

## RESENHA BIBLIOGRÁFICA

### *A organização da saúde ao nível local.*

Eugênio Vilaça Mendes (org.).

São Paulo, Hucitec, 1998.

TANIA MARGARETE MEZZOMO KEINERT\*

TEREZA ETSUKO DA COSTA ROSA\*\*

MARIA DE DEUS DE OLIVEIRA ALVES\*\*

### 1. Introdução

O processo de descentralização dos serviços de saúde fracassou no Brasil? Sim, se considerarmos descentralização equivalente à municipalização. Não, se observarmos algumas experiências locais realizadas com ótimos resultados.

O livro *A organização da saúde no nível local* trabalha de forma pluralista a questão da descentralização, procurando questionar o atual modelo de “municipalização autarquizada” sem deixar, no entanto, de oferecer instrumentos para a gestão local.

Eugênio Vilaça Mendes<sup>1</sup> organiza a coletânea composta de textos vindos de autores “de diferentes lugares geográficos e ideológicos”, unidos, no entanto, pelo “desejo de fazer acontecer”.

Fazer acontecer nós também queremos. Portanto, o livro é leitura indicada a todos aqueles que não se satisfazem com uma descentralização de fachada,

---

\* EAESP/FGV e IS/SES-SP

\*\* IS/SES-SP

<sup>1</sup> Eugênio Vilaça Mendes tornou-se especialmente conhecido no Brasil pela obra *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (São Paulo, Hucitec, 1993), um clássico na área da saúde coletiva. É a partir deste trabalho que se coloca a saúde organicamente vinculada ao espaço sócio-econômico e territorial. Mais recentemente, publicou *Uma agenda para a saúde* (São Paulo, Hucitec, 1996), instigante trabalho onde são desmontados alguns dos dogmas do sanitarismo brasileiro como o estatismo ou a insuficiência de recursos para o setor e colocados em seu lugar uma nova visão do papel do Estado na área da saúde e algumas estratégias de ação para a produção social da saúde.

traduzida por uma municipalização artificial, restrita, por vezes, à questão do financiamento — ou seja, municípios se capacitando para receber e administrar as verbas orçamentárias, sem uma *proposta* efetiva de implantação do sistema público de saúde; ou, então, restrita a aspectos meramente formais —, e à constituição clientelista ou corporativa do Conselho Municipal de Saúde, sem a efetiva democratização deste processo. Afora estes fatores intrínsecos, cabe registrar que quase metade dos municípios brasileiros tem menos de 10 mil habitantes, dos quais 16% têm menos de 5 mil habitantes; portanto, traduzir descentralização por municipalização é um empobrecimento da idéia, dadas as evidentes deseconomias de escala. Por outro lado, 47% da população urbana estão concentrados em nove regiões metropolitanas, o que gera outros problemas decorrentes das grandes aglomerações urbanas. Realmente, este é um país de contrastes!

Como estratégia de organização desta resenha, procuramos agrupar os capítulos em *eixos temáticos* que foram emergindo da nossa leitura: *política pública de saúde, gestão da informação em nível local, planejamento e avaliação da gestão local e, finalmente, gestão inovadora de programas locais*.

## 2. Política pública de saúde

O capítulo 1 — “A descentralização do sistema de serviços de saúde” — procura “fugir de uma postura ideológica de exaltação acrítica dos processos de descentralização. A descentralização dos serviços de saúde não é boa em si mesma e, como qualquer processo social, apresenta vantagens e desvantagens, fortalezas e debilidades” (p. 18). Ainda, constata-se a *imprecisão conceitual do termo descentralização*, que o autor tenta confrontar com desconcentração, devolução e privatização.

Estudando a *descentralização* dos serviços de saúde no Brasil propõe-se que a estratégia de *municipalização seja revisitada*, “de tal modo que se estabeleçam, nos espaços subestaduais e supramunicipais das microrregiões, conforme experiências internacionais bem-sucedidas, *sistemas microrregionais de saúde* ou, como é comum denominar-se em outros países, os distritos sanitários” (p. 50). Realmente, a perspectiva microrregional permite que se criem espaços intramunicipais, no caso de grandes municípios — os *distritos sanitários* — ou intermunicipais, no caso dos pequenos — os *consórcios de saúde* —, superando a divisão político-administrativa do município, que nem sempre corresponde a uma unidade de gestão da saúde.

