

# REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL\*

ANA MARIA MARTON\*\*\*

VERA LÚCIA ALMEIDA FORMIGLI\*\*

CID SANT'ANA GARCIA\*\*\*\*

JOSÉ CARLOS MONTEIRO\*\*\*\*\*

TERESINHA LIMA DE ARAÚJO\*\*\*\*\*

*1. Apresentação; 2. Introdução; 3. Alguns aspectos teórico-conceituais; 4. A proposta de regionalização dos serviços de saúde no Brasil: uma tentativa de análise; 5. Conclusões.*

## 1. Apresentação

O enfoque utilizado para a abordagem do tema “regionalização” privilegiou uma análise do desenvolvimento dessa proposta pelos serviços públicos de saúde no Brasil, principalmente pelo fato de ser a equipe constituída apenas por brasileiros, alguns deles com experiência de participação em projetos de regionalização.

Entretanto, a limitação de tempo e de material bibliográfico que desse conta desse enfoque mais analítico impossibilitou maior aprofundamento, razão pela qual apenas se levantam as questões e os pontos problemáticos, considerados ainda atuais pelo grupo, como indicação para realização de algum estudo mais sistematizado sobre o tema.

O trabalho ficou, então, estruturado como se segue: nos dois primeiros itens, Introdução e Alguns aspectos teórico-conceituais, estão colocados os elementos históricos e teóricos da questão, mais numa tentativa de situar o tema do que propriamente desenvolvê-lo. O item seguinte contém a contribuição que o grupo pretende dar ao estudo do assunto, com levantamento das principais questões, numa tentativa de elaboração de um modelo de análise do desenvolvimento da proposta de regionalização no Brasil. A divisão em dois subitens tem um caráter mais de sistematização que de divisão real, já que se encontram completamente imbricados os aspectos político-institucionais e técnico-operacionais da regiona-

\* O presente estudo representa o trabalho final de um dos grupos participantes do I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. Orientação da Prof.<sup>a</sup> Susana Esther Badino, do Proasa — EBAP — FGV. (Praia de Botafogo, 190 — S/527 — 22253 — Rio de Janeiro, RJ.)

\*\* Assistente da Diretoria do Centro de Desenvolvimento em Saúde Comunitária, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde do Estado da Bahia. (4.<sup>a</sup> Avenida, Plataforma 6, Lado B, CAB — Salvador, BA.)

\*\*\* Chefe da Seção Técnica de Administração Hospitalar, Hospital Municipal Tide Se-túbal. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. (Rua Santos Dumont, 623 — Vila Maria Rosa — Ferraz de Vasconcelos — São Paulo, SP.)

\*\*\*\* Arquiteto, Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social de Niterói. (Rua Afonso Pena, 103/103 — Tijuca — Rio de Janeiro, RJ.)

\*\*\*\*\* Médico sanitário. Secretaria Municipal de Saúde e Promoção Social de Niterói. (Rua Otávio Carneiro, 18/807 — Niterói, RJ.)

\*\*\*\*\* Técnica de administração, Secretaria de Estado de Saúde Setorial de Rondônia. (Esplanada das Secretarias — Porto Velho, Rondônia.)

lização. No primeiro será ainda destacada a questão da municipalização e reforma tributária, elementos que, no entender do grupo, não podem ficar à parte de qualquer discussão atual sobre regionalização de serviços de saúde no Brasil. No item Conclusões, que talvez nem devesse ser assim denominado, está o levantamento, para discussão, de questões sobre a perspectiva dessa proposta à luz de transformações que parecem estar-se processando na sociedade brasileira, especificamente no setor saúde.

## 2. Introdução

Já é por demais reconhecida e demonstrada a articulação entre condições de saúde e estrutura social. Do mesmo modo, a organização dos serviços de saúde está relacionada com o contexto econômico e político, no qual está conformada uma determinada formação social. Assim, objetivos que parecem ser comuns a determinados sistemas de saúde em diferentes modelos de formação social, como o de ampliar o acesso da população aos serviços de saúde, encontram barreiras de ordem econômica, política, social e cultural que podem inviabilizá-los ou dificultá-los.<sup>1</sup>

Por outro lado as ações específicas dos setores sociais não têm sido capazes, isoladamente, de obter grandes resultados na promoção do desenvolvimento social.<sup>2</sup>

Segundo Lima,<sup>3</sup> o estado de saúde de um povo é resultado de decisões e ações hierarquicamente mais significativas do que aquelas relativas à simples definição de atividades e de seus sistemas de operação, no que concerne à prestação de serviços médicos.

Apesar disso, historicamente, têm-se desenvolvido algumas propostas no interior do conhecimento administrativo em saúde como, por exemplo, aquela que visa a regionalização de serviços mediante a integração da área de saúde pública com a área hospitalar e a instalação de uma rede de serviços, gradativamente menos complexa, do centro para a periferia, no vértice de cuja pirâmide situa-se o hospital geral moderno.<sup>4</sup>

O processo de regionalização, num sentido mais amplo, segundo Gaudenzi,<sup>5</sup> implica uma descentralização técnico-administrativa, com o estabelecimento de níveis de atenção desde o centro primário de saúde da comunidade, passando pelo hospital geral e as policlínicas a nível intermediário e atingindo seu desenvolvimento máximo nos hospitais de referência, centros médicos altamente especializados.

Ainda segundo relato de Gaudenzi, experiências de regionalização têm sido levadas a efeito em diferentes momentos e países, de acordo com o sistema econômico vigente.

Assim, por exemplo, na Inglaterra, país de economia capitalista, surge pela primeira vez em 1921 um documento (Relatório Dawson) que, após a análise

<sup>1</sup> Gaudenzi, T. F. B. Proposta de regionalização dos serviços de saúde no estado da Bahia. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 6(1/4):7-40, jan./dez. 1979.

<sup>2</sup> Lima, Mozart de Abreu e. Descentralização e regionalização das atividades de saúde. In: Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1. *Conferências*. Brasília, Câmara dos Deputados, 1980, p. 116-122.

<sup>3</sup> Lima, Mozart de Abreu e. op. cit.

<sup>4</sup> Gaudenzi, T. F. B. op. cit.

<sup>5</sup> Id. *ibid*.

da oferta de serviços de saúde e seus custos, propõe medidas racionalizadoras na área, sendo considerado um marco na regionalização inglesa no setor saúde, proposta esta que foi rejeitada em função de interesse da rede privada de hospitais.

Após a II Guerra Mundial houve uma mudança de posição das autoridades de saúde, em virtude do cenário que se apresentava, e hoje, na Inglaterra, existe um sistema regionalizado de saúde.

Na Suécia, a partir de 1968, com a constatação do aumento de complexidade e dos custos dos serviços de saúde, além da escassez de pessoal para o setor, instituiu-se um sistema regionalizado de serviços, buscando a racionalização de sua oferta. O termo *região* nesse país, foi definido como uma área adequada, por sua população e superfície, para o planejamento de serviços de saúde independentes e auto-suficientes. O sistema foi então hierarquizado em quatro níveis: no mais elementar estão os centros sanitários, que realizam o tratamento ambulatorial, e a seguir estão os hospitais de distritos, com especialização em algumas clínicas. No terceiro nível acha-se o hospital central e, por último, o hospital regional que fornece serviços especializados a uma população de cerca de um milhão de habitantes.<sup>6</sup>

Na URSS, onde existem problemas de dispersão populacional sobre um vasto território, os serviços operacionais de saúde compreendem uma série de serviços regionalizados e hierarquizados que vão desde o hospital mais complexo (de Rayon) que presta assistência completa e coordenada, até um posto simplificado, onde atuam “médicos descalços” e parteiras treinadas.<sup>7</sup>

Na Tchecoslováquia, que se destaca pelo seu progresso nas soluções administrativas no setor de assistência à saúde, formam-se e integram-se, a nível regional, todas as atividades assistenciais, educativas, de promoção e administração de saúde.<sup>8</sup>

Na Venezuela, país de características sócio-econômicas sanitárias próximas da realidade brasileira, foram implantados, em 1946, os primeiros serviços cooperativos de saúde pública, que estavam baseados em níveis de regionalização.<sup>9</sup>

Nos exemplos citados, de países com diferentes modelos políticos e econômicos, é possível identificar, ainda segundo Gaudenzi,<sup>10</sup> um elemento comum, que é a proposta de utilizar a descentralização administrativa do setor como meio de adequar a oferta de serviços de saúde às necessidades de cada realidade sócio-econômica.

No caso do Brasil, segundo Silveira,<sup>11</sup> a preocupação dos técnicos com a questão da centralização *versus* descentralização no desenvolvimento dos programas de saúde pública estava presente há bastante tempo. Já no Império, a predominância de uma ou outra corrente resultava de uma situação momentânea.

O começo efetivo do processo de descentralização ocorre com a Proclamação da República e a instituição do regime federativo nos termos da Constitui-

<sup>6</sup> Hilleboe, H.E. et alii. Metodos de planificación sanitaria nacional. *Cuadernos de Salud Pública*, Genebra, OMS, (46):33-76, 1973.

<sup>7</sup> Gaudenzi, T.F.B. op. cit.

<sup>8</sup> Id. ibid.

<sup>9</sup> Id. ibid.

<sup>10</sup> Id. ibid.

<sup>11</sup> Silveira, Mário Magalhães da. Municipalização dos Serviços de Saúde. In: ENSP/Fiocruz — *Projeto Radis* — reunião, análise, difusão de informação sobre saúde — Tema 1.1. Regionalização, municipalização, participação comunitária. O que a reforma tributária tem a ver com isso. Rio de Janeiro, jul. 1982.

ção de 1891. Pela mesma, cabe aos estados a responsabilidade da administração sanitária, sendo ainda concedida autonomia aos municípios e, por conseguinte, à organização e administração dos serviços locais de seu interesse, entre eles os serviços sanitários de âmbito local.

Apesar deste início de descentralização, os serviços sanitários no Brasil continuam precários, limitando-se ao combate às doenças transmissíveis. Ainda segundo Silveira,<sup>12</sup> “as municipalidades brasileiras teriam de percorrer longa caminhada até adquirirem experiência para criar um sistema razoável de administração dos seus serviços”.

No começo do século, a partir de Osvaldo Cruz, o governo da União iniciou um trabalho efetivo de combate a certas doenças, por imposição de fatores de ordem predominantemente econômica.

As atividades de saúde pública estenderam-se, configuradas principalmente sob forma de campanhas sanitárias de caráter vertical. Verificou-se que, apesar da descentralização, o governo da União foi assumindo maiores responsabilidades, não só as que realmente lhe cabiam, como outras de natureza local.<sup>13</sup>

Torna-se necessário, nesse momento, relatar brevemente a evolução do planejamento de saúde na América Latina, pelo entendimento de que a mesma está estreitamente vinculada à idéia de regionalização dos serviços.

Os autores que realizaram esse tipo de estudo, como Paim<sup>14</sup> e Rivera,<sup>15</sup> identificam na Conferência de Punta del Este, promovida pela OMS/OPS em 1961, o surgimento da planificação em saúde como política específica a partir do Estado embora, no final da década anterior, o modelo de planejamento, antes de caráter exclusivamente econômico, desenvolvido naqueles países principalmente através da Comissão Econômica para a América Latina (Cepal), já houvesse incorporado aspectos da área política e social, criando as bases para a programação sanitária.

