

MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA

MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

Tomás Alves de Só Valdez

Regionalização e Integração Sistêmica:
cenários para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde.

Rio de Janeiro

2007

Tomás Alves de Só Valdez

Regionalização e Integração Sistêmica:
cenários para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde.

Dissertação apresentada à Escola Nacional
de Saúde Pública Sérgio Arouca como
requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADOR: Professor Dr. Francisco Javier Uribe Rivera

Rio de Janeiro

2007

Tomás Alves de Só Valdez

Regionalização e Integração Sistêmica:
Cenários para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde.

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Aprovada em 26 de Setembro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Francisco Javier Uribe Rivera, ENSP, Fiocruz
Orientador

Professora Dra. Tatiana Wargas, ENSP, Fiocruz; Examinadora	Professora Dra. Lígia Bahia, UFRJ; Examinadora Externa
---	---

Pr. Dr. Carlos Eduardo Aguilera, UFRJ; Examinador Externo (Suplente)	Pr. Dra. Elisabeth Artmann, ENSP, Fiocruz; Examinadora (Suplente)
---	--

Dedicatória

Aos meus filhos,

Allaassana, Aida, Amina, Idrís,
*com todo o meu amor e orgulho
de pai, para que cresçam e sejam
dignos de seus destinos.*

Ao meu pai,

Jorge Valdez *in memoriam* que
continua a iluminar o meu
caminho.

À minha mãe,

Djeneba Só, *pela sua coragem e
amor.*

À minha companheira e mãe de meus filhos,

Maria das Neves T. Rodrigues *pela compreensão
ao longo de todos estes anos e o amor
incondicional mesmo à distância.*

Agradecimentos

Ao Ilustre Professor Dr. Francisco Javier Uribe Rivera, meu orientador, pela paciência demonstrada, amizade e generosidade e liberdade científica com que me conduziu neste labirinto do conhecimento com sabedoria de mestre.

Às Professoras Elizabeth Artmann, Marina Noronha Ferreira, Tatiana Wargas e Cristiani Machado, pela amizade e disponibilidade demonstradas a minha pessoa ao longo destes anos de aprendizagem.

Às Professoras Mônica Martins e Marilene de Castilho Sá, pelos momentos dos seminários que transformaram em agradáveis espaços de trocas e construção do saber.

Aos Professores da ENSP, particularmente aos do DAPS, também meu Departamento, e muito particularmente às Professoras Margareth C. Portela, Maria Alice Ugá, Ligia Giovanella, e Silvia Porto, os meus sinceros agradecimentos.

Aos meus colegas da turma de mestrado de 2006 pelos momentos de aprendizagem, partilha, amizade e muitas comemorações aos risos soltos e sem censura.

À minha colega e amiga Henny Luz Heredia pela amizade sincera, companheirismo no Rio de Janeiro, longas discussões de textos pela Skype e pelas lições sobre a computação. *Gracias Chévere.*

À Leonor “Nónó” Teixeira, pela descoberta de valores acima da existência pelo todo o sempre, o meu reconhecimento, ad eternum a.d.m.a.

Ao Dr. Abdoulaye Fofana pelo apoio dispensado.

Ao Ministério da Saúde de Cabo Verde pelo apoio e liberação para frequentar o curso.

A todos os que participaram como entrevistados neste trabalho, o meu profundo agradecimento, sem vosso apoio este trabalho ficaria incompleto.

À Cooperação luxemburguesa pelo apoio dispensado para esta formação.

À **minha família** pelo estímulo e apoio dispensados a todo o momento, o eterno reconhecimento. Sem vocês esta luta teria pouco sentido.

E a **Deus** que me proporcionou esta vivência em saúde e paz espiritual.

Imaginar o futuro de outro modo é já mudar o presente, os futuros possíveis fecundam a realidade; há, pois que dar lugar aos “conspiradores” do futuro!

Michel Godet (1993)

Lista de gráficos

Nº	Título dos Gráficos	Pág.
1	Índice de Gini comparativo entre os países.....	32
2	Evacuações dos doentes para exterior	35
3	Principais causas de óbitos por sexo – 2005.....	37
4	Óbitos segundo grupo de sexo e idade -2005.....	39
5	Casos novos de Tuberculose por idade e sexo – 2005.....	40
6	Infecção VIH/AIDS por sexo e idade – 2005.....	41
7	Evolução da epidemia de VIH/AIDS 1995 – 2005.....	41
8	Casos novos de HIV/AIDS por motivo de diagnóstico 2005.....	42
9	Resolução do problema de saúde por local de 1ª. Consulta.....	45
10	Evolução do orçamento e despesas de medicamentos.....	54
11	Estrutura das despesas dos agregados familiares 2001-2002.....	61
12	Utilização dos serviços segundo quintis por tipo de serviços de saúde.....	62
13	Despesa direta em saúde e seu peso nas despesas totais.....	63
14	Despesas de saúde por tipo de bens e serviços.....	64
15	Nível das despesas com a saúde segundo o quintil dos agregados familiares.....	67
16	Distribuição das variáveis segundo motricidade e dependência.....	154

Lista das Tabelas

Nº	Título das Tabelas	Pág.
1	Resumo da evolução do Produto Interno Bruto.....	31
2	Frequências acumuladas de despesas dos agregados	32
3	Evolução de Taxas de mortalidade, 1995-2005.....	38
4	Local de primeira consulta.....	46
5	Orçamento de funcionamento do Estado e do M. Saúde.....	49
6	Orçamento consolidado das receitas correntes e de capital e despesas de funcionamento – 2007.....	50
7	Orçamento de funcionamento e de investimento: setor saúde.....	51
8	Orçamento de investimento segundo fontes contribuições – 2007.....	52
9	Principais rubricas do orçamento consolidado das despesas de funcionamento.....	53
10	Despesas de funcionamento e de capital dos Hospitais Centrais.....	54
11	Situação sobre as contribuições e prestações sociais - 2006.....	56
12	Evoluções das prestações concedidas.....	57
13	Despesas do ramo “Doença e Maternidade”- 2004 a 2006.....	59
14	Despesas dos agregados segundo o estatuto na pobreza por tipo de despesas.....	60
15	Gastos com medicamentos pelo MS, INPS e agregados familiares.....	65
16	Distribuição da venda de medicamentos pela EMPROFAC por tipo de provedor de saúde de 2003 a 2005.....	65
	16.A Participação no financiamento do setor da saúde	68
17	Estrutura e indicadores de financiamento para o setor da saúde.....	71
18	Serviços das Delegacias de Saúde da RSSN e Cabo Verde.....	75
19	Recursos das delegacias de saúde da RSSN e Cabo Verde.....	75
20	Matriz da Análise Estrutural (Gestores centrais do sistema).....	148
21	Matriz da Análise Estrutural (gestores locais).....	149
22	Matriz de Análise Estrutural (atores políticos municipais).....	150
23	Matriz de Análise Estrutural – Sintético.....	152
24	Probabilidade da ocorrência isolada dos eventos centrais.....	196
25	Matriz das probabilidades condicionadas.....	197

Lista de Quadros

Nº.	Título de Quadros	Pág.
1	Potencialidades e limites da Regionalização	85
2	Regras de Responsabilidade Organizacional.....	108
3	Níveis de vínculos para a construção da rede em saúde	116
4	Matriz da influência dos atores sobre as variáveis.....	158
5	Matriz da influência dos atores sobre as variáveis- (Sintético).....	159
6	Matriz das estratégias possíveis dos atores face às variáveis.....	161
7	Matriz dos eventos alternativos (centrais, otimistas e pessimistas).....	163
8	Tema: Sustentabilidade financeira.....	166
9	Tema: disponibilidade de Recursos humanos qualificados.....	172
10	Tema: comprometimento político com a RSSN.....	175
11	Marketing Social.....	179
12	Tema: Articulação entre as estruturas da RSSN.....	181
13	Tema: Capacidade de resposta técnica na região sanitária.....	184
14	Tema: Política Nacional de Saúde.....	187
15	Tema: Capacidade de gestão na RSSN.....	191

Lista de Figuras

Nº	Título de Figuras	Pág.
1	Ciclo de vida de organizações em transição	93
2	Fatores chaves para a construção de modelos gerenciais nas organizações.....	96
3	Arquétipo da distribuição de motricidade e de dependência das variáveis.....	153

Lista de siglas

APS – Atenção Primária à Saúde;

BCV – Banco de Cabo Verde;

BCA - Banco Comercial do Atlântico;

CS – Centro de Saúde;

DSC – Discurso do Sujeito Coletivo;

