito de desenvolvimento: desenvolvimento social (atendimento das necessidades básicas da população e solução de problemas relacionados com a pobreza) e não com o crescimento do produto.
- Sugere mudanças na administração pública, em geral, e no planejamento governamental, em particular, com o objetivo de superar a inadequação da estratégia anterior e facilitar uma estratégia desenvolvimentista voltada para a população.
- Planejar com o povo e não para o povo. Incorporação da experiência e do conhecimento informal das unidades periféricas (participação comunitária e tecnologia apropriada).
- Necessidade dos países subdesenvolvidos “comprarem a idéia” da redefinição do problema de formulação de políticas e de estratégias de desenvolvimento.
- Essa mudança estratégica de desenvolvimento seria mais fácil nos países que não foram bem-sucedidos na primeira década do desenvolvimento do que naqueles onde a estratégia de crescimento econômico já criou uma estrutura de privilégio, na qual estão investidos fortes interesses. Nesse caso, a mudança na estrutura social encontraria sérias resistências das classes dominantes, que não aceitariam facilmente abdicar de seus poderes.
- A estrutura de planejamento burocrático, centralizador, serviu de instrumento racional para o esforço de crescimento econômico. Não se adapta à estratégia de desenvolvimento voltada para a população, pois não tem lugar para o processo decisório cooperativo, para a responsabilidade compartilhada e não dispõe de mecanismo que assegure a prestação de contas à clientela.
- Necessidade de ataque aos problemas que afetam a saúde — desnutrição, habitação precária e falta de oportunidades de educação e de emprego. A solução desses problemas implica reformas de base, estruturais, como a reforma agrária.
- Necessidade, para que isso ocorra, de aumento de apoio financeiro, político e moral vindo de fora ou de revolução popular (tipo Cuba e Nicarágua).
- Sem defender qualquer das alternativas acima, propõe a “revolução mental” denominada de modelo de aprendizagem: *do Governo* para aprender a formular políticas que atendam às necessidades da população, e *do povo* para aprender a traduzir suas necessidades e aspirações em demandas concretas. Participação do povo não como *objeto*, mas como *ator*.
- A premissa do modelo é a de que as pessoas não são, por natureza, resistentes à mudança; elas resistem às mudanças que não lhes parecem legítimas, especialmente quando desconhecem suas finalidades e resultados potenciais ou quando antecipam conseqüências negativas da mudança para seu papel ou para seu espaço vital.
- Necessidade de reformular o papel dos órgãos centrais de planejamento para o atendimento das necessidades humanas básicas. A geração de políticas nacionais passaria a ser induzida a partir da periferia e de um processo inicial de descoberta social a nível local.
- O conhecimento existencial deve substituir o conhecimento racional. As experiências passadas e presentes, colhidas ao longo do processo de implementação, proporcionam perspectivas ou modelos projetivos.
- O conhecimento informal é um recurso valioso, sobretudo porque implica o fortalecimento da base de poder da população, levando a que suas reais necessidades sejam consideradas e fazendo os seus membros co-responsáveis pela solução de problemas.

## 6. Modelo alternativo de formulação de políticas

Toda sociedade possui um *sistema político* para manter a ordem do sistema social, sua coesão e orientação e sua própria sobrevivência. Considera-se o sistema político representado por:

- Poder formal — institucional, a cargo das autoridades; através dele se processam as decisões políticas, compõe-se do aparato formal do Estado e suas instâncias política (autoridades com poder de decisão), técnico-administrativa (assessoria e informação) e técnico-operacional (implementação das decisões).
- Poder real — exercido por classes sociais, grupos e indivíduos participantes do processo político, distribuído de maneira desigual na sociedade.

O *processo de formulação de políticas* é uma atividade política que tem a técnica como instrumento auxiliar; dentro dessa perspectiva, o modelo alternativo procura incorporar elementos dos três trabalhos analisados, enfatizando ao máximo o componente estratégico em todas as fases.



A fase diagnóstica incorpora o diagnóstico administrativo, a análise do setor com vistas ao conhecimento do estado de saúde, doença e seus determinantes, da situação epidemiológica, da estrutura e funcionamento do sistema de serviços de saúde e do aparato institucional do setor saúde.

O diagnóstico estratégico, parte da primeira fase, visa a análise das forças sociais em relação ao setor, e inclui a identificação das mudanças necessárias e possíveis, a análise das estruturas de poder, caracterizando pólos dominantes e dominados, a interpretação social da epidemiologia e a identificação das conseqüências dos diferentes estados de saúde em distintos grupos da população.

A análise das forças sociais em relação à população, para efeito de legitimação, é definida como diagnóstico ideológico e dirigida ao estudo das relações entre os produtos do sistema de serviços de saúde e a população e entre o setor saúde e a sociedade, identificando aliados e adversários e os modos de neutralizar inimigos e a “falsa consciência” dos amigos.