É de conformidade com a Conferência de Punta del Este que se desenvolve o método de programação Cendes/OPS, que, com base nos pressupostos da microeconomia, visava maximizar a utilização dos recursos de saúde. Nesse momento já se fala em regiões programáticas e planos regionais, que deveriam compor os planos nacionais.<sup>16</sup> A técnica encontrou, entretanto, vários obstáculos à sua aplicação prática, entre eles o confronto entre a sua orientação descentralizada e os regimes centralizadores que predominaram, naquele momento, nos países latino-americanos.<sup>17</sup>

Posteriormente, outros enfoques foram sendo agregados ao planejamento de saúde, como por exemplo, o organizacional, que integra as propostas do Plano Decenal de Saúde para as Américas, em 1972, com suas recomendações de extensão de cobertura e assistência simplificada. Sob uma abordagem eminentemente sistêmica, são explicitadas as idéias de regionalização, hierarquização e níveis de complexidade crescente, entre outras medidas racionalizadoras.<sup>18</sup> A

<sup>12</sup> Id. *ibid.*

<sup>13</sup> Id. *ibid.*

<sup>14</sup> Paim, J. S. A crise do planejamento autoritário em saúde. *Revista da Associação Psiquiátrica da Bahia*, (4):52-61, 1981.

<sup>15</sup> Uribe Rivera, F. J. Aspectos históricos do planejamento de saúde na América Latina. *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, Cebes, (14):45-9, 1982.

<sup>16</sup> Hilleboe, H. E. et. alii. *op. cit.*

<sup>17</sup> Paim, J. S. A crise do planejamento autoritário em saúde. *op. cit.*

<sup>18</sup> Id. *ibid.*

planificação não mais se restringe à programação de serviços, mas se amplia com aspectos de infra-estrutura, organização e administração do setor saúde.<sup>19</sup>

Os elementos posteriormente incorporados ao planejamento em saúde na América Latina, ou seja, o componente político e, mais recentemente, o estratégico não serão aqui examinados, por fugirem ao objetivo do presente estudo.

No Brasil, somente na década de 60 o setor social passa a ter um espaço definido no planejamento estatal,<sup>20</sup> embora desde a década de 30 o Estado já houvesse iniciado a formulação de políticas sociais específicas, como a criação da legislação trabalhista e da previdência social, ao lado da sua maior intervenção no setor econômico.

É, entretanto, na década de 70, diante de um quadro de agravamento das condições de vida e de saúde da população brasileira, resultante do modelo econômico e político que vinha sendo adotado, ao lado de uma crescente privatização dos serviços de saúde, que o planejamento de saúde e outras medidas racionalizadoras encontram espaço para seu desenvolvimento. Essas medidas apresentam-se como alternativas para a expansão dos serviços de saúde, inviável dentro do modelo de altos custos e tecnologia predominante naquele momento.

Assim é que princípios da medicina comunitária, movimento surgido na década de 60 nos EUA, são incorporados ao planejamento de saúde brasileiro a partir da década de 70, inicialmente através de projetos experimentais e, posteriormente, em programas de maior amplitude. Entre esses diversos princípios, como ampliação de cobertura, simplificação do atendimento e participação comunitária, destaca-se aquele que recomenda a integração e regionalização dos serviços.<sup>21</sup>

É nesse contexto que, a partir de um diagnóstico que apontava várias distorções na estrutura de prestação de serviços de saúde, entre elas a falta de coordenação entre os vários setores, cria-se o Sistema Nacional de Saúde, em 1975, através da Lei n.º 6.229, determinando que todos os ministérios incluídos no sistema “elaborem programas regionais, observando sempre a necessária participação de todos os órgãos públicos e privados que atuam na região, de modo a organizá-los segundo hierarquia técnica condizente com a área assistida e os pontos de convergência para o atendimento de riscos especiais”. Era uma proposta que objetivava implicitamente racionalizar a distribuição dos serviços de saúde, além de ampliar a extensão de cobertura.<sup>22</sup>

Essa lei, apesar de não lograr a eliminação das distorções, favorece o aparecimento de programas experimentais que procuram modelos alternativos de organização de serviços. Os programas de extensão de cobertura, com os pressupostos da medicina comunitária, abrem um espaço para o seu desenvolvimento, com o aval dos órgãos oficiais responsáveis pela política de saúde.

Na área do Ministério da Saúde, por exemplo, o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) previa o apoio à constituição, implantação e funcionamento de 12 regiões docente-assistenciais de saúde. O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) buscava a “disseminação de unidades de saúde do tipo elementar, integradas ao sistema regional de saúde e apoiadas por unidades de maior porte, localizados em núcleos

<sup>19</sup> Paim, J. S. *O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina*. Salvador, 1982. mimeogr.

<sup>20</sup> Paim, J. S. *O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina*. op. cit.

<sup>21</sup> Formigli, V. L. A. A implantação do Piass no estudo da Bahia. *Revista de Saúde Pública*, 7/8(1/4 e 1/2):7-19, jan. 1980/jun. 1981.

<sup>22</sup> Gaudenzi, T. F. B. op. cit.

populacionais estratégicos.”<sup>23</sup> Esse último programa foi implantado em todo o Nordeste brasileiro, e, posteriormente estendido a outras regiões, transformando-se, a partir da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, no Prevsauúde.

Esse último projeto, que foi amplamente discutido por profissionais de saúde e outros setores da sociedade brasileira, continha, entre suas principais diretrizes, a articulação entre as instituições públicas, descentralização decisória e operacional, integração entre ações preventivas e curativas, participação comunitária e regionalização.<sup>24</sup>

Finalmente, já no ano de 1982, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (Conasp) lança uma proposta que traz no seu cerne, fundamentalmente, a reversão gradual do atual modelo médico-assistencial da previdência social, através, entre outros elementos, de:

- a) regionalização progressiva do sistema de saúde, planejado e coordenado, a nível estadual por uma comissão paritária MPAS/MS/Secretaria Estadual de Saúde, sob direção do secretário da Saúde e, quando viável, com a participação de outros órgãos e entidades representativas da sociedade, de caráter científico, comunitário e de classe;
- b) hierarquização dos serviços de saúde, públicos e privados, de acordo com sua complexidade, com mecanismos de referência e contra-referência, obedecidas as características locais;
- c) vinculação da clientela aos serviços básicos de saúde de sua área (ambulatórios de nível primário), de cuja referência dependerá o acesso aos demais níveis;
- d) utilização prioritária da capacidade instalada atual e potencial do setor público, obedecidos os mesmos critérios de regionalização e hierarquização.<sup>25</sup>

A vivência de alguns dos autores do presente estudo, bem como a análise de experiências brasileiras de regionalização, apontam várias questões e obstáculos ao desenvolvimento dessa proposta, encontrando-se em estágios os mais diversos os níveis de organização dos serviços de saúde no Brasil, quer se trate de estados, regiões ou municípios.

Assim, o trabalho pretende constituir-se numa contribuição à discussão atual sobre o tema Regionalização em saúde, podendo-se desdobrar nos seguintes propósitos:

- mostrar as diferentes concepções da noção de regionalização e das principais categorias que surgem simultaneamente à mesma, tentando identificar as diferenças e semelhanças entre os discursos dos organismos oficiais e a forma que a proposta assume ao se traduzir na prática das instituições responsáveis por sua implementação;
- construir um modelo de análise do desenvolvimento da proposta de regionalização no Brasil, a partir do levantamento de uma série de obstáculos, dificuldades e limitações que vêm enfrentando para a sua efetivação, sistematizados sob a forma de aspectos político-institucionais e técnico-operacionais;
- discutir a relação entre as propostas de descentralização e regionalização dos serviços de saúde e os aspectos relativos ao problema da autonomia política e financeira dos estados e municípios;

<sup>23</sup> Id. *ibid.*

<sup>24</sup> Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior, Secretaria de Planejamento da Presidência da República. *Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde* — Prevsauúde. Brasília, ago. 1980. mimeogr.

<sup>25</sup> Ministério da Previdência e Assistência Social. Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social. MPAS, Brasília, 1982.

— discutir as perspectivas e possibilidades do processo de regionalização à luz do atual momento político, econômico e social brasileiro e das novas propostas que emergem em relação ao setor saúde.

### 3. *Alguns aspectos teórico-conceituais*

Não se pretende, neste item, realizar uma extensiva revisão teórica e conceitual sobre o tema, já que qualquer avanço em relação à literatura existente exigiria uma maior disponibilidade de tempo para leitura e elaboração do trabalho. Dessa forma, como já foi referido na Apresentação, trata-se apenas de situar as principais noções existentes, sem a pretensão de desenvolvê-las, ou muito menos, esgotá-las.

#### 3.1 Centralização *versus* descentralização

Para discutir os conceitos de centralização e descentralização utilizar-se-á, principalmente, estudo desenvolvido por Vieira,<sup>26</sup> que analisou esse processo em 45 países, no seu trabalho de tese. Para esse autor os conceitos de centralização e descentralização precisam ser percebidos como complementares e não antíteses. Ambos devem ser tratados como partes de um espectro, ao longo do qual situam-se os diferentes países. É de fundamental importância que a descentralização seja considerada como um fenômeno dinâmico, e não estático, subentendendo-se a existência de um contínuo que liga os dois pólos.

Inexiste um termo que defina com precisão o contínuo centralização e descentralização, de maneira a evitar ambigüidade.

A descentralização costuma emergir como pólo positivo, ao qual se associam valores como liberdade individual e autogoverno democrático, em contraposição à centralização, considerado o pólo negativo, geralmente associado à autocracia. A análise política do problema geralmente tem sido baseada numa posição doutrinária apriorística: descentralização é bom e centralização é mau.

Os países geralmente estão submetidos a um sistema misto, com elementos dos dois extremos. Há a necessidade de se estudar quais os fatores ligados à descentralização que possam levar à democracia, e não simplesmente pressupor que a descentralização, por si mesma, seja suficiente para assegurar a existência de instituições democráticas.

Os esforços dos cientistas políticos para analisar cientificamente a questão têm esbarrado em dificuldades metodológicas que vão desde a polarização concedida aos dois termos e dificuldades para identificar, nos vários países, os diferentes graus de descentralização, até a deficiência de índices para efetivação dessa análise, já que o processo de descentralização sofre interferência de variáveis geográficas, históricas, econômicas, políticas, sociais e culturais.

A descentralização tem sido definida como o processo pelo qual se investem estruturas políticas e administrativas locais de autoridade para formulação de diretrizes políticas e desempenho de funções locais, abrangendo tanto o processo de descentralização quanto o de devolução de poderes. Nesse conceito, ao

<sup>26</sup> Vieira, P. R. *Em busca de uma teoria de descentralização*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, 1971.

qual se refere Vieira,<sup>27</sup> a “desconcentração” relaciona-se com a descentralização na execução de serviços, enquanto que o que foi chamado de “devolução de poderes” refere-se à soma de poderes que são outorgados à administração local pelo governo central. O autor, entretanto, reconhece que a definição não é operacional, necessitando aperfeiçoarem-se indicadores de descentralização, para que a mesma possa ser medida e comparada entre os diversos países.