ECH – Expressões-chave;

ECV – Escudos Caboverdianos – designação da moeda nacional;

EMPROFAC – Empresa de Comercialização de Produtos Farmacêuticos;

GEPC – Gabinete de Estudos, Planeamento e Cooperação, Min. da Saúde Cabo Verde;

HC – Hospital Central;

HR – Hospital Regional;

HIV = VIH;

IDRF – Inquérito às Despesas e Receitas Familiares;

INE – Instituto Nacional de Estatística;

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social;

MS – Ministério da Saúde;

OGE – Orçamento Geral de Estado;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PIB – Produto Interno Bruto;

QUIBB – Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem-Estar;

RSSN – Região Sanitária Santiago Norte;

SIS – Sistema de Informação Sanitária;

SNS – Serviço Nacional de Saúde;

SPS – Serviço Público de Saúde;

Sumário

LISTA DE GRÁFICOS.....	VI
LISTA DE TABELAS.....	VII
LISTA DE QUADROS.....	VIII
LISTA DE SIGLAS.....	IX
RESUMO.....	XII
APRESENTAÇÃO.....	14
SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	19
OBJETO DE ESTUDO.....	21
OBJETIVO GERAL.....	22
METODOLOGIA.....	23
I. O CONTEXTO NACIONAL: CABO VERDE.....	29
I.1 O PAÍS.....	29
I.2 RADIOGRAFIA DA SAÚDE EM CABO VERDE.....	33
Organização, Gestão e Políticas.....	33
Financiamento e Gastos do SNS.....	47
O Governo.....	48
O INPS.....	55
Usuários/Utentes.....	60
Síntese conclusiva.....	68
Tendências do SNS.....	72
I.3 REGIÃO SANITÁRIA SANTIAGO NORTE.....	74
II. REGIONALIZAÇÃO.....	78
II.1 CONCEITOS.....	78
II.2 PRINCIPAIS EIXOS DA REGIONALIZAÇÃO.....	86
Regionalização como Modelo Organizacional.....	86
Descentralização de Serviços de Saúde.....	86
Desenho organizacional da rede.....	91
Sistema de referência e contra-referência.....	97
Participação Popular na gestão.....	98
Regionalização como Modelo de Gestão.....	99

Regionalização ou racionalização.....	99
Gestão da Clínica.....	102
A contratualização por metas e a Gestão por resultados.....	104
Avaliação continuada e Sistema de Monitoramento.....	107
Regionalização como Modelo de Integração.....	110
Integração Sistêmica dos Serviços e Redes em Saúde.....	110
III. ESTUDO DE CASO: CENÁRIOS SOBRE A REGIONALIZAÇÃO NA RSSN.	125
Introdução.....	125
III.1 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO.....	128
Identificação das variáveis-chave.....	128
Análise estrutural das variáveis.....	145
Análise da influência dos atores sobre as variáveis.....	156
Análise das estratégias dos atores face às variáveis-chave.....	160
Definição dos eventos de tendência central.....	164
Definição das probabilidades de ocorrência dos eventos centrais.....	195
Elaboração dos cenários mais prováveis.....	198
III.2 PROPOSTA DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A RSSN.....	202
III.3 PROPOSTA DE INSTRUMENTOS DE GESTÃO PARA A RSSN.....	210
III.4 SÍNTESE CONCLUSIVA.....	211
CONSIDERAÇÕES GERAIS FINAIS.....	216
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	222
ANEXOS.....	228

Resumo

Este trabalho discute o conceito da regionalização a partir de três eixos principais: a regionalização como um modelo organizacional dos serviços de saúde; a regionalização como um modelo de gestão dos sistemas de saúde que remete para o conceito de racionalização e a regionalização como um modelo de integração sistêmica dos serviços de saúde voltados para a produção de cuidados e ações de prevenção e promoção da saúde por meio de redes assistenciais hierarquizadas, integradas e solidárias. A regionalização dos serviços de saúde surgiu como um dos principais veículos de reforma que os sistemas de saúde de vários países adotaram na sua política de descentralização. Trinta anos depois da independência, a República de Cabo Verde busca através da regionalização reformar o seu Serviço Nacional de Saúde. É apresentado um diagnóstico do sistema de saúde do país. Um dos principais condicionantes das reformas são os atores que participam delas.

O objetivo deste trabalho foi de analisar o comprometimento dos atores-chave com o processo de regionalização na Região Sanitária Santiago Norte – Cabo Verde e a partir daí construir cenários múltiplos de sua operacionalização. Foram construídos três cenários prospectivos. A construção dos cenários prospectivos foi baseada no método de elaboração de cenários de Godet e com adaptações propostas por Rivera com um enfoque mais qualitativo. Outros métodos foram utilizados para apoiar a construção dos cenários: O método Delphy, o método de sistema de impactos cruzados, o método de análise de Discurso do Sujeito Coletivo. A construção dos cenários permitiu a reflexão prospectiva dos atores sobre o processo de regionalização e a antecipação da ação estratégica dos mesmos.

O estudo mostrou que a regionalização ocorrerá num ambiente do tipo *sistema instável*, dependendo a realização do cenário desejável das negociações e coalizões entre os atores-chave. A construção de cenários prospectivos numa perspectiva qualitativa mostrou-se como uma possibilidade consistente e promissora ainda passível de aprofundamento teórico.

Palavras-chave: Regionalização dos serviços de saúde; cenários prospectivos; Cabo Verde; Discurso do Sujeito Coletivo; Descentralização; Sistemas de Saúde;

Abstract

This study discusses the concept of regionalization from three prime areas: the regionalization as an organizational model of health services; the regionalization as a model of management of health systems that goes to the concept of rationalization and the regionalization as a model of systemic integration of health services toward the production of care and action of health's prevention and promotion by means of hierarchies assistance, integrated and solidary. The regionalization of health services appeared as one of the main vehicles of reform that the health systems of several countries had adopted in its politics of decentralization.

Thirty years after the Independence, the Republic of Cape Verde searched through regionalization to remodel its National Health Service. The reform movements are marked by several reasons that can inhibit or make stronger intentions. One of the main reasons of the reforms is the actors who have been participating in them.

The objective of this study looks for to analyze the commitment of the key-actors in the Sanitary Region Santiago North – Cape Verde with the process of regionalization and from then on to build multiple scenarios of its operationalization. Three prospective scenarios had been constructed. The prospective scenarios were built, based on the method of Godet's scenario and with proposals adaptations of Rivera with a more qualitative approach. Other methods had been used to support the development of the scenario: the Delphi method, the method of system of crossed impacts, the method of analysis of Subject Collective Speech. The construction of the scenarios allowed to the prospective reflection of the actors on the process of regionalization and the anticipation of the strategically action of the same ones.

The study showed that the regionalization will occur in an environment with an unstable system type, depending on the accomplishment of the desirable scenario of the negotiations and coalitions between the key-actor.

The building of prospective scenario in a qualitative perspective revealed as a consistent and promising possibility that still a subject for theoretical deepening.

Key-Words: Health service regionalization; prospective scenarios; Cape Verde; analyzing of subject collective speech; Decentralization; Health Systems;

Apresentação

Cabo Verde é um país-arquipélago, com uma superfície terrestre de 4 033 km², situado no Oceano Atlântico e formado por 10 ilhas, das quais 9 habitadas, com uma população residente de 507.000 habitantes. É independente desde 1975.

A população menor de 25 anos representa 62% da população geral. A população acima de 60 anos representa 10% da população geral. A taxa de desemprego é de 18,7% com maior peso nas zonas rurais.

O PIB per capita em 2004 foi de 1.981,5 US\$ (190 US\$ em 1975). A esperança de vida ao nascer é de 72 anos (49 anos em 1975). A esperança de vida saudável ao nascer é de 62,9 anos em 2004, segundo a OMS (2006).