A segunda fase de definição da *imagem-objetivo* (*situação desejada*) contempla a formulação de objetivos e meios social e politicamente predeterminados.

A *formulação preliminar de proposições* ou o que fazer para passar de uma situação a outra constitui a terceira fase do modelo e pretende, com base no diagnóstico e na imagem-objetivo, identificar e definir os problemas e suas soluções.

A cada problema deve corresponder uma ou mais soluções baseadas em critérios políticos, para verificações do impacto ou repercussão social dela(s) decorrente(s), e em critérios técnico-administrativos de eficiência e eficácia. Estabeleceu-se, a seguir, uma escala de prioridades para problemas e soluções, levando-se em conta critérios valorativos (políticos); e critérios técnicos de ordem temporal ou seqüência funcional. Em seguida são definidos os programas, seus objetivos e meios.

A quarta fase ou *análise das proposições* consiste em verificar se elas são factíveis do ponto de vista de recursos e tecnologias disponíveis e quanto ao res-

paldo em termos de organização técnico-administrativa, se há coerência interna e externa em relação a outros setores e a totalidade social. Deve-se verificar o grau de compatibilização entre as proposições, e de cada uma delas com o conjunto e com a política global. Em seguida, define-se novas proposições para efeito de aumentar a factibilidade ou coerência das proposições preliminares, se for o caso, e compara-se os indicadores de eficiência e eficácia, estabelecendo-se padrões de qualidade através de normas.

O estudo de viabilidade envolve a análise das reações favoráveis e desfavoráveis no meio social, a análise de disponibilidade de poder para levar a cabo as proposições, e a identificação das forças restritivas e das forças propulsoras, dos canais de comunicação entre os grupos e o sistema político e social dos grupos, sua reação e capacidade para influir no desenvolvimento das proposições. Desse processo de análise surgirão modificações, ratificações, postergações ou abandono de proposições ou mesmo inclusão de novas.

A quinta e última fase contempla a determinação de *estratégias*, ou seja, do conjunto de operações destinadas à viabilização das proposições, tendo como critério central a eficácia política. Ao ordenamento das proposições segue-se uma previsão das reações dos diversos grupos sociais frente aos objetivos e meios de cada proposição, considerando os critérios técnicos e estratégicos (políticos), bem como a necessidade de que uns projetos criem viabilidade política para outros.

A inclusão desses projetos viabilizadores visa assegurar solidez a um ou a vários grupos sociais para efeito de acumulação de poder, enfraquecer seus opositores ou propiciar aliança de grupos que precisam ser fortalecidos.

Define-se, em seguida, a atuação sobre os grupos, a fim de viabilizar os objetivos e os meios de cada proposição. A intensidade dessa atuação dependerá do poder de pressão do(s) grupo(s) envolvido(s).

Devem ser elaborados cursos de ação alternativos para o caso de não obter resultados com a ação anterior.

Os passos sucessivos contemplam a adoção de medidas objetivando a neutralização das forças restritivas e o reforço ou fortalecimento das forças propulsoras, e a viabilização do conjunto de políticas.

Dentro deste enfoque, não haveria formulação de políticas definitivas, pois a avaliação contínua durante sua implementação implica constantes mudanças, com vistas à sua viabilização.

Em síntese, o processo seria iniciado com o *diagnóstico* (administrativo, estratégico, e ideológico), que daria os elementos para o desenho da *imagem-objetivo*. A fase seguinte representa um exercício preliminar de formulação de proposições para debate. Essas proposições consistiriam no estabelecimento do que fazer, para passar de uma *situação atual* (diagnóstico) para uma *situação desejada* (imagem-objetivo). A quarta fase — *análise das proposições*, reveste-se de uma importância muito grande dentro do modelo. A nível técnico são analisados os aspectos relacionados com a coerência, factibilidade e compatibilidade e, a nível político, os aspectos que dizem respeito à sua viabilidade.

A rigor não se teria ainda formulação definitiva de proposições políticas. A última fase consistiria no estabelecimento de *estratégias*, analisando como as proposições poderiam ser modificadas ao longo de sua implementação. Essa fase, então, coincide com o início da implementação das políticas.

O componente político está presente, portanto, desde a elaboração do diagnóstico, quando, através de debates e reuniões, se analisa o setor e as relações das forças sociais dentro e fora dele, e continua com a análise de viabilidade e a formulação do desenho estratégico. O componente técnico está presente na própria condução do processo, na elaboração do diagnóstico administrativo e na análise de factibilidade, coerência e compatibilidade.

**Faça e renove suas assinaturas  
nas livrarias da  
Fundação Getulio Vargas.  
Anote aí os endereços:**

**No Rio, Praia de  
Botafogo, 188  
Em São Paulo,  
Av. Nove de Julho,  
2029. Em Brasília,  
CLS 104, Bloco A,  
Loja 37.**