Para superar o chamado “modelo de assistência municipalista” e recuperar os ganhos de escala, é preciso verificar o que realmente pode ser descentralizado e o que é necessário manter concentrado.<sup>2</sup> Ainda, faz-se necessário me-

---

<sup>2</sup> Na proposta de reforma da Prefeitura Municipal de São Paulo na gestão Luiza Erundina, trabalhou-se com estas duas idéias “descentralizar e reconcentrar”. Ver, por exemplo, a este respeito Keinert (1995) e “Reforma administrativa nos anos 90: o caso da Prefeitura Municipal de São Paulo” (1993).

lhorar a articulação intergovernamental, especialmente entre estados e municípios, recuperando o papel do nível estadual na construção de um “federalismo cooperativo”.

Verifica-se ainda uma tendência de o processo de descentralização no Brasil *ser associado à prestação direta dos serviços*, ampliando o aparelho do Estado no nível municipal. No entanto, é preciso dar respostas à chamada *crise dos serviços de saúde*, caracterizada pela *ineficiência, ineficácia, iniquidade e insatisfação dos usuários*. Para isto, o autor propõe que se redefina o papel do Estado nos setores: essencial, no financiamento e na regulação; complementar, na prestação direta dos serviços de saúde. O autor discute, baseado nos modelos de monopólio estatal (Cuba), livre mercado (EUA), sistema público (Canadá) e competição gerenciada (reformas sanitárias européias contemporâneas) a necessidade de se *construir um sistema público de atenção à saúde no Brasil*.

Neste sentido, o autor destaca o atual modelo institucional do sistema público de saúde brasileiro como um *mix* de formas coetâneas, um modelo plural, porém segmentado. “Ao contrário do que o senso comum normalmente propala, o Brasil não conta, apenas, com *um sistema público de saúde*, o Sistema Único de Saúde. Com ele coexistem, estruturados por lógicas distintas, *mais dois sistemas*, ambos privados: o Sistema de Atenção Médica Supletiva e o Sistema de Medicina Liberal” (p. 18).

Urge agilizar o processo de *delegação das ações de prestação de serviços* pelo Estado para entes públicos não-estatais e privados, bem como avançar na *regulação estatal*, para garantir competitividade entre as empresas prestadoras do Sistema de Atenção Médica Supletiva, corrigir as falhas de mercado e superar o modelo segmentado de prestação de serviços de saúde.

O capítulo 2 — “A reengenharia do sistema de serviços de saúde” — coloca ênfase na “*gestão da atenção à saúde*”: gerência de resultados (fins) dos serviços de saúde e não de meios, baseada, mais uma vez, na experiência internacional. Exemplos: Itália (“desospitalização”), Canadá (“desinstitucionalização”), Holanda (“reengenharia de substituição”), EUA (“atenção gerenciada”); todos exemplos de *reformas das reformas*, que conseguiram, ao mesmo tempo, *reduzir custos e aumentar o acesso aos serviços, especialmente através do movimento por resultados (medicina baseada em evidência) e da avaliação econômica dos sistemas de serviços de saúde*.

No capítulo 12 — “A organização da atenção secundária e terciária no nível local: os consórcios intermunicipais de saúde” — apresenta-se o resultado de uma avaliação realizada junto aos consórcios intermunicipais de saúde das microrregiões do Alto Rio Grande e do Alto São Francisco, em Minas Gerais, constatando-se a necessidade de se fortalecer a função de *gestão* dos consórcios em contraposição ao papel de prestador de serviços — ou seja, os consórcios devem atuar, estrategicamente, na *articulação entre instâncias e esferas de governo*, a fim de viabilizar a negociação de recursos, o planejamento de ações e a reorganização do sistema microrregional de saúde.

O capítulo 14 apresenta a experiência “Curitiba! Uma Cidade Saudável”, destacando sua vinculação com o conceito de “*promoção à saúde*” e rela-

tando pequenos projetos e programas que serviram para concretizá-la: “Lixo que não é lixo”, “Leve Curitiba para Casa”, “Vila Tecnológica”, “Vilas do Ofício”, “Endereços de Solidariedade Social”, além do aprimoramento dos *indicadores compostos capazes de medir o avanço da qualidade de vida*. O conceito de cidades saudáveis aqui é entendido como uma relação entre *qualidade de vida e situação de saúde* aplicada em “ações que integram o meio ambiente físico e as políticas de cunho social, numa *direção estratégica* que busca os mesmos resultados”.