A constituição e o funcionamento da rede sanitária colocam um grande desafio aos gestores do Serviço Nacional de Saúde (SNS). De um lado, a fragmentação de cuidados nas estruturas de saúde e a desarticulação da rede são agravadas pela descontinuidade territorial devida a insularidade do território nacional (arquipélago). Por outro lado, a acessibilidade é condicionada pelas barreiras de natureza física, tais como o mar e a própria orografia (território montanhoso) no interior das ilhas. As despesas públicas com a saúde variam entre 9 a 10% das despesas públicas prevista no Orçamento Geral de Estado (OGE). Entretanto, a necessidade de “alimentar” o sistema com mais recursos é cada vez mais evidente, dado os novos desafios que o sistema de saúde enfrenta: a transição epidemiológica para doenças de foro degenerativos que implicam cuidados continuados, tecnologias de maior complexidade e maior especialização dos recursos humanos. No entanto, a capacidade de expansão orçamental é limitada. As taxas de desempenho do setor da saúde são bastante razoáveis comparativamente com os países da sub-região. É entendimento comum de que o atual sistema de saúde precisa ser reformado para poder dar respostas aos desafios atuais. Durante o ano de 2006 foi amplamente discutida e adotada a nova Política Nacional de Saúde (PNS) com enfoque sobre a reforma do SNS. Entre outras prioridades, o processo de reforma centra-se principalmente na: a) busca de fontes alternativas de financiamento para o Serviço Nacional de Saúde, na expansão da contribuição do governo através do OGE e nas contribuições sociais e indiretas através do INPS; b) melhoria da gestão da rede sanitária e na formulação de um novo desenho para a rede sanitária com a implementação de um modelo piloto de regionalização para testar as reformas no desenho organizacional; c) melhoria da qualidade da prestação de cuidados centrado no

paciente como sujeito, através da introdução de protocolos clínicos e de práticas de humanização do cuidado; d) melhoria do sistema de informação sanitária (SIS) útil à gestão do sistema de saúde; d) fortalecimento da estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS). Várias opções estratégicas se correlacionam tais como, diminuir o peso relativo do modelo hospitalocêntrico vigente e promover o desenvolvimento equilibrado entre esses modelos e apoiar-se numa estratégia assente na valorização da rede de Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal porta de entrada e de atendimento dos usuários. Isto a par de outras medidas estruturantes como as ações direcionadas para a prevenção e promoção da saúde. A valorização das estruturas relacionadas com APS deveria incluir o reforço em recursos humanos, especialmente de médicos, enfermeiros, e pessoal para - médicos como técnicos de diagnóstico e ainda de administradores e gestores de saúde.

Em 1998 foi elaborada a primeira Carta Sanitária do país. Uma das principais propostas desse documento é a constituição de regiões sanitárias nos municípios em que “tal for viável”, tendo como base o princípio da territorialização e agrupamento de municípios com vista a obter melhor desempenho das unidades de saúde em matéria de economia de escala.

Em 2003 regista-se a decisão política do governo de Cabo-Verde em criar a Região Sanitária de Santiago Norte (RSSN) agrupando quatro municípios da zona norte da Ilha de Santiago. Para isso o governo de Cabo Verde conta com o apoio e cooperação do governo do Grande-Ducado de Luxemburgo. A região sanitária abrangerá uma população de cerca de 100.000 habitantes, cerca de 20% da população do país. A implementação da região sanitária servirá como um projeto piloto para possível adoção em outras regiões do país a partir da experiência positiva deste empreendimento.

Paralelamente ocorrem outras reformas no país com implicações no setor da saúde e no processo de regionalização: o ingresso dos funcionários públicos no sistema previdenciário desde Agosto de 2006, a adoção de uma nova Política Nacional de Saúde (PNS) em Setembro de 2006 e a colocação na agenda do governo da possibilidade de criação de Regiões Político-Administrativas do país, como estratégia de descentralização da administração pública central.

O presente trabalho poderá servir como um subsídio teórico-conceitual para a discussão sobre a implementação da rede sanitária da Região Sanitária Santiago Norte proposta pelo Ministério da Saúde de Cabo-Verde.

Este trabalho é dividido em quatro partes: os objetivos e metodologias de trabalhos adotados; o diagnóstico da situação do SNS - Cabo Verde; a revisão teórico-conceitual sobre a regionalização; e a apresentação do trabalho de pesquisa de campo.

Na *primeira parte* deste trabalho são definidos os objetivos gerais e específicos que nortearam toda a discussão conceitual sobre o tema. E é descrita a metodologia do trabalho e de pesquisa no terreno em forma de aplicação de entrevistas semi-estruturadas com os atores-chave do processo de reformas em curso no país, principalmente voltada aos aspectos relativos à regionalização da Região Sanitária de Santiago Norte. Também é definido o escopo do trabalho.

Na *segunda parte* é feita uma radiografia geral da situação da saúde em Cabo Verde e dos municípios que irão sediar a Região Sanitária de Santiago Norte, objeto principal deste trabalho. Apresenta o país e os diversos indicadores de desenvolvimento. É feito um diagnóstico da situação do SNS a partir de uma abordagem que discute a sua organização, gestão e o financiamento do setor da saúde. São apresentados os principais estrangulamentos ligados à organização da rede de serviços de saúde, as desigualdades regionais, os pontos críticos relativos à gestão da rede e à gestão dos cuidados prestados e a estrutura de financiamento do setor da saúde. Relativamente à questão do financiamento da saúde, os principais agentes - *o governo, o INPS e os usuários* - foram analisados à luz das despesas com a saúde numa perspectiva de séries históricas e a estrutura das contribuições no financiamento do sistema. Houve ainda um esforço do autor em definir o peso relativo que cada um dos agentes tem nos custos globais com a saúde em Cabo Verde. Predomina nas discussões sobre o financiamento da saúde no país a questão da comparticipação nos custos da saúde pelos usuários, partindo de uma suposição de que esta comparticipação é quase nula. Neste trabalho é demonstrado que os usuários antes pelo contrário, assumem despesas importantes com a saúde, mesmo que na verdade, essas despesas sejam dirigidas ao setor privado e correspondam a 2% do total das despesas gerais dos agregados familiares. É que responsabilizar ainda mais os usuários financeiramente pode resultar em despesas catastróficas numa população com 37% dela considerada pobre. O fortalecimento do papel do INPS com o ingresso dos funcionários públicos no sistema previdenciário, beneficiando cerca de 60% da população (até 2006, era de 30%) com seguro-doença implicará nos próximos anos mudanças estruturais de fundo no SNS. Até agora identificado como um sistema compatível com os sistemas do tipo “*Sistema Nacional de Saúde*”, o Serviço Nacional de Saúde provavelmente estará se configurando como um sistema do tipo “*Seguro*

Social". Discutem-se ainda os principais desafios que o SNS de Cabo Verde enfrenta na encruzilhada da sua reforma após 30 anos de existência.

Na *terceira parte* é feita uma revisão da literatura sobre a regionalização e as diferentes definições conceituais dadas por diferentes autores. É discutido o conceito de regionalização na perspectiva de um modelo organizacional descentralizado dos serviços de saúde. É feita uma abordagem genérica sobre as diversas formas de descentralização e se discute os mitos relacionados com esta forma de gestão e as suas vantagens. Ainda é discutido o conceito de rede, a justificação de sua existência num sistema regionalizado de saúde, as suas conexões e o papel de veículo de solidariedade e de cooperação sistêmica intra-organizacional que as redes e as suas conexões exercem sobre as diferentes estruturas que compõem o sistema de saúde na dimensão de uma região sanitária. Um dos instrumentos que garante a cooperação e coordenação dentro da rede de saúde são a existência e o funcionamento de um sistema de referência e de contra-referência. Quando bem integrados se transformam num instrumento que acompanha o paciente no processo de cuidados e que atravessa a pirâmide estrutural dos serviços de saúde e garante a homogeneidade da informação relevante sobre o paciente dentro da rede, ou seja, desempenha o papel de elo de comunicação entre os diferentes níveis de atenção.

Este capítulo ainda aborda a regionalização como um modelo de gestão. E faz um contraponto teórico entre a necessidade de integração de serviços e a necessidade de racionalização dos recursos em busca de dimensões que confirmam um grau de economia de escala e de escopo desejados para maximizar os efeitos positivos que advêm desta forma de organização dos serviços. A racionalização tem aqui uma dimensão que ultrapassa o mero jogo de contenção de custos, para incorporar outros valores como a "qualificação" dos gastos, a eficiência e a efetividade na relação entre os recursos utilizados e os benefícios e impactos obtidos. Ainda são discutidos os vários enfoques do que seria a participação popular na gestão, numa perspectiva de controle social, da participação comunitária, da participação popular nos diferentes papéis de controle e de barganha pelo poder e de petição e de responsabilidades no interior dos sistemas de saúde.

A contratualização é discutida como um instrumento de gestão direcionada para os resultados e compromissos com que os serviços de saúde se comprometem a produzir e a oferecer cuidados. Esta abordagem de gestão busca reforçar o papel de petição e

prestação de contas, mesmo que o contrato não tenha valor jurídico, mas, sobretudo por expressar um compromisso com determinadas metas definidas entre os atores.