Por definição, nenhuma unidade descentralizada é completamente autônoma. Um governo central pode exercer controle sobre as unidades descentralizadas de diversas maneiras inter-relacionadas, compreendendo desde o poder de rever algumas ou todas as decisões locais, até a prerrogativa de criar, modificar ou mesmo extinguir as unidades descentralizadas, bem como determinar a respectiva competência.

Nos países em que a descentralização decorre da própria Constituição, essa competência é geral ou intrínseca, podendo as unidades descentralizadas fazer tudo quanto não seja especificamente vedado ou não seja atribuição exclusiva de alguma outra unidade de governo. As unidades locais, nestes países, são geralmente muito autônomas, o que não garante, entretanto, que sejam suficientemente fortes ou verdadeiramente descentralizadas.

A descentralização tem sido encarada como terapêutica para todos os males e antídoto para retrocessos e involuções, porém não se busca referências teóricas que permitam a compreensão científica do processo. Este, como já mencionado por Vieira,<sup>28</sup> tem uma relação dinâmica com um outro, de natureza antagônica, que é a centralização, do que resultam três consequências simples:

- a) inexistência de descentralização em termos absolutos, o que afastaria, por si só, a centralização;
- b) existência de graus ou níveis de descentralização com graus e níveis de centralização;
- c) dimensão temporal de descentralização, já que a concepção dinâmica de graus de descentralização, ao invés da dicotomia centralização *versus* descentralização, pressupõe mudanças em determinados sistemas.

Surge, então, uma indagação: o que favorece ou o que obstaculiza a descentralização? A resposta está em que esse processo é um fenômeno de configuração política, referindo-se sempre à busca, manutenção ou perda do poder e, conforme o grau assumido, da transferência de poder de pontos centrais a pontos periféricos.

A partir disso aparecem duas colocações. Primeira, a descentralização pressupõe, em todos os casos, a transferência de poder do centro para a periferia, sem ruptura na comunicação. Segunda, o sistema pode ser visto da perspectiva de um macrossistema de relações intergovernamentais em determinada sociedade estruturada, até a perspectiva comportamental entre chefes e subordinados. Portanto, os fatores condicionantes de maior ou menor grau de descentralização assumem características essencialmente políticas.<sup>29</sup>

Há uma outra dimensão importante quando se trata de transferência: faz-se necessário distinguir entre delegação de poder para decidir sobre fins e/ou meios, e mera transferência de atribuições, sem o correspondente poder decisório.

<sup>27</sup> Id. *ibid.*

<sup>28</sup> Id. *ibid.*

<sup>29</sup> Id. *ibid.*



O autor conclui, então, que descentralização envolve crença, filosofia, ideologia, atitude, comportamento e ação. Significa acreditar em competência periférica do sistema, com a ampliação de suas áreas de atuação, através de iniciativas próprias locais. Por outro lado, a centralização favorece a padronização e aparente eficiência burocrática, enquanto a descentralização propicia inovação, criatividade e eficácia organizacional.<sup>30</sup>

Para Lima,<sup>31</sup> a descentralização tende a simplificar a estruturação burocrática das organizações de larga escala e seu objetivo estratégico é aproximar o processo de tomada de decisões dos locais onde as coisas são produzidas.

Numa dimensão mais ampla, voltando à análise de Vieira,<sup>32</sup> o desenvolvimento nacional, do ponto de vista econômico, político e social, está ligado aos aspectos de centralização e descentralização. Aparece como hipótese razoável o fato de que a descentralização é capaz de propiciar algum grau de desenvolvimento aos países subdesenvolvidos, por aliviar a administração central e criar condições para o estabelecimento ou fortalecimento de comunidades locais. Além disso, a descentralização é considerada importante nos países em processo de desenvolvimento, em função da urgência da expansão dos serviços públicos, que requer um aumento considerável do número de atividades governamentais. Uma outra expectativa é a de que a descentralização envolve a participação efetiva do povo nos programas e atividades governamentais, o que parece ser uma das principais variáveis em todo o processo de desenvolvimento nacional.

A descentralização não é, portanto, um fenômeno simples, e nem pode ter existência isolada do sistema geral, onde o político, o econômico, o social e outras variáveis se inter-relacionam.

A participação política é uma variável significativa e parece estar intimamente relacionada com a descentralização. Talvez seja a mais importante para a eficácia da descentralização e sua ausência prejudica a conjugação de recursos locais para a solução de problemas comuns.

Vieira<sup>33</sup> cita alguns exemplos do mundo atual, que apontam a descentralização como uma variável importante no processo de desenvolvimento econômico e de mudança social.

Uma pesquisa realizada nas comunas chinesas mostra que seu primeiro surto de desenvolvimento esteve vinculado à descentralização da maquinaria industrial e administrativa. Na Indonésia há um processo de descentralização do poder decisório na administração. Na Iugoslávia, a solução do problema do equilíbrio econômico e do desenvolvimento social está se processando através da nacionalização dos meios de produção, pela atribuição, aos trabalhadores, da responsabilidade de principais agentes do processo global de desenvolvimento.<sup>34</sup>

Por fim, referindo-se à questão da descentralização em relação aos serviços de saúde, o comitê de especialistas da OMS, em 1972,<sup>35</sup> concluiu que não existem modelos rígidos de centralização ou descentralização. Os serviços sanitários estão sujeitos ao modelo adotado em cada país, possuindo dentro do mesmo características especiais próprias. A centralização e a descentralização podem ser consideradas sob dois pontos de vista: o estrutural e o administrativo. O

<sup>30</sup> Id. *ibid.*

<sup>31</sup> Lima, Mozart de Abreu e. *op. cit.*

<sup>32</sup> Vieira, P. R. *op. cit.*

<sup>33</sup> Id. *ibid.*

<sup>34</sup> Id. *ibid.*

<sup>35</sup> OMS — Organización de las Administraciones Locales e Intermedias de Sanidad. *Serie de Informes Técnicos*, Ginebra, n. 499, 1972. 27 p.

estrutural refere-se à distribuição de recursos entre centro e periferia, enquanto o administrativo à tomada de decisões. A complexidade dos serviços de saúde tem levado à presença de grandes instituições que requerem centralização estrutural. Geralmente os países adotam a descentralização para a assistência primária e a centralização quando se trata da medicina especializada.

Segundo o conceito utilizado pela OMS, descentralização é a “dispersão de um mesmo tipo de trabalho ou de atividade, com plenos poderes executivos, para as autoridades competentes de diversos setores afastados do centro, com o que o trabalho se aproxima da fonte iniciadora da atividade”.<sup>36</sup>

### 3.2 Regionalização dos serviços de saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde,<sup>37</sup> a regionalização dos serviços sanitários consiste em racionalizar os serviços, de modo que prestem assistência sanitária completa a uma coletividade ou a um grupo de coletividades. Nesse contexto afeta os serviços sanitários locais e os intermediários e recomenda que a assistência e o apoio sanitários se distribuam mediante os recursos estrategicamente situados na área da(s) comunidade(s) atendida(s).

A nível internacional, a regionalização implica o uso comum de recursos por grupos de países, para conseguir o aproveitamento ótimo daqueles.

A OMS vincula a questão da regionalização à da centralização *versus* descentralização, entendendo que a regionalização dos serviços sanitários pode ser um processo centralizado ou descentralizado. Nesse sentido, seu propósito seria ajustar as normas centrais ao contexto local, tendo em conta determinadas circunstâncias demográficas e epidemiológicas e um melhor aproveitamento dos recursos.<sup>38</sup>

Ainda segundo entendimento da OMS, a regionalização teria sido historicamente uma consequência natural do aumento quantitativo e qualitativo dos serviços, quando surgiram obstáculos ao poder central em manter uma vigilância executiva e eficaz dos mesmos. Assim, teria sido gerada uma nova estrutura orgânica dos serviços de saúde, mantendo o controle central, porém fomentando a gestão local. Como já foi analisado no primeiro capítulo, os determinantes da regionalização não se explicam, exclusivamente, dos pontos de vista técnico e administrativo, conforme parece fazer crer a colocação da OMS.

Esse organismo estabelece, ainda, critérios para a definição de uma região, que são, basicamente, as características físicas, circunstâncias econômicas e planos de desenvolvimento. Quanto à prestação dos serviços de saúde, considera a região como a máxima unidade abarcada pelo usuário, a mínima unidade apta para a luta contra as doenças ou a unidade mais vasta compatível com as boas comunicações.<sup>39</sup>

No I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em 1979, Lima disse que a regionalização, como princípio aplicado ao setor saúde, tem o objetivo de “proporcionar a organização racional de diferentes serviços, através da coor-

<sup>36</sup> Id. *ibid.*

<sup>37</sup> Id. *ibid.*

<sup>38</sup> Id. *ibid.*

<sup>39</sup> Id. *ibid.*

denação de unidades operativas e atividades num sistema de complexidade crescente e interdependente, a partir da atenção primária de saúde".<sup>40</sup>

Este princípio baseia-se na idéia de que um sistema de saúde deveria estar organizado em níveis (periferia-centros de influência e referência político-econômico-cultural), entre os quais haveria articulação funcional atendendo tanto à imperiosidade da racionalidade econômica, como às necessidades da comunidade. Para esse autor, os objetivos da regionalização exigem uma unidade de doutrina e comando nos vários níveis e ainda a existência real de uma rede básica de serviços de saúde. Além disso, a unidade central do sistema deve ter uma função normativa e controladora. Deve-se proceder à delegação de autoridade e responsabilidade executiva às unidades federativas, que passariam a exercer a administração do sistema e a operacionalização das unidades de saúde do segundo e terceiro níveis, cabendo aos municípios desempenhar as atividades de atenção primária, de penetração rural e a operação da rede básica.<sup>41</sup>

Na VII Conferência Nacional de Saúde,<sup>42</sup> o grupo de trabalho do tema Regionalização adotou o conceito de "processo de descentralização, que tem por objetivo hierarquizar, disciplinar e operar uma rede de serviços de saúde, sob a forma de complexidade crescente, de acordo com as necessidades da população". Como se observa, este conceito explicita o pressuposto da descentralização, e leva também em conta, como o anterior, as necessidades da população, embora não fique claro se as mesmas referem-se a necessidades de saúde ou de serviços de saúde, noções que, naturalmente não podem ser superpostas.

Sonis,<sup>43</sup> por sua vez, considera indispensável ao processo de regionalização sanitária, além dos elementos já citados, a existência de uma "fonte financeira suficiente e oportuna" que assegure um manejo de fundos flexível pelos níveis operativos, entendendo que não existe descentralização executiva sem descentralização financeira.

Hoje, dificilmente se irá encontrar em textos oficiais, ou de autores preocupados com a questão, o termo regionalização isolado de outros elementos como integração interinstitucional, racionalização na utilização de recursos humanos e materiais, participação comunitária e hierarquização dos serviços, entre outros.

A hierarquização dos serviços de saúde é um conceito que está ligado à regionalização, pelo qual o subsistema de prestação de serviços deve organizar-se numa ordem de complexidade crescente das unidades operacionais. Coloca-se como princípio básico da hierarquização que o nível ambulatorial disponha de todos os serviços mais elementares.<sup>44</sup>

Alguns princípios de regionalização são de fundamental importância para se estabelecer a hierarquização dos serviços de saúde, tais como a suficiência de serviços, aspectos econômicos, integração, desconcentração, descentralização e flexibilidade.<sup>45</sup>

<sup>40</sup> Lima, Mozart de Abreu e. op. cit. p. 120.