### 3. Gestão da informação em nível local

Particular atenção é destinada aos instrumentos de gerência ligados à produção de informações para subsidiar o processo de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde em nível local. As propostas, apresentadas em três capítulos (cap. 3 — “Aplicação do método de estimativa rápida no processo de planejamento”; cap. 5 — “Sistema de informação para a tomada de decisões em saúde — Sintomas: sistema de informação geográfico para sistemas locais de saúde”; cap. 13 — “A construção de indicadores compostos para os projetos de cidades saudáveis: um convite ao pacto transetorial”) têm em comum os propósitos de:

- ▼ subsidiar *ações intersetoriais*<sup>3</sup> transcendendo a visão setorizada para um novo olhar através de um “indicador sintético” (cap. 13) ou de um “sujeito coletivo em construção” (cap. 3) ou, ainda, da produção de “informações geograficamente referenciadas” (cap. 5);
- ▼ incorporar a *percepção da população* através de alguns de seus “atores” (cap. 13) ou de “informantes” (cap. 3), a fim de evitar o que ocorreu historicamente, quando “a construção desses indicadores teve participação exclusiva de profissionais e se configurou em exercício meramente técnico, em que as variáveis escolhidas para compor os indicadores compostos foram decididas em arenas restritas” (p. 323);
- ▼ *desmistificar e potencializar* o uso de sistemas de informação e a construção de indicadores pelos gestores locais, dado que o Sintomas (cap. 5), por exemplo, “é um programa simples de operar, sem exigir conhecimentos aprofundados de informática”; o capítulo, inclusive, dá detalhes técnicos e apresenta alguns exemplos de utilização com o uso de dados disponibilizados gratuitamente pelo Ministério da Saúde.

---

<sup>3</sup> A RAP dedicou ao tema “intersectorialidade e saúde” um número especial: 32(2) mar./abr. 1998.

#### 4. Planejamento e avaliação da gestão local

No capítulo 4 — “O planejamento local de serviços de saúde” — se apresenta a experiência de Itabira (MG) com a utilização da metodologia do PES<sup>4</sup> na formulação do Plano Municipal de Saúde, no sentido de destacar ser este um processo de aprendizagem. Os autores concluem que o planejamento local — aliado a instrumentos de coleta de informações como a estimativa rápida — tem-se mostrado “importante para o processo de gerenciamento, especialmente porque o processo de planejamento tem funcionado como estimulador para a reflexão, a avaliação e a comunicação entre os atores envolvidos na gestão desses sistemas” (p. 132).

O capítulo 8 — “O controle e avaliação no nível local: a experiência de Belo Horizonte” — procura abordar uma função administrativa bastante negligenciada na área da saúde e no setor público de maneira geral, ainda que essencial para que se assuma realmente a gestão do sistema de prestação de serviços públicos. Como estratégias foram utilizadas a central de marcação de consultas, a central de internação, as ordens de reembolso, e o laudo para a solicitação de alto custo, entre outras. O risco, como apontam os autores, é recair na burocratização ou decair a qualidade dos serviços prestados. A solução é “a subordinação dessa função (controle e avaliação) a uma diretriz assistencial definida nos fóruns institucionais como as Conferências Municipais de Saúde, os Conselhos Municipais de Saúde e à direção política dos gestores” (p. 212).

#### 5. Experiências inovadoras

Outra linha de análise refere-se a iniciativas originais no nível local, como o Programa Saúde da Família (cap. 6) — relato das experiências de Niterói e Porto Alegre —, que atua através de uma “medicina simplificada, priorizando ações de proteção e prevenção à saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua”. Para os autores, esta idéia vem conseguindo influenciar a formação do médico generalista, respondendo ainda a uma tendência mundial de redução de custos nos procedimentos com hospitalização, pessoal e tecnologia.

No capítulo 10 — “Saúde mental e cidadania: um desafio local” — é apresentada a experiência de vários municípios com os centros de atenção psicossocial (CAPS) do Ceará, os quais representam “uma forma de assistência pública (estatal ou contratada) aos problemas de saúde mental individual e coletiva, que se distingue primordialmente pela acessibilidade local e pela in-

---

<sup>4</sup> PES — planejamento estratégico situacional — é uma metodologia de planejamento participativo elaborada pelo saudoso Carlos Matus, falecido no ano passado.

terdisciplinaridade” (p. 274). Os impactos na redução das internações, no consumo de medicamentos e na “adoção” da promoção da qualidade de vida pela comunidade são bastante grandes. Substitui-se, desta forma, o enfoque *hospitocêntrico* por atendimento domiciliar/ambulatorial, procurando observar os impactos na saúde mental do ponto de vista do paciente.