É ainda discutida a regionalização como um modelo de integração dos serviços e da atenção prestada aos usuários do sistema. Mostra como a integração se constitui como o mandato principal da regionalização. Aborda as questões da integração sistêmica e a importância de intervenções conjuntas com outros setores públicos numa perspectiva intersectorial de intervenção. Apresenta o Plano Diretor Regional como instrumento de gestão da própria regionalização. Mostra como este instrumento ajuda a definir a missão, a visão futura da região sanitária e a preocupação em definir as regras de jogo entre os distintos atores que compõem a região sanitária.

Na *quarta parte* é apresentada a pesquisa de campo realizada em Cabo Verde. Mostra passo a passo como foi desenvolvida a pesquisa e os fundamentos metodológicos que estiveram na base da sua realização. Apresenta os instrumentos de pesquisa de campo, o universo amostral dos entrevistados e relata como foi feito o tratamento dos dados recolhidos da pesquisa. Esta parte do trabalho discute o comprometimento dos atores-chave com o processo de regionalização em Cabo Verde e tenta aferir a distância ou convergência entre o enunciado do discurso e o engajamento do discurso, entre a intenção e o gesto. Num processo de reforma é importante antecipar à ação através de reflexões prospectivas que ajudem a vislumbrar os caminhos de menores eventos negativos ou mesmo em caso de sua existência minimizar o seu impacto na reforma e ainda poder potenciar os eventos positivos. O conhecimento anterior à ação é um processo, que não é mais do que uma “*indisciplina intelectual*”¹ que é a construção de cenários. Para a definição dos cenários em que o processo de regionalização irá ocorrer em Cabo Verde, o autor baseou-se na metodologia de cenários prospectivos de Godet (2004) com adaptações de Rivera (2003) para construir dentro do universo de cenários possíveis, três cenários provavelmente realizáveis e dentre eles o cenário central, tido como o cenário mais desejável. É apresentada no trabalho uma abordagem mais qualitativa para a construção de cenários, sem deixar, entretanto as avaliações quantitativas que a metodologia propõe, sobretudo na elaboração das matrizes e a coerência da descrição dos cenários e os outros atributos como a verossimilhança, a transparência e complementaridade do julgamento prospectivo. Como metodologia de suporte para a análise do material das entrevistas, o trabalho apoiou-se nas três figuras

¹ Godet, M. **Manuel de Prospective Stratégique 2: L’art et la méthode**. Paris, 2004.

metodológicas do Discurso do Sujeito Coletivo: as expressões-chave, as idéias centrais e o Discurso do Sujeito Coletivo.

Nesta parte do trabalho são revelados os pontos estudados com prioridade (variáveis-chave) e é feita uma análise global exaustiva sobre o sistema estudado a partir dos discursos dos atores-chave. E são apresentadas as estratégias dos atores-chave face às variáveis e construídas as principais tendências dos eventos considerados como determinantes para o sucesso da implementação da Região Sanitária Santiago Norte. E como resultado da pesquisa, é apresentada a descrição de três cenários prováveis para a implementação da RSSN. E por ultimo, é apresentado um conjunto de objetivos estratégicos para a região sanitária de forma a potenciar os eventos centrais do cenário desejado.

Finalmente são apresentadas as sínteses conclusivas relativas às partes que constituem este trabalho e a formulação das considerações gerais finais sobre o tema estudado e os objetivos da pesquisa.

Situação – Problema

A fragmentação de cuidados devida à má articulação dos serviços dentro da rede (ou o que deveria ser a rede), trouxe entre outras conseqüências, a inversão do ponto de demanda de cuidados para unidades de atenção de maior complexidade no Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde. Com efeito, a principal porta de entrada no sistema de saúde são os Hospitais Centrais cuja vocação é o atendimento de casos de alta complexidade e nalguns casos de média complexidade para as regiões de suas implantações. Os Hospitais Centrais deveriam ser exclusivamente unidades de referência nacional do SNS. Supõe-se que cerca de 60 a 70% dos casos atendidos nesses HC's são condições passíveis de atendimento e resolução no nível das unidades de Atenção Primária à Saúde. E é obvio que esta deslocação da demanda para este nível provoca consumos excessivamente onerosos para o sistema. E leva a descontinuidade de cuidados e a uma desintegração da rede de serviços de saúde.

Mas esta conjuntura está também assente numa forte concentração de recursos humanos existentes e de tecnologias nesses hospitais em detrimento das unidades de saúde (CS) que formam a base da pirâmide sanitária. Estas unidades apresentam baixas capacidades

resolutivas² e são funcionalmente esvaziadas nalguns casos. O SNS ficou aprisionado na perspectiva hospitalar de intervenção.

É manifestada nos vários níveis de gestão e administração do SNS a necessidade de reformas que levem a uma conformação da rede de serviços de saúde mais solidária, eficiente e em que as vertentes de prevenção e promoção da saúde sejam reforçadas e ainda que seja adotada uma estratégia para a atenção primária resolutiva que ajude a descongestionar os Hospitais Centrais por um lado e levar melhor atendimento à população.

A insatisfação atual com o funcionamento do SNS manifesta-se em vários níveis: no nível dos gestores nacionais do sistema, dos prestadores de serviço (profissionais da saúde), e dos usuários (os usuários do sistema). No nível dos gestores nacionais a insatisfação prende-se com a ineficiente gestão nas diferentes estruturas da rede, considerada “despesista” do ponto de vista dos gastos que representa para o Orçamento Geral de Estado. A insatisfação dos prestadores tem a ver com a ruptura sistemática dos insumos, o baixo investimento em tecnologias de diagnóstico e poucas oportunidades para especialização dos profissionais de saúde (não só dos médicos, mas também enfermeiros, gestores, etc.). A insatisfação dos usuários tem a ver com a lista de espera para algumas especialidades médicas, a qualidade da atenção prestada, a aquisição de medicamentos fora dos serviços públicos e a crescente demanda de exames complementares de diagnóstico para os serviços privados em decorrência de falta de sua disponibilidade no serviço público.

É necessária uma abordagem integrada dos cuidados ao longo de toda a rede, aliada a uma gestão clínica dos casos e a gestão do sistema, que contribuam para aumentar o desempenho do SNS e que se traduza numa maior efetividade para a população cabo-verdeana.

Numa condição que é objetiva de recursos finitos para necessidades infinitas em saúde, conseguir uma gestão equilibrada entre “as oportunidades que se oferecem para o sistema” (crise, reforma, investimentos) e os “desafios que se constituem para o sistema” (a demanda, novas patologias, envelhecimento da população) é um desafio dialético enorme.

² Resolutividade definida como uma ação ou cuidado que consiga suprimir, minorar ou abreviar o período de manifestação dos sintomas, promover a remissão ou a cura do processo mórbido no menor tempo possível, limitar a incapacidade superveniente e evitar a evolução para o desfecho letal (D’Aguiar, 2001).

A regionalização dos serviços de saúde como uma estratégia de descentralização da gestão do nível central para o nível intermediário e local do sistema, configura um marco importante da reforma do SNS e deverá estimular os papéis de coordenação, da negociação e da cooperação que existem dentro da rede de saúde e fora dela. A implementação da Região Sanitária Santiago Norte servirá como um espaço e “laboratório” de reformas para o Ministério da Saúde de Cabo Verde.

A relevância da regionalização está nas capacidades de criar sinergias, complementaridade, intra e intersetorialidade entre os diferentes atores que coexistem num mesmo espaço e para objetivos finais comuns.

Este trabalho procura responder os seguintes questionamentos:

- ☞ Como a regionalização contribui para garantir a continuidade da assistência dentro da rede?
- ☞ Como conciliar as propostas de racionalização da assistência que visam essencialmente a contenção de custos, com as propostas de melhoria de qualidade da atenção prestada aos usuários do sistema de saúde?
- ☞ Que paradigma de Regionalização para Cabo Verde?
- ☞ Como se manifesta o comprometimento político dos atores-chave com a regionalização em Cabo Verde?
- ☞ Que cenários possíveis para a Regionalização dos serviços de saúde em Cabo Verde (no caso a RSSN)?