<sup>41</sup> Id. ibid.

<sup>42</sup> Ministério da Saúde. Relatório do Grupo de Debate. Subtema n.º 1: Regionalização e organização de serviços de saúde nas unidades federadas. In: Conferência Nacional de Saúde, 7, Brasília. *Anais*. Brasília, 1980. p. 157-61.

<sup>43</sup> Sonis, A. et alii. *Medicina sanitaria y administración de salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1976.

<sup>44</sup> Ministério da Saúde. Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas. *Regionalização*. Minas Gerais, s.d. mimeogr.

<sup>45</sup> Id. ibid.

As necessidades de saúde é que devem determinar a complexidade das tarefas a serem desenvolvidas pelas unidades, porém a distribuição ótima seria aquela de centralizar as unidades mais complexas e descentralizar as mais simples, a fim de que todas as pessoas tivessem acesso a todas as ações básicas, ou seja, ao atendimento ambulatorial.<sup>46</sup>

Do ponto de vista técnico-operacional, quando se pretende implantar em determinada área um sistema regionalizado, o estudo das variáveis e das técnicas tem contribuído para a distribuição dos serviços de uma forma igualitária.

Numerosos projetos têm sido elaborados, com o objetivo de tentar organizar os serviços públicos quanto a acesso, utilização, custo, eficiência e equidade na sua distribuição.

Os métodos que analisam a instalação de unidades para atender às demandas de serviços de saúde e procuram maximizar o acesso das pessoas aos mesmos, denominam-se técnicas de cobertura, que observam as restrições impostas pelas variáveis tempo e distância. A análise da cobertura envolve estudos quanto à natureza da demanda e oferta de serviços, relações geográficas entre as demandas e objetivos que se pretende alcançar.

Eaton e outros autores<sup>47</sup> apresentam algumas técnicas de cobertura que tentam alocar unidades em todos os pontos de demanda, representados pelos assentamentos humanos, observando-se, nessa análise, as questões de tempo, distância, quantidade e tipo de serviços a serem oferecidos.

No Brasil, o Ministério da Saúde, a partir de 1976, vem orientando a implantação da rede de serviços básicos, inicialmente através da Piass, para a região Nordeste e, posteriormente, ampliado para outras regiões do país. O modelo, aplicável principalmente com base em áreas rurais, pressupõe os níveis e atribuições apresentados a seguir.

No primeiro nível, o de atenção primária, encontram-se os postos e centros de saúde. O posto de saúde é a unidade mais simples do sistema e sua localização se dá em áreas rurais (distritos, vilas e povoados). A clientela que deve ser atendida está determinada em torno de duas mil pessoas. A operação dos seus serviços está a cargo do auxiliar de saúde, indivíduo de nível elementar que recebe um treinamento especial para a execução dessas ações básicas. Deve contar com o apoio de uma unidade maior, situada na sede do município.

O centro de saúde é a unidade responsável pela supervisão e apoio aos postos de saúde. É implantado em periferias urbanas ou sedes de municípios, devendo oferecer serviços para aproximadamente 6 mil pessoas. Suas atividades são as mesmas do posto, acrescidas de consulta médica e/ou odontológica. Seu nível de complexidade é maior.

A nível secundário está a unidade mista ou hospital local, que, além das atividades ambulatoriais, oferece serviços de internação.

O nível terciário da prestação de serviços é desenvolvido pelo hospital regional ou centro regional de saúde. Sua localização é no município mais estratégico de uma microrregião sócio-geográfica e tem por função a supervisão, coordenação, administração e apoio às outras unidades de saúde.

Além do estabelecimento dos vários níveis e de sua articulação, o ministério também recomenda que a orientação do processo seja coordenada pelo setor pú-

<sup>46</sup> Id. *ibid.*

<sup>47</sup> Eaton, D. et alii. *Análisis de ubicación: una guía para los planificadores de Servicios de Salud. Technical Papers*, University of Texas at Austin, Series n.º 20, 1979.

blico, em articulação com os demais, pressupondo uma definição de responsabilidades para cada um dos setores envolvidos no sistema.

O acesso ao sistema de saúde deve dar-se através dos serviços básicos, exceto em alguns casos de emergência, para o que este nível primário deverá estar implantado e devidamente capacitado para atender à maioria dos problemas.

Recomenda ainda que, na definição do âmbito de atenção de cada nível, algumas medidas devem ser tomadas, as quais se referem à padronização de condutas, de medicamentos e equipamentos, e ainda ao uso de sistemas de supervisão, informação, avaliação e abastecimento.

Uma das áreas que talvez mais tenha avançado no desenvolvimento de uma proposta de regionalização, em todo o Brasil, foi a região de Montes Claros, em Minas Gerais; daí a mesma ser tomada como exemplo ilustrativo.

Segundo o referido projeto,<sup>48</sup> a elaboração de um modelo de saúde regionalizado para esta área baseou-se em razões de ordem econômica (concentração de população e de renda), estratégica, administrativa e até psicológica (maior viabilidade do sistema quando há maior participação das autoridades locais).

Através da utilização de critérios de interação espacial e estudos de fluxos de demanda, definiram-se os vários níveis, que seriam, do centro para a periferia:

— região — no que diz respeito à saúde, deve apresentar certa homogeneidade, interdependência espacial entre o conjunto de municípios, idealmente ~~uma~~ uma universidade, recursos de saúde adequados para seu centro gravitacional, e conter população em torno de um milhão de habitantes;

— área programática — deve ter recursos permanentes para promover saúde, prevenir doenças e recuperar doentes; deve também ser polarizada por uma cidade e conter população em torno de 100 a 150 mil pessoas;

— nível local que comporta, para fins operacionais, divisão em rural, periurbano e urbano.

Assim, dentro desta lógica administrativa, os serviços se dispõem também segundo níveis hierárquicos, com suas respectivas características e atribuições, da forma como se segue, da periferia para o centro: unidades auxiliares de saúde ➤ unidades ambulatoriais gerais ➤ unidade ambulatorial especializada ➤ hospitais locais ➤ hospitais distritais ➤ hospital regional.<sup>49</sup>

#### 4. *A proposta de regionalização dos serviços de saúde no Brasil: uma tentativa de análise*

##### 4.1 Aspectos político-institucionais

O desenvolvimento da proposta da regionalização do setor saúde no Brasil, que parece encerrar em si mesma um certo grau de racionalidade, o que teria levado, provavelmente, a que fosse defendida por muitos setores técnicos “progressistas” da área de saúde, apresenta uma distância considerável entre os princípios teóricos da sua formulação, a sua incorporação pelos organismos oficiais que definem a política de saúde, e a sua tradução na prática das instituições

<sup>48</sup> Ministério da Saúde. Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas. op. cit.

<sup>49</sup> Id. ibid.

que foram incumbidas de executá-la. Identificar e discutir estes pontos problemáticos do desenvolvimento da regionalização no Brasil constitui-se no propósito específico deste item.

Propostas “racionalizadoras” como a da regionalização, que surgem em certos momentos integrando as políticas sociais num determinado país, estão profundamente relacionadas com o contexto sócio-econômico-político do mesmo. Assim, a análise de sua viabilidade deve, necessariamente, levar em conta os interesses das várias forças sociais em jogo, ao lado dos aspectos meramente técnicos ou operacionais.

Se, por um lado, o Ministério da Saúde, e mais recentemente o MPAS apregoam a regionalização, hierarquização e descentralização, como meios de racionalizar os serviços, de distribuir competências e responsabilidades, propondo inclusive a participação da população na condução dos serviços de saúde,<sup>50</sup> por outro a centralização do poder e a acumulação de capital constituem-se em fatores fundamentalmente inepeditivos.

Para entender as colocações anteriores torna-se necessário analisar a natureza do Estado brasileiro. Adotando a concepção de autores como Poulantzas e Hirsch, de “um campo complexo de relações entre classes e frações de classes, onde não existe homogeneidade no interior das classes dominadas, nem ao nível das classes dominantes e nem do próprio bloco no poder”,<sup>51</sup> o Estado seria instrumento de reprodução da sociedade, tendo os aparelhos institucionais um papel orgânico na luta e na dominação políticas, embora não sendo mero reflexo destas lutas de classes.

Estas colocações teóricas justificam-se no sentido de entender que as propostas racionalizadoras assumidas pelo Estado, em determinados momentos, principalmente de crises econômicas com conseqüências na esfera social e política, têm que atentar para os diversos interesses em jogo. Assim, no caso do setor saúde brasileiro, elas se confrontam com os interesses do complexo médico-industrial, que realizam a acumulação do capital do setor saúde,<sup>52</sup> em detrimento da “tarefa de manter e ampliar a rede de serviços públicos de saúde, sustentáculo de qualquer sistema descentralizado e regionalizado, voltado aos interesses e necessidades reais do povo” a que se referia Almeida,<sup>53</sup> no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde.

Para melhor entender a realidade brasileira, alguns aspectos históricos merecem ser brevemente mencionados, embora já tenham sido abordados no primeiro capítulo, e estejam presentes na maioria dos textos que analisam a conjuntura de saúde no Brasil.

O período pós-64 caracterizou-se por uma aceleração do crescimento econômico às custas do aumento da dívida externa e concentração de renda, com conseqüente perda de poder aquisitivo pela população. Este quadro processou-se dentro de um regime político autoritário e centralizado (no âmbito do setor

<sup>50</sup> Ministério da Previdência e Assistência Social. op. cit.; Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério do Interior, Secretaria do Planejamento da Presidência da República. Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde — Prevsauúde — Brasília, agosto. mimeogr.

<sup>51</sup> Hirsch, J. Observações teóricas sobre o Estado burguês e sua crise. In: Poulantzas, N. *O Estado em crise*. Rio de Janeiro, Graal, 1977. p. 85-113.

<sup>52</sup> Paim, J. S. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. op. cit.

<sup>53</sup> Almeida, M. J. de. Debate sobre o tema descentralização e regionalização das atividades de saúde. In: Simpósio sobre Política Nacional, 1, Brasília, 9 e 11 de outubro. *Conferências*. Brasília. Câmara dos Deputados, 1980. p. 125-30.

saúde temos o exemplo da unificação do INPS). Nesse momento, a ampliação dos benefícios da previdência social, no caso da atenção médica, deu-se às custas da compra de serviços de terceiros, beneficiando o setor privado da saúde. Esses interesses privados, reforçados por outros instrumentos fornecidos pelo Estado — recursos do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), por exemplo — passam a comandar a política de saúde a partir desse instante, assumindo crescente poder de barganha, pela sua capacidade organizativa, através de entidades como Federação Brasileira de Hospitais e Associação Brasileira de Medicina de Grupo, que vêm a se constituir em fortes blocos de pressão.<sup>54</sup>

A acentuação da crise econômica determinada pela crise internacional e pelos problemas internos trouxe como consequência a insatisfação social e política, determinando, por exemplo, a perda das eleições por parte do Governo, em 1974.