O capítulo 7 — “A assistência farmacêutica no estado do Ceará e no município de Fortaleza” — destaca a importância crucial que têm os medicamentos na *resolutividade* dos serviços prestados. O programa implementado objetiva garantir o uso racional dos medicamentos, assegurar o abastecimento das unidades, dispor de bases de informação e, sobretudo, assegurar a *qualidade* em todo o processo, tanto para os pacientes quanto para os prestadores.

“A inversão da atenção em saúde bucal” é o tema do capítulo 9, que procura, através das experiências nas cidades do Vale do Aço mineiro de João Monlevade e Ipatinga — a primeira levada a cabo pela prefeitura municipal e a segunda por uma organização do terceiro setor, a Fundação São Francisco Xavier, ligada à siderúrgica Usiminas —, resgatar aspectos da odontologia social, especialmente aspectos das teorias da simplificação e da odontologia integral. Como resultados, “o sistema viabilizou a atenção à demanda acumulada em decorrência do alto grau de assistência encontrado inicialmente” (p. 259) e criou a “possibilidade de alterar, em período de tempo relativamente curto, as condições de uma população mediante atuação sistemática dos serviços de saúde bucal” (p. 252).

O “Sistema de apoio diagnóstico e terapêutico no nível local” descrito no capítulo 11 define o que é sistema de apoio diagnóstico e, através da experiência de Curitiba, demonstra como é perfeitamente possível e viável garantir uma boa relação entre escala, eficiência e qualidade.

## 6. Observações críticas

Gostaríamos de destacar, para esquentar o debate, algumas questões referentes ao trabalho como um todo:

### ***Relação Estado-sociedade***

A obra enfatiza o papel do Estado como central na proposta de mudança do sistema de saúde — deixando em segundo plano o papel da sociedade —, o que não é coerente com a proposta de descentralizar para organizações sociais ou do terceiro setor. Isto fica evidente, por exemplo, quando se afirma que “a descentralização é, pois, instrumento fundamental, seja da proposta neoliberal, seja da social-democrata. A diferença entre essas duas visões de descentralização está no modo como se interpreta o papel do Estado, na ordem econômica e social” (p. 26). Concordamos com o autor, apenas acrescentaríamos que, além do papel do Estado, o que diferencia as duas propostas é a

participação da sociedade civil neste processo, a saber, fiscalizando, cobrando, participando de associações de voluntariado e até assumindo a prestação direta dos serviços através de organizações não-governamentais.<sup>5</sup>

O mesmo se reflete no uso às vezes equivocado dos termos “estatal” e “público” como (p. 44) quando se fala no “incremento exagerado da força de trabalho pública” — na verdade, o autor refere-se à força de trabalho estatal, no caso, especificamente ao funcionalismo das redes municipais e estaduais de prestação de serviços.

## **Tecnicismo**

Como colocamos anteriormente, a perspectiva adotada no livro é a do formulador de políticas, dado que esta é uma atividade exclusiva do Estado. Em conseqüência, no entanto, surge uma visão bastante tecnicista, do tipo *one best way*, contida nas proposições administrativas das teorias clássica e da administração científica e que tantas críticas recebeu.

É como se ressurgisse a crença na neutralidade da técnica e na sua aplicabilidade a qualquer contexto. Ainda que, na apresentação das experiências, se ressalve que elas constituem simples “exemplos”, o seu conteúdo é, na maior parte das vezes, técnico-operacional. Outros exemplos neste sentido podem ser: o *gatekeeper*, que pode colocar o usuário numa posição bastante vulnerável em relação ao técnico (no caso, um médico); a grande expectativa no uso de modelos econômicos para planejamento em saúde; ou, ainda, a proposta dos protocolos clínicos, com o evidente risco de burocratização que trazem implícito, ainda que com algumas vantagens em relação ao controle de qualidade no atendimento médico.

No capítulo 2 — “A reengenharia do sistema de serviços de saúde” — dá-se ênfase à “gestão da atenção à saúde”: gerência de fins dos serviços de saúde, que, no entanto, é ainda muito uma proposta de meios para alcançar os fins desejados. Radicalizando, a proposta de gerência de fins teria de estar trabalhando com os impactos desejados na saúde, ou seja, com uma proposta mais estratégica que operacional.