Objeto de Estudo

O objeto do presente trabalho é o estudo da possibilidade de implementação de um modelo regionalizado de gestão da rede de serviços de saúde em Cabo – Verde, explorando *as possibilidades e os limites* da regionalização nos níveis das políticas públicas de saúde e o grau de comprometimento dos atores-chave com o enunciado político. A abordagem do objeto de trabalho é feita tendo em conta a modelagem dos eixos de conversação da rede técnico-assistencial oferecida pela regionalização e propõe estratégias de reformas ajustadas aos propósitos da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN). A discussão teórica neste trabalho parece pender em alguns momentos sobre os

problemas que surgem nos hospitais e nos centros de saúde. Mas esta é uma situação assumida pelo autor tendo em conta que os “grandes” problemas da rede de serviços de saúde em Cabo Verde se concentram nos hospitais, seja pela concentração de recursos humanos, de investimentos, de tecnologias e também pelo papel que desempenham na construção da rede de saúde enquanto centros de referências para as estruturas de menor complexidade técnica. Tão somente representam uma das “estações” de cuidado dentro da rede. Algumas discussões sobre o papel do nível da Atenção Primária à Saúde dentro da rede visa deslocar o hospital do “centro” do sistema e com isso romper os limites do hospital, inserindo-o dentro da rede e trabalhando para a rede.

Objetivo Geral

Analisar o comprometimento dos atores-chave com o processo de regionalização na Região Sanitária Santiago Norte (RSSN - Cabo Verde) e propor estratégias de reforma organizacional para a rede de serviços de saúde através da regionalização e instrumentos modernos de gestão a partir dos cenários futuros prováveis identificados.

Objetivos Específicos

1. Estudar o modelo técnico-assistencial da regionalização na perspectiva de uma organização assistencial com múltiplas portas de entrada e saída, que garanta os pressupostos de uma gestão integrada do sistema de saúde no nível regional.
2. Descrever as características da Rede de Saúde de Cabo Verde e da Região Sanitária Santiago Norte.
3. Simular cenários prospectivos prováveis sobre a implementação da regionalização e o comprometimento dos distintos atores interessados no processo através da realização de uma pesquisa de campo.
4. Identificar e propor estratégias de intervenção para a implementação da RSSN de Cabo Verde;
5. Propor instrumentos de gestão para a Região Sanitária Santiago Norte.

Metodologia

Definiram-se três etapas distintas para a realização deste trabalho.

Uma *primeira etapa* de pesquisa foi desenvolvida com foco na revisão bibliográfica sobre o marco teórico-conceitual da regionalização dos serviços de saúde e os diferentes temas relacionados. Esta revisão inclui trabalhos de autores brasileiros e estrangeiros. E compreendeu publicações feitas no Brasil e no exterior. As fontes de pesquisa foram os textos do curso de mestrado, livros publicados relacionados, revistas especializadas de saúde pública, artigos científicos de interesse para o tema, publicações de outras áreas afins (gestão, administração, políticas), pesquisas em bibliotecas e bibliotecas virtuais sediadas na internet.

Paralelamente a revisão bibliográfica foi feito o levantamento sobre a metodologia adequada para a realização da pesquisa de campo. Entre os principais métodos estudados foram considerados apropriados para os propósitos deste trabalho, o método de cenários prospectivos (GODET, 2004; RIVERA, 2003), o método de impactos cruzados (SMIC) e o método de análise de depoimentos através do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

Numa *segunda etapa* foi realizada uma pesquisa sobre documentos nacionais e de banco de dados (Cabo Verde) para a caracterização do país, fazendo uma radiografia sobre o setor da saúde, a política nacional de saúde (suas prioridades), a gestão, a organização, o financiamento do setor saúde, as desigualdades regionais e municipais em saúde e uma descrição dos fatores determinantes de saúde para o contexto nacional. Foram definidos os principais atores-chave a serem entrevistados no decurso da pesquisa de campo, através de uma definição prévia do universo da amostra dos sujeitos da pesquisa e da definição do perfil dos mesmos (formuladores de políticas, gestores de saúde, responsáveis políticos municipais).

Numa fase anterior à pesquisa de campo, o trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da ENSP e obteve sua aprovação.

A *terceira etapa* compreendeu a realização de uma pesquisa de campo que buscou conhecer e analisar o comprometimento dos atores-chave do processo de regionalização com a sua real implementação e qual o nível e que tipo de autonomia (política, financeira ou ambos) que se reserva para a Região Sanitária Santiago Norte e de como os atores pretendem participar dela.

A pesquisa do campo foi realizada em Cabo Verde no período de Janeiro a Março de 2007, por meio de entrevistas semi-estruturadas aos atores-chave previamente definidos e ainda através da entrega de matrizes e tabelas para o julgamento e avaliação das diferentes categorias propostas pelo trabalho aos entrevistados. No mês de Julho de 2007 foram ainda enviados aos participantes da pesquisa tabelas para o pronunciamento sobre as probabilidades de ocorrência dos eventos principais.

Para a realização da pesquisa de campo proposta para o estudo de caso sobre cenários da regionalização na Região Sanitária Santiago Norte (RSSN) de Cabo Verde, foram utilizados vários instrumentos de pesquisa³: um roteiro de entrevistas com perguntas semi-estruturadas, uma matriz de análise estrutural (tipo MIC), uma matriz de análise da influência/governabilidade dos atores-chave sobre as variáveis-chave. Como instrumentos de apoio à pesquisa de campo⁴ foram utilizados os seguintes: um diário de campo para registro das entrevistas, agendamentos e anotações operacionais, um gravador digital de voz Powerpack DVR-800 III, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os atores-chave selecionados tomarem conhecimento sobre os termos da pesquisa.

Para a seleção dos atores-chave, foi considerado de acordo com o método Delphi⁵, o fato de realmente serem pessoas competentes para responder às perguntas propostas (TOBAR e YALOUR, 2001) e o vínculo que os mesmos têm com o processo de regionalização na RSSN tendo em conta os três níveis de atuação e participação deste processo: a) os quatro gestores locais de saúde dos municípios que compõem a região sanitária (três Delegados de Saúde e um responsável de Saúde num dos municípios) e um representante do Gabinete Técnico de coordenação da RSSN; b) os quatro responsáveis políticos dos municípios (três Presidentes de Câmara Municipal - *Prefeitos* e um Presidente da Comissão Instaladora de um dos municípios); c) seis quadros dirigentes do Ministério da Saúde de Cabo Verde (quatro Diretores Gerais, pessoal dirigente e um Assessor do Ministro da Saúde). No total foram selecionados quinze atores-chave para a realização das entrevistas.

³ Os instrumentos de pesquisa estão apresentados em forma de anexos neste trabalho;

⁴ É a pesquisa empírica realizada no lugar onde ocorre um fenômeno e dispõe-se de elementos para explicá-lo. São centradas em entrevistas, pesquisas ou observação direta. (Tobar, F. Yalour, M. 2001);

⁵ A técnica Delphi é uma ferramenta de avaliação qualitativa para construir o consenso em relação a um problema específico entre um conjunto de informantes-chave. Ela busca detectar os pontos de convergência e trabalhar neles. Conferir em Tobar e Yalour (2001): **Como fazer teses em saúde pública?**

Para a realização das entrevistas, primeiramente foi feito um trabalho de agendamento dos encontros. Por se tratar de pessoal extremamente ocupado com tarefas da gestão do sistema de saúde esse processo de marcação de entrevistas e a sua realização foi bastante moroso.

Dos quinze selecionados foi possível entrevistar quatorze.

Inicialmente foi apresentada durante um encontro de coordenação da RSSN aos participantes, Diretores Gerais (dois), Delegados de Saúde (três), Administradores (3) e representantes do Gabinete Técnico da região sanitária, uma síntese do trabalho apresentado à banca de qualificação do projeto, para uma melhor socialização do trabalho de pesquisa e de seus objetivos.

De todos os entrevistados foi inicialmente obtido o livre consentimento de sua participação na pesquisa mediante a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, declarando o entendimento dos objetivos, riscos e benefícios de sua participação.

O roteiro de entrevistas foi testado em duas entrevistas para o seu aprimoramento e melhor adequação. Das quatorze questões iniciais do roteiro de entrevistas, o teste piloto desconsiderou três, por se revelarem questões menos claras ou repetitivas. As entrevistas foram realizadas individualmente a fim de evitar respostas induzidas, assim como a influência dos denominados formadores de opinião (TOBAR e YALOUR, 2001). Para a construção de consenso em relação às questões específicas foram realizadas duas entrevistas sucessivas que permitiram encontrar as variáveis de alto impacto e trabalhar sobre eles. Posteriormente foram remetidos aos entrevistados por correspondência, dois formulários relativos à probabilização sobre os eventos centrais estudados a partir das estratégias dos atores-chave. Para a identificação dos eventos centrais utilizou-se de três figuras metodológicas para tratamento de dados discursivos coletados (ver os instrumentos de análise de discursos na parte III deste trabalho): o discurso do sujeito coletivo (DSC), as expressões-chave e as idéias centrais (LEFÉVRE & LEFÉVRE, 2005). A metodologia de Discurso do Sujeito Coletivo foi adotada por se mostrar como um método apropriado para a construção de pensamentos coletivos através de discursos construídos a partir de depoimentos singulares. Para a construção de cenários foi primordial este cruzamento de análise qualitativa e quantitativa de forma a elaborar e descrever os cenários a partir de estratégias singulares dos atores.