Nesse momento o Estado tem que recolocar as suas questões de eficácia político-ideológica, o que requer várias medidas racionalizadoras. Uma delas consiste em recorrer aos serviços públicos de saúde, como o teste de vários modelos fundamentados na proposta de extensão de cobertura, que trazem no seu bojo a concepção de regionalização dos serviços. A partir daí verificam-se os interesses contrários dos blocos de pressão acima referidos, o que culminou, por exemplo, num determinado momento, no retrocesso de um plano como o Prevsauúde.<sup>55</sup>

Vê-se, portanto, como já foi mencionado anteriormente, que a proposta da regionalização não se restringe a uma questão técnica, mas tem um forte componente político relacionado com a estrutura de poder, que não pode deixar de ser analisado, no sentido de detectar os vários interesses dos diferentes atores sociais envolvidos.

É importante avaliar, no plano da correlação de poder, como se coloca a força do órgão proponente, ou seja, o Ministério da Saúde, diante das forças contrárias, representadas pelo complexo médico-industrial. Até onde pode ter viabilidade uma proposta advinda de um setor que tem um dos menores orçamentos da União, com conseqüente redução do poder de barganha, e que intenta implementá-la através das secretarias estaduais de saúde, órgãos igualmente frágeis, em sua maioria (isto considerando já a restrição de descentralizar um único setor, quando os demais encontram-se centralizados).

Resta, então, perguntar, como fez Almeida,<sup>56</sup> por ocasião do I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde: Em que medida as instituições proponentes estão, de fato, assumindo seu discurso? O autor cita o exemplo da lei que cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS) que, embora não se propondo a alterar substancialmente a estrutura de poder no setor saúde brasileiro, ainda assim, na prática, foi inviável de se concretizar.

Uma outra questão vinculada à anterior é a de como viabilizar um sistema regionalizado de serviços, na presença de uma grande variedade de instituições com objetivos e lógicas diferentes, às vezes até internamente ao próprio setor público.

A forma que tem sido utilizada para contornar esta questão da multiplicidade das instituições é o estabelecimento de instrumentos legais, como os convênios,

<sup>54</sup> Oliveira, J. Aula proferida no I Curso Internacional em Política e Administração de Saúde para a América Latina e o Caribe. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública (Proasa), out. 1982.

<sup>55</sup> Id. *ibid.*

<sup>56</sup> Almeida, M. J. de. *op. cit.*

que têm apresentado vários problemas na sua consecução como ingerências político-partidárias, administrativas etc. O convênio celebrado em Niterói, por exemplo, uma das áreas de experimentação do Conasp na instituição de um sistema regionalizado, vincula os três níveis (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Universidade Federal Fluminense) ao Inamps. Entretanto, o compromisso mútuo dos órgãos restringe-se a um "protocolo de cooperação", bastando que um deles resolva romper o convênio, para que toda a estrutura se comprometa. Esse fato não é muito incomum na realidade política brasileira, mesmo considerando que o estado e o município passam a perceber mais do Inamps, após o convênio.

Como integrar serviços de lógicas distintas? A racionalidade do setor privado é a do lucro, o que parece incompatível com o discurso de um sistema articulado com o objetivo de oferecer serviços mais adequados à população. Verifica-se que em outros países da América Latina, como Honduras, Costa Rica e Colômbia, foi possível colocar em prática a regionalização dos serviços, pelo fato do setor privado ser quase insignificante.

Como viabilizar este modelo sem proceder a uma realocação dos recursos financeiros, reduzindo a aplicação que se faz atualmente em atividade de alto custo, com predomínio da rede hospitalar privada, para alocá-los, preferentemente, numa rede básica de saúde, conforme preconiza a lógica do sistema regionalizado? Como proceder a isto diante de uma realidade em que os serviços públicos, além de proporcionarem baixa cobertura, não dão conta dos níveis secundário e terciário do sistema? Torna-se necessário redefinir a participação dos setores público e privado na prestação dos serviços de saúde, problema que tem que ser enfrentado por qualquer proposta de regionalização no Brasil. Contra isto colocam-se, entretanto, os fortes interesses do setor privado, que se vem beneficiando com a transferência da maior parcela de recursos do setor público destinado à saúde, através da previdência social, tendo todo o interesse em continuar incentivando a demanda de serviços de elevado grau de sofisticação.<sup>57</sup>

Cabe lembrar, apesar de discutível, um aspecto colocado por Viana,<sup>58</sup> por ocasião da VII Conferência Nacional de Saúde, em 1980. O autor questiona se uma maior descentralização para os níveis estaduais e municipais, por serem estes mais frágeis, não os exporia mais facilmente às pressões dos fortes setores empresariais privados, que têm hoje que se enfrentar com organismos de âmbito nacional.

Em contraposição a essa idéia, embora também a nível de suposição, é possível pensar que a descentralização poderia favorecer o surgimento de alianças entre aqueles níveis classificados como frágeis e outros setores da sociedade que hoje não se manifestam, ou o fazem de forma precária.

A dualidade de comando no setor público (MS e MPAS) tem sido também considerada um fator impeditivo, embora pareça ser mais consequência que causa das distorções do modelo. Entretanto, parece lógico admitir, concordando com Lima,<sup>59</sup> que se torna bastante difícil regionalizar, descentralizar, atribuir responsabilidades específicas a estados e municípios, se a nível federal existe uma dicotomia na coordenação do sistema.

<sup>57</sup> Araújo, J. D. de. Debate sobre o tema descentralização e regionalização das atividades de saúde. In: Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, 1. Brasília, 9 a 11 de outubro de 1979. *Conferências*. Brasília, Câmara dos Deputados, 1980. p. 135-8.

<sup>58</sup> Viana, S. M. Os programas de extensão de cobertura: limitações, dificuldades e riscos. In: Conferência Nacional de Saúde, 7, Brasília. *Anais*. Brasília, 1980, p. 105-8.

<sup>59</sup> Lima, Mozart de Abreu e. op. cit.



Ainda dentro da concepção adotada, o Estado, nas suas relações com classes dominantes e dominadas, assume um certo grau de autonomia, o que confere ao complexo burocrático um papel mais ativo. Essa categoria, definida pela sua atuação a nível superestrutural, tem uma percepção própria dos problemas e passa a defender seus interesses específicos, quer sejam econômicos, de poder ou de *status*, influenciando nas políticas sociais que emanam do Estado.<sup>60</sup> Em todos os níveis do setor saúde o poder está disperso de acordo com uma rede, na concepção de Testa,<sup>61</sup> e a identificação destes micropoderes torna-se imperiosa para o entendimento da decomposição por que passa uma proposta como a aqui analisada.

Um aspecto que não pode deixar de ser abordado na análise da regionalização é a “participação comunitária”. Esta questão tem sido fartamente contemplada nos diversos documentos oficiais que tratam de qualquer proposta de aumento da cobertura. No entanto, esses mesmos documentos não têm dado atenção à discussão de como deve dar-se esta participação, o que tem ensejado encarar-se o engajamento da comunidade como mera forma de reduzir os recursos demandados para o setor através do seu uso como mão-de-obra não remunerada, ou remunerada abaixo do custo, na execução dos serviços. Ou ainda, num contexto mais amplo, aliviar tensões sociais, canalizando-as para uma “participação controlada” no setor saúde.

Dentro do quadro deste trabalho seria difícil considerar as propostas de descentralização, regionalização e hierarquização sem, ao mesmo tempo, pensar a participação das comunidades da forma que atenta para uma intervenção integral dentro de todo o processo, desde as discussões sobre as primeiras idéias até o controle da execução dos serviços, gastos etc.

Não é intento estabelecer uma relação mecânica entre a descentralização de atribuições, e uma elevação qualitativa e quantitativa na participação da população. Todavia, é lícito imaginar que numa rota de aproximação do poder com os cidadãos (ainda que restrito, pois só se refere à saúde), estariam estabelecidas algumas das condições básicas para uma maior participação destes.

Raciocinando no sentido inverso, um crescimento na responsabilidade da comunidade para com sua situação de saúde poderia tender a aproximar dela o centro das decisões, propiciando espaço que concedesse maior peso aos seus interesses.

As duas hipóteses são, no mínimo, discutíveis, e necessitariam uma abordagem mais aprofundada, o que não é propósito deste estudo.

É necessário ainda, dentro desse tópico do trabalho, levantar algumas considerações a respeito da questão da autonomia de poder, medida pela autonomia financeira dos estados e municípios, e sua vinculação com o tema.

A proposta da regionalização e da hierarquização, quando passa pela via da descentralização, isto é, quando envolve planejamento e prestação dos serviços, está profundamente imbricada na relação harmônica e independente entre os diversos poderes da federação.

Não se trata aqui de discutir a regionalização vista sob o enfoque míope de nova delegação na realização das ações finais, porém vê-la como um dos elementos fundamentais para o florescimento das peculiaridades político-econômico-sociais de cada região e a busca de soluções no âmbito de suas realidades. Ainda mais: vê-la como uma possibilidade de corte na cadeia tutelar que a União de-

<sup>60</sup> Oliveira, J. op. cit.

<sup>61</sup> Testa, M. *Planificación estratégica en el sector salud*. Cendes, UCV, 1981. mimeogr.

semprenha nas suas relações com os poderes estaduais e municipais, devolvendo-lhes a autonomia necessária para as definições de ações sobre os seus problemas de saúde. Vale lembrar que esta autonomia foi retirada em nome de uma efetividade técnica que não mostrou sua face racional e que, sobretudo, distorce o componente político que se manifesta neste quadro.

Falar em descentralização, regionalização e hierarquização, portanto, é falar em autonomia interpoderes, sendo, entretanto, “utópico proclamar a autonomia (...) dos estados e municípios, sem lhes proporcionar, no plano financeiro e econômico, a cobertura dos recursos necessários para que aquela autonomia se converta em realidade”.<sup>62</sup> Dito de outra maneira, o depauperamento das arrecadações dos estados e municípios, que se torna dramático com a Reforma Tributária de 1967 retirou, de fato, o poder de decisão dessas duas instâncias, limitando-lhes a capacidade de ação, tornando-as dependentes das transferências de recursos arrecadados pela União e, ademais, impossibilitando-as de atuarem como instrumentos de redistribuição de riqueza.

Deve-se deixar claro, no entanto, que a descentralização, sob o ponto de vista financeiro, em si, não pode ser encarada como o único elemento que proporcionaria, em curto prazo, uma melhoria na qualidade da saúde da população. O que se lhe atribui é, principalmente, cumprir sua qualidade de condição indispensável para a interligação entre os fatos políticos, econômico e social — e a saúde aí incluída no espaço privilegiado para o exercício da cidadania — o município. Está claro que se isto é verdade, passará pelo poder de fato na esfera municipal, “pelo poder concreto dos prefeitos, pela possibilidade do prefeito gerir uma massa de recursos”.<sup>63</sup>

Frente à proposta de descentralização, regionalização e hierarquização, os municípios, em sua grande maioria, não têm podido definir suas políticas e/ou negociar suas atribuições dentro do sistema nacional de saúde. É claro que o alocador dos recursos tende a ser o decisor e, na melhor das hipóteses, os municípios podem gerir apenas a atenção básica oferecida à população. Resulta que uma proposta de regionalização e hierarquização, só se pode realizar quando todos os níveis da atenção estiverem intimamente coordenados, porque a ausência de um poder de barganha torna o sistema, no mínimo, instável.