## **Termos**

Algumas vezes, parece que o autor está brincando com as palavras, como no caso do financiamento *per capita* — que foi traduzido por *capitação*. Este ter-

---

<sup>5</sup> Referimo-nos àquilo que convencionou-se chamar de “matriz sociocêntrica”, que substitui o modelo “estadocêntrico”. Para esta discussão ver Keinert (1998).

mo dá margem a muita confusão, especialmente por sua proximidade sonora com a palavra “captação”. Para não utilizar a tradução pouco elegante de “por cabeça”, o termo “por habitante” poderia ser utilizado com vantagens.

Ainda em relação aos termos, em que pese ao esforço de diferenciação conceitual dos diversos matizes de descentralização — realmente um termo muito mal utilizado —, parece que a confusão persiste, pelo menos se tomarmos a iniciativa empreendida no livro como uma tentativa de resgatar categorias universais, padrão para se uniformizar a linguagem e facilitar o diálogo — e não como um sentido com que aqueles termos foram usados no livro. A tradução literal de *devolution* para o português não soa muito bem, fica difícil incorporar a palavra “devolução” como uma forma de descentralização; também a palavra “privatização”, que não necessariamente é uma forma de descentralização.

O termo “gestão da atenção à saúde” (p. 82) em inglês (*health care management*) é muito próximo da palavra “atenção gerenciada” (*managed care*), o que também vai criar dificuldades em garantir a diferenciação pretendida entre os dois sistemas, o primeiro, proposto pelo organizador da obra, e o segundo, americano.

Por fim, a confusão lingüística (ou talvez semântica) mais grave. As palavras *reengenharia* e *racionalização* adquiriram conotação negativa junto às organizações, pelo seu uso e abuso em processos de reforma reducionistas que não levam em conta identidades culturais, jogos de poder, disputas corporativas e aspectos humanos propriamente ditos.

A reengenharia foi um movimento típico do início dos anos 90, quando as empresas, especialmente as americanas, tiveram de levar uma sacudida para fazer frente à crescente concorrência japonesa e aos avanços na tecnologia da informação, dado que estavam empoleiradas no seu tradicional “sucesso”. São propostas sedutoras, pois empregam um discurso lógico e claro, prometendo o paraíso para quem adotar seus princípios e o inferno para quem não seguir seu caminho sagrado. Outra prática que queimou estes conceitos foi sua associação com processos traumáticos de *downsizing* (leia-se corte de cabeças). Hoje, na área de administração, a palavra reengenharia já caiu em desuso, sendo jogada no grande cesto dos “modismos” que vão e que vêm. No texto em análise, talvez a expressão “reforma do sistema de serviços de saúde” ou “sistema integrado de saúde” (ou reestruturação, ou redesenho organizacional, ou ainda, mudança organizacional) traduzisse melhor o sentido que o autor quer dar ao termo “reengenharia”.

Em relação ao termo *racionalização*, ele remete às teorias clássica e da administração científica criadas no início do século para sustentar a passagem do sistema artesanal para a sociedade industrial. Ora, vivemos na era pós-industrial — no qual o desafio é construir uma sociedade do lazer, do bem-estar, da qualidade de vida —, onde novas formas de trabalho, como o *teletrabalho*, procuram quebrar aquela cisão trabalho/lazer base da sociedade industrial. O desafio é inovar, propor soluções alternativas, criativas, participativas, não-conventionais.



Utopia? Pode ser, mas, como bem coloca Eugênio Vilaça Mendes, o organizador da obra, na apresentação do livro, invocando o grande educador, “o impossível de hoje será possível amanhã, porque estamos fazendo hoje o possível de hoje”.

## Referências bibliográficas

Keinert, T. M. M. Descentralización y democratización: una propuesta de reforma administrativa de la Alcaldía de San Paolo. In: Gonzalez, G. & Ogliastri, E. *La gerencia pública: asunto privado?* Bogota, T. M., Uniandes, 1995.

———. Do estatal ao público: crise e mudança de paradigmas na produção técnico-científica em administração pública no Brasil. São Paulo, EAESP/FGV, 1998. (Tese de Doutorado.)

Reforma administrativa nos anos 90: o caso da Prefeitura Municipal de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, FGV, 33(4):66-81, 1993.