Aos entrevistados foi explicado que as questões formuladas visavam a obtenção de discursos da situação atual e de um cenário futuro numa perspectiva de cinco anos.

Fundamentalmente, o questionário visou evidenciar o engajamento e comprometimento dos atores-chave e das instituições que representam com o processo de regionalização em curso e apoiar na identificação de futuros gargalos e fatores chaves para o sucesso de sua implementação. As entrevistas foram registradas por escrito e em gravador digital de voz. Posteriormente foram digitadas. No total foram 581 minutos de registro de voz. A todos os entrevistados foi aplicado um questionário idêntico.

A partir das variáveis de alto impacto listados (sub-variáveis) pelos entrevistados nos discursos individuais, o autor decidiu condensá-los por meio de categorização por afinidades de temas. Para esse trabalho de reagrupamento de tendências das variáveis de alto impacto, Godet (2004) propõe dois critérios: a *similitude* (isto é, as tendências que têm as mesmas causas e os mesmos efeitos) e a *densidade de relações* (as tendências são muito ligadas e com forte conexão). Após o reagrupamento das variáveis propôs-se analisá-los através de uma matriz de análise *dois-a-dois* (matriz de análise estrutural). O processo consistiu em analisar, através de um quadro de dupla entrada, a influência que cada variável exerce sobre as outras por forma a definir as variáveis-chave motrizes ou de ligação (RIVERA, 2003), fundamentais para o futuro da regionalização em apreço. A análise estrutural visa hierarquizar ou caracterizar as variáveis mais importantes para o cenário, que seriam as variáveis motrizes e incertas (maior motricidade e incerteza).

Com a determinação das variáveis-chave (oito), o passo seguinte foi dar uma definição explicativa para cada uma delas, de forma a evitar interpretações díspares sobre a variável, objeto de avaliação por parte dos atores-chave. Foi utilizada uma matriz de impacto cruzado (MIC) para a avaliação da influência que cada variável exerce sobre as outras, com a ponderação de nenhuma (0), baixa (1), média (2) e alta (3) intensidade (RIVERA, 2003). Esta análise possibilitou detectar o grau de determinação e de dependência entre as variáveis-chave, apontando quais se configuraram como variáveis motrizes com poder de influência decisiva no cenário futuro do processo de implementação da região sanitária em estudo e quais as variáveis de ligação (dimensões de incerteza futura) ou de dependência para o cenário futuro da RSSN.

Em seguida procedeu-se a análise da governabilidade dos atores-chave sobre as variáveis-chave. Esta análise foi feita através de uma matriz de influência dos atores de modo a perceber o grau de controle que detêm sobre os recursos críticos e estratégicos e de seus comportamentos futuros sobre as variáveis-chave. A avaliação da governabilidade e controle sobre as variáveis foi ponderada como nenhum controle (0), baixo (B), médio (M) e alto (A), (RIVERA, 2003).

À luz do conjunto destas análises procedeu-se a definição das estratégias futuras possíveis dos atores-chave em face das variáveis mais influentes, as variáveis motrizes e de ligação. Foram avaliadas as probabilidades de ocorrência das principais tendências dos eventos centrais decorrentes das variáveis-chave à luz das estratégias dos atores-chave: as probabilidades de ocorrência isolada dos eventos e as probabilidades de ocorrência condicionada dos eventos (2x2). Para esta análise foi realizada uma consulta a distancia aos sujeitos de pesquisa (três) através do envio de matrizes para a quantificação da probabilidade de ocorrência dos eventos estudados.

Por ultimo foram descritos e apresentados os cenários prováveis que guardaram entre si os requisitos de coerência, verossimilhança e complementaridade com base nas tendências dos eventos centrais estudados. Foram construídos três cenários prováveis para a operacionalização da futura Região Sanitária Santiago Norte.

Após a definição dos cenários prováveis foram formuladas propostas de estratégias de intervenção para a região sanitária, apoiadas estrategicamente na Política Nacional de Saúde de Cabo Verde e no marco teórico-conceitual sobre a regionalização e um conjunto de propostas de instrumentos de gestão coerentes com os cenários definidos.

Considerações Éticas⁶

Tendo por base a resolução n ° 196, de 16.10.96, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil que trata das diretrizes e normas reguladoras sobre este tipo de pesquisas, foi garantido aos entrevistados, Dirigentes do Ministério da Saude (Diretores Gerais), responsáveis do setor da saúde nos municípios (Delegados de Saude) e os Presidentes de Câmara (Prefeitos) o total respeito ao anonimato⁷ e confidencialidade bem como o uso ético dos dados. Os resultados serão divulgados apenas através de artigos científicos considerando os benefícios do estudo para a população. Foram esclarecidos antecipadamente todas as pessoas a entrevistar, sobre o que se pretende com a pesquisa, o que permitiu conseguir-se deles o pleno, prévio e livre consentimentos. Foi-lhes proposto o termo de livre consentimento (ver anexo 1), que foi assinado por todos os

⁶ O Comitê Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS) de Cabo Verde foi instalado no dia 22/08/2007, numa fase posterior à pesquisa de campo realizada no país. Cf. Expresso das Ilhas Jornal online de 24/08/2007.

⁷ Neste trabalho, no lugar dos nomes dos entrevistados estão colocados letras de forma aleatória que não permitem a identificação dos participantes da pesquisa.

atores-chave entrevistados. Garantiu-se aos entrevistados o tratamento objetivo, cuidadoso, escrupuloso e responsável dos dados.

Em suma, esta pesquisa está assente em quatro pressupostos básicos da ética expressos na mesma resolução ou seja: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

I. O CONTEXTO NACIONAL - CABO VERDE

"Conheça-te, a ti mesmo".

Sócrates

I.1. O PAÍS

A República de Cabo Verde é um país arquipélago que conquistou a independência em 5 de Julho de 1975, na sequência de uma luta de libertação nacional realizada conjuntamente com a República da Guiné-Bissau. O arquipélago é formado por dez ilhas, sendo nove habitadas e oito ilhéus. Todas as ilhas são de origem vulcânica. A superfície terrestre é de 4.033 km². Por ser um país insular a sua linha costeira é considerável com uma zona económica exclusiva (ZEE) de 700.000 km². Fica situado no Oceano Atlântico a 450 km da África Ocidental. O clima é tropical seco, com duas estações, uma de chuvas (Julho a Outubro) e outra de um período seco. Tem uma população residente de 507.000 habitantes (2005), sendo que 55% residem no meio urbano e 45% no meio rural. A densidade populacional é de 125 habitantes/km². A capital do país é a Cidade da Praia e situa-se na Ilha de Santiago. O país tem uma população muito jovem. A população menor de 25 anos representa 62% da população geral. A população acima de 60 anos representa 10% da população geral. Segundo o documento do diagnóstico da situação da saúde (GEPC-MS, 2005) a taxa de crescimento anual da população passou de 2,5% em 1988 para 1,8% em 2005, com tendência a baixar. Essa situação pode ser o reflexo de uma política de controle de natalidade fortemente estimulada nos anos 80 e até os anos 2000. A prevalência contraceptiva foi de 31% em 2005. É obvio que outros fatores contribuíram para essa situação como o incremento da escolaridade no país. Mas não deixa de ser paradoxal, já que de um lado o país precisa de escala para determinados investimentos de maior envergadura. O aumento demográfico deveria ser visto como uma oportunidade de desenvolvimento para um país com poucos habitantes. A taxa de desemprego é de 18,7% com maior peso nas zonas rurais. Nas ultimas três décadas o PIB do país multiplicou-se por oitenta (de 950 milhões de ECV⁸ no ano da independência para 75

⁸ ECV: escudo caboverdiano, moeda nacional. 1 Euro equivale 110,265 ECV; 1 Dólar comercial equivale a 81,232 ECV; 1 Dólar Internacional equivale a 39,84 ECV; Taxas de cambio de 17/08/2007; A paridade com o Euro é fixada por convenio com Portugal;

bilhões de ECV em 2002, INE-2002). Os dados publicados pela OMS (2007) mostram que pelo Índice de Desenvolvimento, Cabo Verde situa-se na posição 91 entre 171 países. Faz dois anos que as Nações Unidas reclassificou o país, passando do grupo de Países Menos Avançados (PMA) para o grupo de Países de Desenvolvimento Médio (PDM). Esse crescimento da riqueza nacional foi acompanhado por uma considerável melhoria de vida da população, especialmente apoiada pelo desenvolvimento alcançado nos setores da Educação, Saúde, Habitação, Saneamento Básico entre outros. O escudo caboverdiano (CVE) é a moeda nacional e tem uma paridade fixa com o EURO garantido através de um acordo cambial com Portugal (membro da UE) desde finais dos anos noventa. Isso confere a moeda nacional uma forte estabilidade cambial na praça financeira.