A fim de lastrear com dados a situação referida, será apresentada adiante parte da análise realizada pela Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a apurar, em 1979, as causas do crescente empobrecimento dos estados e municípios, em face do sistema tributário nacional.<sup>64</sup>

Os dados apresentados permitem ver que é de real envergadura a queda de tributos disponíveis diretamente para os poderes estaduais e municipais. Esse processo se dá baseado em dois movimentos de controle dos orçamentos por parte da União. O primeiro determina que a parte mais substancial do orçamento seja obtida através de transferências, o que gera dependência e “subordinação da entidade receptora ao poder distribuidor”.<sup>65</sup>

Sem dúvida o expediente da transferência não é novo. Já na Constituição de 1946 é encontrado mas, por ser apenas um instrumento para complementar as receitas estaduais e municipais, não gerava o controle rígido agora exercido.

<sup>62</sup> Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a apurar as causas do crescente empobrecimento dos estados e municípios, face ao Sistema Tributário Nacional. Brasília, Câmara dos Deputados, 1979. mimeogr.

<sup>63</sup> Id. *ibid.* p. 34.

<sup>64</sup> Id. *ibid.*

<sup>65</sup> Id. *ibid.* p. 409.

Sobre o assunto, a Comissão Parlamentar de Inquérito já referida pronuncia-se da seguinte maneira: “A finalidade das transferências de receita, objetivada pela Reforma Tributária (...), foi a de compensar os estados e municípios pela perda de parte de seus instrumentos impositivos próprios. Esse objetivo na prática não foi jamais alcançado, eis que as unidades da federação sofreram expressiva redução na sua participação relativa no produto da receita do setor público (ver tabela 2), enquanto os municípios passaram a absorver considerável soma de encargos federais e estaduais, impossíveis de atender com suas receitas”.<sup>66</sup>

Tabela 1

Participação dos municípios na receita pública global de diferentes países (1979)

	(%)
EUA	46,8
Inglaterra	41,0
França	39,0
Itália	34,0
Brasil	1,2

Tabela 2

Participação relativa dos municípios e estados brasileiros nos valores globais arrecadados pelo setor público para os anos de 1957 e 1974

	1957 (%)	1974 (%)
Municípios	8,5	3,8
Estados	43,0	37,3

Tabela 3

Recursos efetivamente disponíveis para os estados brasileiros, nos anos de 1957 e 1974, referidos à arrecadação global do setor público

1957 (%)	1974 (%)
46,1	36,0

<sup>66</sup> Id. *ibid.* p. 29.

Tabela 4

Evolução da defasagem da receita tributária da União em relação à receita dos estados, no período 1957-76

De 1957 a 1965 (%)	De 1965 a 1976 (%)
de 10 a 20	55,84

*Fonte:* Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a apurar as causas do crescente empobrecimento dos estados e municípios, face ao Sistema Tributário Nacional. Brasília, Câmara dos Deputados, 1979. mimeog.

Outras causas do processo anteriormente referido podem ainda ser mencionadas:

- a elevação da dependência, por parte dos municípios, de operações de créditos para fins de suplementação de recursos. Cabe acrescentar que esses empréstimos recebem, quanto aos juros e à correção monetária, o mesmo tratamento dos financiamentos concedidos aos interesses privados;
- o binômio inflação/atraso na realização dos orçamentos e das transferências da União;
- as desigualdades regionais, agravadas pelo fato dos estados do Norte e Nordeste fornecerem basicamente matéria-prima e comprarem produtos industrializados produzidos pelos estados mais desenvolvidos;
- a inoperância da Justiça federal em questões que tratem dos débitos da União para com os estados e municípios;
- a concessão de isenção de tributos de cuja arrecadação participem outras esferas de poder, sem prévia consulta ou compensação das perdas de arrecadação decorrentes;
- a tomada unilateral de decisões pela União e pelos estados com reflexos sobre as municipalidades;
- o processo de migração para os grandes centros retira considerável volume de recursos materiais e humanos e, por outro lado, onera os municípios receptores, ampliando a contínua demanda de serviços;
- a impossibilidade da maioria dos municípios de manterem uma máquina arrecadadora, por absoluta falta de recursos.<sup>67</sup>

Dito isto, caberia reformular a questão: poderia um projeto de descentralização, regionalização e hierarquização, frente a esses obstáculos, realizar-se de maneira integral?

Em recente mesa-redonda, organizada pelo Projeto Radis, da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz,<sup>68</sup> o sanitarista José Noronha atribuiu ao aumento da autonomia dos estados e municípios, através de uma reforma tributária, uma grande importância na viabilização de qualquer proposta de regionalização e hierarquização. Lembrou, de forma prudente, que existem

<sup>67</sup> Id. *ibid.*

<sup>68</sup> ENSP/Fiocruz — *Projeto Radis* — reunião, análise, difusão de informação sobre saúde — Tema 1.1, Regionalização, municipalização, participação comunitária. O que a reforma tributária tem a ver com isso. Rio de Janeiro, jul. 1982.

limites nesta reforma, pois sempre haverá necessidade de realocar recursos tributários das regiões mais bem aquinhoadas para aquelas totalmente desassistidas.

O pronunciamento do economista César Maia tratou o tema no mesmo sentido, lembrando que uma reestruturação de poderes auxiliaria muito, mas a questão central ainda continuaria sendo o modo como a população participaria no sistema. Esse participante recusou a idéia de uma completa descentralização, procurando demonstrar a perversidade de um sistema tributário que, no limite, deixasse no município todo o tributo ali arrecadado, concentrando-o a favor daqueles poucos mais poderosos. Afirmou que o problema é saber quanto deveria ser repassado pela União para os municípios mais pobres.<sup>69</sup>

O ex-prefeito do município de Niterói, Moreira Franco, considera falsa a questão. Afirmou que a questão da autonomia caminha separada da questão dos recursos. Para ele, o município pode tomar as decisões e deve buscar recursos para realizá-los, e não autonomia.<sup>70</sup>

Dentro desta dimensão da problemática, poderiam ser sugeridos alguns parâmetros que possibilitassem medir o grau de harmonia ou de dependência dos sistemas estaduais e municipais diante da União. Um deles, como já foi citado, é o estabelecimento do grau de fragilidade na manutenção dos recursos colocados à disposição dos programas de saúde pelos órgãos da União, baseados em convênios que podem ser denunciados a qualquer momento, até ao sabor de uma mudança administrativa. Outro aspecto a ser analisado é qual o tipo de inversões feitas, considerando a exigência de contrapartidas por parte dos estados e municípios, se essas inversões referem-se a bens de capital, recursos humanos ou recursos materiais e quais as mudanças quantitativas que elas sofrem no decorrer do tempo. Por fim, há que se analisar a correlação entre o poder de negociação dos estados e municípios, no que tange ao campo técnico e transferência vertical da tecnologia pela União, associada à transferência de recursos. O que se tem constatado é que os estados e municípios mais pobres têm que aceitar a tecnologia determinada pela União.

#### 4.2 Aspectos técnico-operacionais

Apesar da maior importância dos aspectos político-institucionais já abordados, e bastante vinculados aos mesmos, apenas numa tentativa de sistematização foram analisados os aspectos técnicos, administrativos e operacionais relacionados com a questão da regionalização dos serviços de saúde, levantando-se alguns parâmetros que podem servir de subsídio à análise do desenvolvimento dessa proposta no Brasil.

Vale ressaltar que entendeu-se aqui regionalização enquanto forma de organização dos serviços, podendo sua abrangência espacial referir-se a um conjunto de municípios num determinado estado, ou a um único município onde se dispõem os serviços de saúde segundo os princípios da hierarquização e da complexidade crescente.

É necessário ainda registrar que as questões aqui colocadas fundamentaram-se, principalmente, na experiência de regionalização dos serviços de saúde no Nordeste brasileiro, mais especificamente, do estado da Bahia, desenvolvida es-

<sup>69</sup> Id. *ibid.*

<sup>70</sup> Id. *ibid.*

pecialmente a partir da implantação e implementação dos programas de extensão de cobertura.

O primeiro parâmetro a ser analisado é como se encontra distribuída a *rede de serviços* numa região, ou seja, até onde está garantida a auto-suficiência de atendimento desses serviços no sentido da existência de uma rede que comporte os três níveis de atendimento — primário, secundário e terciário — conforme está recomendado em todos os estudos que abordam a regionalização. Entra também aí a concepção de *hierarquização*. Segundo documentos técnicos,<sup>71</sup> a produtividade do sistema de saúde regionalizado está diretamente relacionada com a capacidade de retenção dos pacientes em níveis inferiores. Desse modo, o sistema pressupõe uma única porta de entrada, que seriam os cuidados primários de saúde. Seria interessante verificar este grau de resolução da nossa rede de serviços nos seus vários níveis e a articulação do nível primário com os demais da escala hierárquica do sistema. É sabido que, no Brasil, os níveis secundário e terciário, que envolvem atendimentos mais complexos, e deveriam dar apoio aos níveis inferiores, são de responsabilidade do setor privado, subsidiados pela previdência social. Logo, seria importante investigar, como já foi inclusive referido no capítulo anterior, mas agora sob um ponto de vista mais operacional, quais os obstáculos que se estão opondo, na prática, à articulação entre estes serviços, e que tipos de mecanismos estão sendo utilizados para sua viabilização.

Muito relacionada com o aspecto anterior está a idéia de *sistema de referência e contra-referência*. É reconhecida a necessidade de, ao se implantar um sistema regionalizado, além de organizar os serviços de forma escalar, distribuí-los convenientemente no espaço, centralizando as unidades mais complexas e descentralizando as menos complexas, com o objetivo de aproximar o cuidado primário das pessoas e garantir ao paciente o atendimento em todos os níveis, através do encaminhamento de um para outro nível, de acordo com a necessidade de sua patologia.<sup>72</sup> Na prática, o que se tem verificado é uma série de obstáculos ao acesso desses pacientes de um a outro nível, que se constituem em barreiras geográficas, econômicas ou de outra ordem. No caso da região Nordeste, e da Bahia, em particular, verifica-se, por exemplo, que em muitos municípios onde existe apenas um médico, o mesmo só está presente no centro de saúde durante um determinado período do dia, o que faz com que pacientes oriundos de lugares às vezes bastante distantes deixem de ser atendidos. Desse modo, não existe sistema de referência nem dentro do próprio nível primário, nem no interior de serviços públicos de saúde, pertencentes a uma mesma instituição mantenedora.

Outra questão relacionada com as anteriores é o *nível de aceitação da população* quanto ao estabelecimento dos níveis hierárquicos, tendo como porta de entrada determinadas unidades, quando espontaneamente ela já estabelece seu próprio fluxo. Todos os argumentos técnicos racionalizadores que norteiam a proposta de regionalização preconizam o confronto com os valores e aspirações da população, na busca de uma posição consensual.<sup>73</sup> O que acontece, na maioria das vezes, entretanto, é que a descentralização tem, quando muito, chegado aos serviços, não havendo a participação da população em nenhum momento da discussão sobre a organização do sistema, embora o princípio da

<sup>71</sup> Ministério da Saúde. Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas. op. cit.

<sup>72</sup> Id. *ibid.*

<sup>73</sup> Id. *ibid.*

participação comunitária esteja também presente em todos os textos oficiais que tratam da questão da regionalização. Na área rural, segundo Viana,<sup>74</sup> a rede primária teria maior possibilidade de lograr, de algum modo, o objetivo de sustar os pacientes, simplesmente porque há uma grande distância separando-os dos níveis especializados. Em áreas urbanas, a rigidez desse tipo de fluxo pode até mesmo vir a complicar a assistência, criando intermediação entre a população e a atenção médica à qual tem direito.

Um outro aspecto que vale mencionar é o da *inter-relação* que deveria manter, e que geralmente não mantém, o sistema institucionalizado com aquele *informal* de atendimento, utilizado amplamente pela população, especialmente em locais de difícil acesso ao sistema formal, pelas já referidas barreiras geográficas, econômicas e culturais.<sup>75</sup>

Um ponto fundamental seriam os parâmetros de análise da rede de serviços, nos seus diferentes níveis, do ponto de vista da sua dinâmica de *funcionamento e resultados*, que se propõe a alcançar junto à população. Assim pode-se tentar avaliar os serviços segundo critérios não apenas de acessibilidade, mas também de eficiência, cobertura e eficácia, conceitos já bastante desenvolvidos por parte da administração de saúde. Verifica-se então que essa rede só poderá cumprir o seu papel se tiver credibilidade e eficácia junto à população, ou seja, demonstrar que é mais rápido, seguro e confortável procurar a periferia, que os seus níveis mais complexos,<sup>76</sup> entendendo que a rede primária não pode ser apenas um mero distribuidor de pacientes para outros níveis. Não é difícil admitir, mesmo sem estudo mais criterioso do assunto, que vem ocorrendo exatamente o inverso na maioria dos serviços públicos brasileiros de saúde.

Para que se concretize a regionalização, além de organizar e dispor os serviços por níveis hierárquicos é importante a existência de organismos de apoio técnico e administrativo no âmbito regional, compatíveis com o novo quadro de responsabilidades a ser assumido por esse nível num sistema descentralizado. Seria, portanto, válido, verificar como está instalado o que se propõe a ser o centro de apoio técnico e administrativo para as ações de saúde, nível intermediário entre central e local, responsável pela coordenação do sistema regional de saúde em todos os seus aspectos, no sentido de identificar os recursos e adaptações necessários para que essas organizações possam desempenhar adequadamente seu novo papel.

Um primeiro parâmetro a analisar é a questão das *instalações físicas*, destacando-se por exemplo, os setores de armazenagem de materiais e medicamentos, sendo necessária uma estrutura de estocagem a nível regional, que permita o fornecimento, em tempo hábil, para as unidades de saúde garantindo, assim, um mínimo de eficiência aos serviços.

Vinculada ao aspecto anterior encontra-se a questão dos *sistemas de transportes* regionais. Pelo menos na região Nordeste, no caso específico da Bahia, as diretorias regionais de saúde não contam com o apoio necessário de transporte para o desempenho de suas funções, ocorrendo graves problemas de distribuição de materiais e de medicamentos, além de insuficiência da supervisão. Como fator agravante desta questão está a deficiência do sistema de comunicação entre os vários locais na área rural do Nordeste.

<sup>74</sup> Viana, S. M. op. cit.

<sup>75</sup> Ministério da Saúde. Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas. op. cit.

<sup>76</sup> Viana, S.M. op. cit.

Relacionado com praticamente todos os aspectos até agora levantados, mas digno de uma análise especial, coloca-se o problema dos *recursos humanos*. A proposta teórica de regionalização pressupõe uma distribuição equilibrada das tarefas ao longo da pirâmide de recursos humanos, de modo a otimizar sua participação. Entretanto, esta proposta, na prática, esbarra com inúmeras dificuldades que se situam no plano da *quantidade, qualidade e distribuição* desses recursos humanos. Em relação ao primeiro aspecto verifica-se que, apesar do grande impulso que teve a formação e diversificação do pessoal de saúde nos últimos anos, ele ainda parece ser insuficiente para suprir as novas necessidades e responsabilidades colocadas pelos serviços, a partir da ampliação da divisão técnica do trabalho em saúde. Verifica-se, ainda, uma grande deficiência na disponibilidade de pessoal de nível médio no setor, e uma quase-equivalência entre quantidade de pessoal de nível universitário e elementar. Analisando-se internamente os níveis de escolaridade, observa-se, por exemplo, uma grande predominância de médicos, em relação aos demais profissionais universitários da área de saúde.

Especificando-se o nível regional, verifica-se que o mesmo, no caso da Bahia, por exemplo, conta, na maioria das vezes, com equipe bastante reduzida para desempenhar as tarefas que lhe são atribuídas num processo de regionalização, ainda que incipiente.

A questão da distribuição de profissionais é de difícil abordagem, por envolver aspectos econômicos e sociais determinantes da concentração dos mesmos nos grandes centros urbanos, cuja reversão se torna bastante problemática, exatamente pela tendência predominante da maior concentração do poder econômico nesses grandes centros urbanos. Mesmo nas grandes cidades repete-se a desigualdade da distribuição, com concentração de profissionais nos centros e escassez nas periferias, onde são grandes os problemas de saúde.

O problema da qualidade nos remete à formação do pessoal na área de saúde, lembrando a consideração feita por Almeida<sup>77</sup> em debate no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, referente à incoerência entre a formação de técnicos altamente especializados, para um tipo de organização de serviço que pressupõe ampla rede de cuidados básicos, gerais, apoiado por níveis de diferentes graus de complexidade. Inclui-se também, neste ponto, a deficiência do processo de educação continuada para todos os profissionais, e a preparação de pessoal para atuar a nível de gerência dos serviços no âmbito regional e local, pois é evidente, ainda no momento, a deficiência de capacitação técnica de pessoal para gerir os serviços de saúde.

A *política de pessoal* das instituições é outro aspecto problemático. A diversidade de critérios de remuneração, cargas de trabalho, programas de formação etc., entre as várias instituições prestadoras de serviços de saúde é agravada pela presença destas mesmas diferenças no âmbito interno de uma mesma instituição. Pensando em termos das secretarias estaduais de saúde, organismos que mais se comprometeram, no Brasil, com a proposta de regionalização advinda do Ministério da Saúde, verifica-se que, de modo geral, a política de pessoal acarreta sérias distorções, não tendo, absolutamente, se ajustado à racionalidade proposta pelo novo modelo. Por outro lado, os níveis regionais têm tido, em geral, pouca ou nenhuma participação na definição das políticas de desenvolvimento de recursos humanos, gerando discrepâncias entre necessidades reais e número e nível

<sup>77</sup> Almeida, M. J. de. op. cit.



de capacitação dos funcionários existentes, conforme está constatado no diagnóstico realizado sobre as diretorias regionais de saúde do estado da Bahia.<sup>78</sup>

Apenas para facilidade de sistematização, já que os aspectos estão todos inter-relacionados, seria interessante avaliar o processo de *descentralização e desconcentração de atividades*, pressupostos da proposta de regionalização, como num gradiente, ou seja, observar o modo como as condições concretas teriam ou não permitido, no caso brasileiro, a delegação de quais tipos de ações do nível central para os níveis hierárquicos mais baixos do sistema.

Um primeiro parâmetro a ser analisado, pela sua importância, é o *planejamento*. Segundo Marcolino Candau, “como um meio caminho, a região é a plataforma na qual os planos de saúde podem ser elaborados, bastante distantes das contingências locais que os tratam com indiferença, mas bastante próximos para apreciar sua importância; bastante distantes das autoridades centrais para ganharem objetividade, mas bastante perto para influenciá-las”,<sup>79</sup> ou seja, agora segundo conclusão de comitê de especialistas da OMS<sup>80</sup> “o nível mais cômodo para a planificação e para ação”. Assim, seria interessante verificar até onde, de fato, uma região administrativa de saúde detém a autonomia do planejamento das ações sob sua área de responsabilidade. Ou esta autonomia se restringe, como é o caso das regiões de saúde do Nordeste, a uma ausculta do nível central a esta região, no momento de elaboração de um diagnóstico, limitando-se a levantar necessidades que poderão ou não ser atendidas, na dependência da sua compatibilização com as necessidades determinadas pelo nível central da instituição. Até onde e em que contexto alguma região de saúde tem atualmente exercido a função de levantar suas necessidades, recursos físicos, materiais, humanos etc. e, a partir daí, formular objetivos, metas e prioridades compatíveis com as necessidades levantadas, como sugere o documento que propõe a regionalização na Bahia?<sup>81</sup> Até onde esses órgãos regionais estariam, de fato, contribuindo para a elaboração de um plano estadual de saúde que, por sua vez, estaria conformando um plano nacional de saúde, de acordo com pretensão original dos programas de extensão de cobertura?

Que atividades foram, de fato, descentralizadas? O que parece ter-se verificado, em muitas situações, é que aquelas que implicam maiores dificuldades de serem desenvolvidas pelos níveis centrais, por questão de distância, falta de pessoal etc., foram transferidas aos níveis regionais. Entre estas se situam, por exemplo, a supervisão, o treinamento de pessoal e uma série de atividades burocráticas e administrativas. Entretanto, outras funções que implicam maior transferência de poder, como contrato de pessoal, manejo de recursos financeiros, aquisição de materiais etc., continuam inteiramente controladas pelo poder central da instituição.

Parece lógico pensar que dentro do modelo regionalizado, para obter maior racionalização e otimização dos serviços desejados, os órgãos regionais de saúde deveriam executar a sua programação, incluindo todas as etapas do seu desenvolvimento, ou seja, *implantação, acompanhamento e avaliação*. No que se refere

<sup>78</sup> Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Fundação de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Saúde. *Contribuição ao Programa de Regionalização do Setor Saúde na Bahia. Descentralização Técnico-Administrativa*. Salvador, mar. 1980. mimeogr.

<sup>79</sup> Candau, Marcolino. In: *Regionalização*. Ministério da Saúde. op. cit.

<sup>80</sup> OMS. Organización de las Administraciones Locales e Intermedias de Sanidad. op. cit.

<sup>81</sup> Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Fundação de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Saúde. op. cit.

ao acompanhamento, um sistema hierarquizado, com vários níveis de atenção, ampla utilização de pessoal auxiliar que recebe treinamento de curta duração, pressupõe, para um funcionamento com padrão aceitável de qualidade, um esquema de *supervisão* das unidades, de modo sistemático e contínuo, propiciando maior agilidade e racionalidade na identificação e resolução dos entraves que surgem no curso das atividades permitindo, assim, o aperfeiçoamento constante do processo.<sup>82</sup> Isto se torna particularmente importante nos locais de difícil acesso e comunicação mas, por outro lado, a prática tem mostrado que estes mesmos fatores têm dificultado a realização da supervisão. Verifica-se que em determinados estágios do processo de regionalização (no caso da Bahia, por exemplo) a grande preocupação ainda é como viabilizar a supervisão, no que se refere a deficiências de pessoal, transporte, recursos financeiros etc., em detrimento da discussão essencial de como, o que, ou para que realizar a supervisão nos vários níveis.<sup>83</sup>

No mesmo contexto está a questão da *avaliação*. Seria desejável que o órgão regional se incumbisse de consolidar as informações e utilizar indicadores específicos para análise de dados, o que permitiria um melhor acompanhamento das ações de saúde, reprocessando, através de mecanismos de retroalimentação, a programação inicial.<sup>84</sup> Entretanto, o que se tem verificado, na prática, é uma função limitada das diretorias regionais de saúde, que se incumbem apenas de recolher informações e encaminhá-las ao nível central, de onde, geralmente, não recebem o *feedback* necessário ao desenvolvimento do seu trabalho.