Cabo Verde é um país de emigração secular desde finais do séc.XIX com destino principal na época, para a Costa Leste dos Estados Unidos da América (em 2006 cerca de 3% da população residente da grande metrópole de Boston tinha ascendência caboverdiana ou eram emigrantes de primeira geração). Segundo publicação da OMS (2007) os descendentes de emigrantes e emigrantes caboverdianos a viver no exterior chegam a 518.180, ligeiramente superior à população residente no país. Este movimento emigratório deu-se no início devido a posição geográfica do país e a contratação de pescadores e marinheiros locais na época em que a pesca da baleia estava no seu auge (mas também a comercialização do sal, e o carvão na rota marítima do Atlântico). Na segunda metade do séc. XX a emigração teve como destino principal a Europa (Portugal, Holanda, Luxemburgo, Itália e França) e África continental por motivos de calamidades naturais ligadas à seca prolongada (anos 40 do séc.XX) e de padrões de vida consideradas de extrema pobreza ainda na época colonial. Toda esta população emigrada constitui aquilo que é chamada da *11ª Ilha de Cabo Verde*. A emigração contribui através de transferência de rendimentos aos seus familiares com cerca de 20 a 25% do PIB (BCV, 2006). E a emigração não tem somente um peso económico para o país, mas também político em termos de participação eleitoral. Nas duas últimas eleições presidenciais, os votos dos caboverdianos emigrados decidiram as eleições.

A estratificação da economia revela que Cabo Verde é hoje um país de economia de serviços, pois os serviços (turismo, comércio, serviços aeroportuários, etc.) contribuem

Ao longo deste trabalho, os valores apresentados em Dólares são relativos ao Dólar Internacional que melhor permite a comparação internacional.

com 75,3% (ano 2002) na formação do PIB. E os serviços são responsáveis pela geração de 55% dos empregos no país.

Em seguida é apresentada a tabela 1 que mostra a evolução do PIB ao longo de vários anos, como também a evolução da população nesse mesmo período.

TABELA 1. RESUMO DA EVOLUÇÃO DO PRODUTO INTERNO BRUTO

PARÂMETROS	1976	1980	1990	2000	2001	2002	2003	2004
PIB(milhõesUS\$)	76,5	142,3	308,0	557,0	561,7	620,8	817,1	930,2
PIB/cápita (US\$)	272,2	481,1	902,1	1.281,5	1.263,1	1.371,2	1.772,6	1.981,5
População	280.878	295.703	341.491	434.625	444.683	452.714	460.968	469.450

Fonte: INE. 2005. Estatísticas Económicas Serie Victor Borges (In Diagnóstico da situação, PNS, MS, 2005).

O PIB per capita em 2004 foi de 1.981,5 US\$ (190 US\$ em 1975). A *esperança de vida ao nascer* é de 72 anos (49 anos em 1975). A *esperança de vida saudável* ao nascer é de 62,9 anos em 2004, segundo dados da OMS (acesso eletrônico www.who.org). A taxa de pobreza foi 17,7% em 2002. Segundo o IDRF-2002 com base no limiar da pobreza⁹, 36,7% da população é considerada “pobre” (limiar de pobreza considerada como 60% da mediana das despesas médias dos indivíduos dentro da família), sendo que dentre este 20% são considerados de “muito pobre” (mediana de 40% das despesas médias). Em 1988-1989 a população a viver na pobreza era de 49%. Houve uma redução da pobreza em 12% em 14 anos. Nesse período a pobreza extrema reduziu-se de 32,34% para 20%. Contudo, ainda persistem desigualdades quanto a concentração de riqueza no país. Segundo os dados do IDRF-2001/2002, 10% da população mais pobre tem apenas 1% do rendimento. E os primeiros sete decis (70% dos agregados familiares) representam apenas 28% das despesas per capita, enquanto que o último decil (os 10% mais ricos) representa 47% da despesa total, (IDRF-INE, 2001/2002).

A tabela 2 apresenta as frequências acumuladas das despesas dos agregados familiares comparativamente com os decis da população.

⁹ O limiar da pobreza foi fixado em 43.250 ECV per capita anual (Itl US\$1.085,5) e o limiar para os “muito pobres” foi fixado em 28.833 ECV per capita anual (Itl US\$ 723,7). IDRF 2001/2002 (INE, 2004);

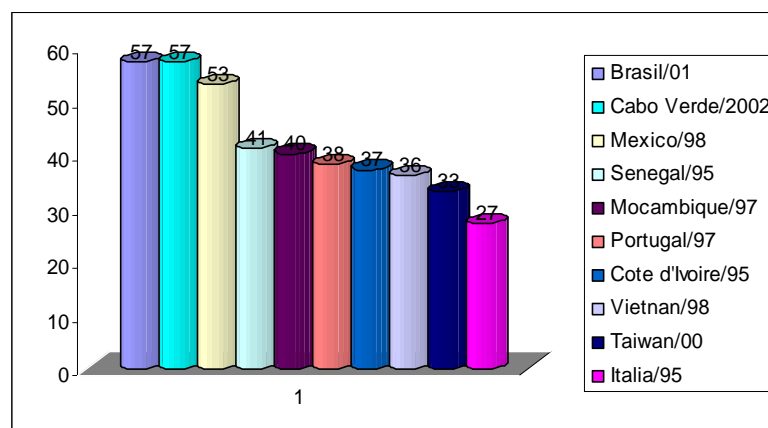
TABELA 2: FREQUÊNCIAS ACUMULADAS DE DESPESAS DOS AGREGADOS RELATIVO AOS DECIS DA POPULAÇÃO

Decis	Frequências	Coordenadas da Curva de Lorenz ¹⁰
1	0,0129	0,0129
2	0,0211	0,034
3	0,0284	0,0624
4	0,0362	0,0986
5	0,0459	0,1445
6	0,0576	0,2021
7	0,0733	0,2754
8	0,0991	0,3745
9	0,1554	0,5299
10	0,4701	1

Fonte: IDRF- 2001-2002 (INE, 2004)

O índice Gini¹¹ para Cabo Verde é de 0.57, o que demonstra um forte grau de concentração de riqueza no país. O valor do índice de Gini oscila de 0 a 1 e é crescente com a concentração. Para melhor se situar este índice comparativamente com outros países e ter a percepção desta concentração de riqueza, apresenta-se o gráfico 1:

GRÁFICO 1. ÍNDICE DE GINI COMPARATIVO ENTRE OS PAÍSES



Fonte: IDRF 2001/2002 (INE, 2004:132)

A taxa de escolarização básica até 6 classes é de 98%, e até 9 classes é de 89%. A taxa de alfabetização geral é de 77,5% (20% em 1975). O ratio h/m é de 0,9 para o ensino secundário e de 0,85 para o ensino universitário. Os gastos com a educação representam

¹⁰ A **Curva de Lorenz** é um gráfico em que as frequências acumuladas das despesas ou do rendimento são comparadas com as frequências acumuladas dos agregados familiares. O valor do Índice de Gini é igual a área entre a Curva de Lorenz e a linha de igual repartição do rendimento (linha 45°). – INE (2004).

¹¹ É utilizado na avaliação da desigualdade dos rendimentos ou de despesas. O valor 0 indica a inexistência de desigualdades na repartição do rendimento e o valor 1 indica a máxima concentração do rendimento e desigualdade total. (IDRF 2001/2002, INE, 2004);

cerca de 20% dos gastos totais do país. Os gastos com a saúde representam cerca de 10% das despesas governamentais e cerca de 5% do PIB.

Nos últimos 12 anos o Índice de Desenvolvimento Humano cresceu cerca de 14% passando de 0,587 em 1990 a 0,670 em 2002 (INE, 2004).