Em relação às *funções-meio*, observa-se que, apesar das divisões administrativas legais e formais, a maioria delas ainda se encontra centralizada, o que acarreta lentidão nos procedimentos, dificultando um melhor desempenho, conforme diagnosticou a equipe que elaborou a proposta de regionalização de saúde para o estado da Bahia.<sup>85</sup> Encontram-se nesse elenco as funções relativas a pessoal, como contratações, demissões, remanejamentos e substituições, as quais, segundo o grupo referido, poderiam ser executadas pelos níveis regionais, ainda que com critérios e mecanismos de controle claramente estabelecidos e exercidos pela administração central.<sup>86</sup>

No que se refere a recursos materiais, sabe-se que a aquisição de equipamentos e medicamentos pode ser efetuada com mais vantagem nos níveis centrais do sistema, levando em conta os fatores economia de escala, diversidade de opções etc. Entretanto, os materiais de consumo e equipamentos de menor porte, cuja necessidade é mais imediata, são vantajosamente adquiridos nas respectivas regiões. O que se verifica, entretanto, é uma excessiva centralização nos processos de *aquisição, armazenagem e distribuição*, o que gera problemas como demora na obtenção, não-observância das necessidades locais, sendo fornecidos materiais em quantidade e qualidade inadequados, bem como provocando atraso na sua distribuição, devido aos sérios problemas de transporte nos níveis central e regional. Tudo isto se agrava com a já referida deficiência de armazenagem e de pessoal qualificado para controle de todo esse processo.<sup>87</sup>

<sup>82</sup> Id. *ibid.*

<sup>83</sup> Formigli, V. L. A. *op. cit.*

<sup>84</sup> Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Fundação de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Saúde. *op. cit.*

<sup>85</sup> Id. *ibid.*

<sup>86</sup> Id. *ibid.*

<sup>87</sup> Id. *ibid.*

Quanto aos *recursos financeiros*, enquanto seria desejável que os órgãos regionais elaborassem a sua programação orçamentária e participassem, com a administração central, da elaboração do orçamento global, verifica-se que eles apenas executam uma programação orçamentária de cuja elaboração estiveram alheios e prestam contas ao nível central. Na maioria das vezes, essas programações não obedecem a critérios definidos e estão sujeitas a cortes orçamentários. A consequência é que o nível regional dispõe de recursos insuficientes, inadequados em sua discriminação por elementos de despesa, e o próprio repasse sofre limitações por dificuldades de ordem burocrática.<sup>88</sup>

Assim, essas atividades-meio, que deveriam viabilizar as ações de saúde prestadas de forma mais ágil à população, tornam-se sérios fatores impeditivos e o excesso de passos e trâmites burocráticos faz com que haja necessidade de inversão de tempo, recursos e pessoal para a sua realização, em detrimento da melhoria qualitativa das ações finais de saúde, que deveria ser o objetivo último dos serviços.

Embora respeitando a individualidade e as peculiaridades de cada região, um mínimo de *padronização* seria recomendável em relação às normas técnicas, rotinas e procedimentos, numa tentativa de racionalizar custos, bem como facilitar os mecanismos de avaliação, evitando as discrepâncias que se verificam atualmente. Entretanto, não se deve correr o risco de uma excessiva valorização destes processos, o que levaria, mais uma vez, a um afastamento do objetivo final da prestação dos serviços de saúde.

Um exemplo específico é o *sistema de informação*. Os vários documentos técnicos de regionalização pressupõem um sistema de coleta e análise de dados estatísticos simplificado, que acompanhe e viabilize o sistema hierárquico proposto, ao tempo em que possa dar elementos para o seu contínuo ajuste. Embora necessário, parece improvável, dentro do quadro da multiplicidade de instituições prestadoras de serviços de saúde no Brasil, um sistema de informação unificado, que atenda não só às funções administrativas de planejamento, programação, supervisão, controle e avaliação, mas que também sirva ao acompanhamento do paciente ao longo do processo de referência e contra-referência.<sup>89</sup> Seria, assim, oportuno verificar até que ponto existe, concretamente, nos vários estágios de regionalização em que se encontram os serviços de saúde brasileiros, um sistema de informações com estas características ou, pelo contrário, até onde persiste uma tendência à sofisticação e excesso de dados estatísticos com uma multiplicidade de formulários e modelos de informação variáveis segundo se trate de Ministério da Saúde, secretarias estaduais de saúde, Inamps, FSESP etc., cuja utilização dos dados é, na maioria das vezes, desconhecida.

Por fim, restaria analisar até que ponto as estruturas das administrações dos níveis centrais estão adaptadas ou em processo de adaptação a essa proposta, no que se refere aos seus mecanismos administrativos, de apoio técnico, supervisão etc., já que um modelo regionalizado não irá prescindir, pelo menos inicialmente, da organização superior, mas apenas requerer dela uma maior flexibilidade e postura condizente com o desenvolvimento do novo papel dos níveis regionais.

<sup>88</sup> Id. *ibid.*

<sup>89</sup> Id. *ibid.*

## 5. Conclusões

Do que foi exposto, ao final das leituras e das discussões, resultaram várias questões, muitas das quais já enumeradas no decorrer do trabalho, e outras que irão ser aqui levantadas.

Verificou-se que sistemas regionalizados de atenção à saúde vêm coexistindo em países de alto grau de desenvolvimento capitalista, como é o caso da Suécia, bem como em países de economia planificada, a exemplo da URSS. Vista deste ângulo, a proposta parece encerrar em si mesma uma certa consistência, pois atenderia a diferentes racionalidades, com um ponto comum, que é o de proporcionar serviços de saúde de baixo custo à maior parte da população. No primeiro caso, tratando-se de sociedades de condições sócio-econômicas e políticas relativamente estáveis, onde não existem grandes discrepâncias no que se refere a estrutura etária, de renda, e de saúde da população, o modelo regionalizado veio atender à necessidade de ofertar serviços a custos aceitáveis, ordenando as unidades a partir do nível hospitalar, de modo que os serviços mais complexos ficassem localizados em áreas estratégicas e acessíveis a toda a população.<sup>90</sup> No caso de países de economia planificada, a organização do setor saúde baseia-se no atendimento das necessidades da população.<sup>91</sup> Por sua vez, os países da América Latina adotam, geralmente, modelos importados dos países ditos centrais, principalmente EUA, modelos estes que são repassados pelos organismos internacionais e incorporados em momento de necessidades de maior legitimação do Estado. Assim foi o exemplo brasileiro, analisando no presente trabalho, onde a proposta de regionalização vem-se defrontando com inúmeros obstáculos de ordem político-ideológica e institucional, além de problemas no plano técnico-operacional. Embora não-desprezível, esta última categoria de problemas coloca-se, seguramente, em posição secundária à primeira, ou seja, a questão regionalização/descentralização configura-se muito mais como dependente da estrutura da sociedade, das relações de poder que se estabelecem entre os vários grupos sociais, da forma como o Estado se coloca em resposta às diferentes demandas oriundas desses grupos sociais, que de questões técnicas ou operacionais. Neste último campo, as diferentes experiências vividas no Brasil, até agora, já apontam as principais dificuldades e as formas de solução possíveis dentro dos diferentes contextos.

No entender dos autores, o processo pouco avançou concretamente, no Brasil. A questão da regionalização/hierarquização tem-se reduzido a um plano técnico-burocrático, com descentralização de algumas funções, não representando, absolutamente, auto-suficiência dos serviços. Fica, então, a questão a ser levantada: esta proposta não teria predominantemente um caráter ideológico, com seu discurso sistêmico, racionalizador e modernizador, mais que um modelo para ser efetivamente colocado em prática?

Concluíram também os autores que a análise estratégica da questão regionalização/descentralização tem que passar, necessariamente, pelos movimentos atuais que permeiam a sociedade, o Estado e, especificamente, o setor saúde brasileiro, neste momento histórico e político, entendendo que a sua possibilidade depende do resultado da correlação de forças que aí se estabelece, bem como de sua articulação com os movimentos sociais mais amplos. Assim, é necessário que se analise a viabilidade dessas propostas racionalizadoras à luz de um

<sup>90</sup> Hilleboe, H. E. et alii. op. cit.

<sup>91</sup> Id. *ibid.*

quadro de maior organização da população brasileira, que parece ocorrer no momento (através de sindicatos, partidos políticos, associações de moradores etc.), e da nova estruturação política que se estabelece a partir do resultado das eleições de novembro. Por fim, há que examinar, agora internamente ao setor saúde, a possibilidade do projeto de regionalização agora assumido oficialmente por um órgão mais poderoso, detentor da maior parte dos recursos do setor saúde (proposta do Conasp), como resposta à crise financeira da previdência social, e com estratégia de implantação talvez mais realística que aquelas dos programas anteriores.<sup>92</sup>

Por fim, os autores gostariam de fazer uma importante ressalva, que talvez até se colocasse melhor no início desse trabalho. Trata-se da limitação que representa qualquer tipo de proposta restrita ao setor saúde, por mais racionalizadora que possa parecer, na elevação dos níveis de saúde da população.

A Problemática social, onde se insere a questão saúde, vincula-se fundamentalmente à forma como é distribuída a renda, às relações de trabalho que se estabelecem numa dada sociedade, às condições de emprego e salário, enfim, à política econômica, de um modo geral, de cuja alteração depende, por consequência, a modificação das condições de vida e de saúde da população.

Entretanto, o reconhecimento do papel complementar e secundário que representam os serviços de saúde na elevação do nível de saúde do povo não invalida, para os autores, concordando com Almeida,<sup>93</sup> a importância de buscar os serviços mais adequados às suas necessidades, ao tempo em que se processam as lutas pela conquista de uma sociedade economicamente mais justa e democrática, onde todos participem das decisões que lhes dizem respeito.

<sup>92</sup> ENSP/Fiocruz — *Projeto Radis* — reunião, análise, difusão de informação sobre saúde. Tema 2.1. Em debate: assistência médica previdenciária. Rio de Janeiro, set. 1982.

<sup>93</sup> Almeida, M. J. de. op. cit.

# PRODUÇÃO DE ÁLCOOL DE BIOMASSA NOS PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO

Com o título acima, o Banco Mundial acaba de lançar uma publicação da maior relevância para a economia mundial. Ali você fica ao par de tudo o que se sabe até agora sobre o etanol: suas propriedades, uso potencial, tecnologia de produção, consumo, etc. Não perca o seu exemplar.



## O PRÓ-ÁLCOOL VISTO PELO BANCO MUNDIAL

Procure uma das livrarias  
da FGV ou peça pelo reembolso  
postal: À FGV/Editora-Divisão de  
Vendas - Caixa Postal 9052 - 20.000 -  
Rio de Janeiro, RJ.