Da independência a 1990, o país foi governado por um sistema político baseado em regime de partido único. Com a abertura política tiveram lugar as eleições multipartidárias legislativas (1991) e em 1992 foram realizadas as primeiras eleições autárquicas no país. A partir desse período, foram realizadas de forma regular as eleições presidenciais e legislativas (mandatos de cinco anos) e as eleições autárquicas (mandatos de quatro anos) com alternâncias políticas num ambiente de paz social e do aprofundamento do exercício democrático.

As mudanças políticas trouxeram consigo reformas econômicas e o país abraçou a economia de mercado alicerçada no setor privado. O setor empresarial de serviços modernizou-se e o país aumentou a sua competitividade atrativa para o investimento privado externo, principalmente na área do turismo. Cerca de 2/3 das empresas existentes em 1998 em Cabo Verde, nasceram após 1990 (IDRF- 2001/2002, INE, 2004). Na década de noventa, a economia cresceu cerca de 6,1% ao ano.

Em termos de governação, existe um nível de governo central com incumbências de governação do país e no nível municipal o órgão executivo, são as Câmaras Municipais (Prefeituras). Não existem órgãos de governo de nível regional.

O parlamento desempenha as funções de centro de poder político no país.

I.2. RADIOGRAFIA DA SAÚDE EM CABO VERDE

ORGANIZAÇÃO, GESTÃO E POLÍTICAS

A Constituição da República de Cabo Verde (1992) estabelece no seu artigo 70º o seguinte:

- 1. Todos têm direito à saúde e o dever de a defender e promover, independentemente da sua condição económica.*
- 2. O direito à saúde é realizado através de uma rede adequada de serviços de saúde e pela criação das condições económicas, sociais, culturais e ambientais que promovam e facilitem a melhoria da qualidade de vida das populações.*
- 3. Para garantir o direito à saúde, incumbe ao Estado, designadamente:*

- a) Assegurar a existência e o funcionamento de um sistema nacional de saúde;*
- b) Incentivar a participação da comunidade nos diversos níveis dos serviços de saúde;*
- c) Assegurar a existência de cuidados de saúde pública;*
- d) Incentivar e apoiar a iniciativa privada na prestação de cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação ;*
- e) Promover a socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos;*
- f) Regular e fiscalizar a actividade e a qualidade da prestação dos cuidados de saúde;*
- g) Disciplinar e controlar a produção, a comercialização e o uso de produtos farmacológicos, e outros meios de tratamento e de diagnóstico.*

Os serviços de prestação de cuidados de saúde, da promoção, prevenção e de reabilitação juntamente com os órgãos gestores constituem o Serviço Nacional de Saúde (SNS). A Lei de Bases da Saúde define o SNS como sendo “*o conjunto integrado de todos os recursos humanos, financeiros e materiais de propriedade pública, privada ou mista que a administração central, as autarquias e outras entidades reúnem para assegurar o direito à saúde da população e, em particular, a prestação de cuidados de saúde adequados às suas necessidades*, (artigo 2, b);

A organização do SNS segue o princípio da organização político-territorial do país. No nível central existem os Hospitais Centrais (dois) para a atenção terciária e secundária à saúde e nos municípios existem os Centros de Saúde com capacidades para internações e parto e de atividades ambulatoriais. Existe uma enorme variabilidade entre estas estruturas, sendo que alguns possuem serviços laboratoriais, de radiologia, de estomatologia, serviços de emergência 24 horas e outros que somente oferecem consultas médicas. Em três municípios existem Hospitais Regionais (três), mas que na realidade não desempenham esse papel, até porque ainda não existe uma região sanitária definida nos moldes conceituais do termo e não existe um estatuto jurídico formal estabelecido para estas estruturas de saúde. No fundo os Hospitais Regionais são centros de saúde de maior complexidade, oferecendo inclusive cirurgias gerais e procedimentos de gineco-obstetria. A definição do estatuto dos Hospitais Regionais consta da agenda do Ministério da Saúde.

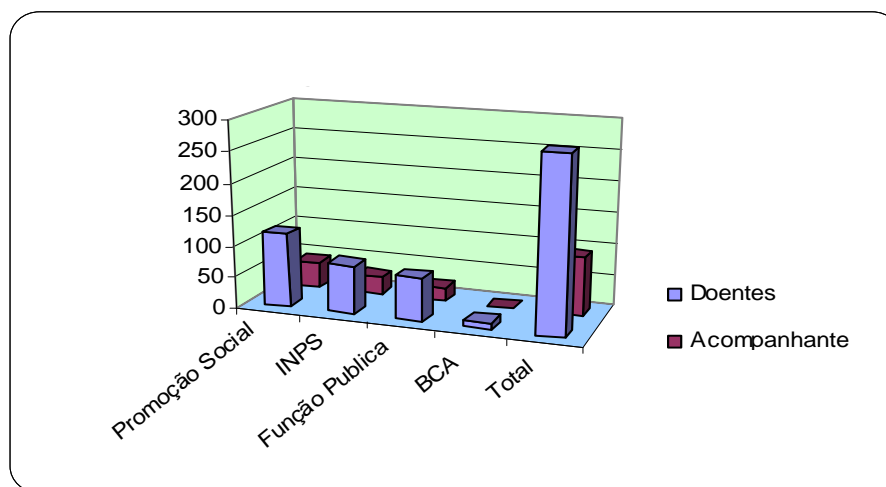
Em termos de instituições prestadoras de cuidados o SNS possui além dos dois Hospitais Centrais, três Hospitais Regionais, vinte e dois Centros de Saúde, trinta e quatro Postos Sanitários, cento e dezessete Unidades Sanitárias de Base, cinco Centros de Saúde Reprodutiva (saúde da mulher e da criança) e dois Centros de Saúde Mental.

A cobertura da rede de estruturas de saúde é de 1 estrutura por 9.000 hab (excluído as USB), PNS (Política Nacional de Saúde, 2006).

A atenção de alta complexidade que não seja possível atender no país por razões diversas, inclusive de economia de escala, o Estado garante a obtenção desses cuidados no SNS de Portugal mediante convênios (ver gráfico 2).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) é gerido pelo Ministro da Saúde. No nível municipal esta incumbência recai na figura do Delegado de Saúde, autoridade sanitária local. A coordenação é feita diretamente com os departamentos centrais do Ministério da Saúde. Não existem estruturas de gestão intermediária no nível descentralizado. As Câmaras Municipais participam na gestão das unidades sanitárias de base, alocação de recursos humanos (agente sanitário) e trabalhos de manutenção dessas estruturas. Mas pelo fato de serem unidades de saúde de baixa resolutividade, o impacto da participação das Câmaras Municipais na gestão do SNS é mínimo.

GRÁFICO 2. EVACUAÇÕES DOS DOENTES PARA O EXTERIOR



Fonte: Relatório Estatístico (GEPC-MS, 2005) – Cabo Verde;

O SNS, no nível central, compreende os serviços e organismos que assistem o Ministro na formulação da política de saúde, no exercício da função de regulação e gestão do SNS e na avaliação do desempenho (as Direções Gerais). Nesse nível existem órgãos consultivos como o Conselho do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e órgãos sob tutela ou superintendência como o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário (responsável pelas áreas de comunicação, informação e educação em saúde), as Escolas de Enfermagem e os Hospitais Centrais.

Ao SNS são incumbidas as seguintes **funções** conforme dispõe o artigo 8º. da Lei de Base da Saúde,

- a) *Função reguladora;* b) *Função de promoção da saúde e de prestação de cuidados;* c) *Função financiadora;* d) *Função de acompanhamento.*

São **princípios** do Serviço Nacional de Saúde os seguintes (artigo 3º da Lei de Base da Saúde, 2004):

- a) A **universalidade** de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência sanitária;
- b) A **solidariedade** de todos os caboverdianos na garantia do direito à saúde e na contribuição para o financiamento dos cuidados de saúde, de acordo com o rendimento individual;
- c) A defesa da **equidade** na distribuição dos recursos e na utilização dos serviços;
- d) A salvaguarda da **dignidade humana** e a preservação da integridade física e moral dos utentes e prestadores;
- e) A **liberdade de escolha** de estabelecimento sanitário e de nível de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços;
- f) A **salvaguarda da ética e deontologia** profissionais na prestação dos serviços de saúde;
- g) A **participação dos utentes** no acompanhamento da atividade dos serviços de saúde;
- h) A **natureza multi-setorial** das intervenções no domínio da saúde com atenção especial à luta contra a pobreza, em geral, e às condições de abastecimento de água, saneamento básico, habitação, educação e nutrição das populações, em particular.

A desconcentração do SNS faz-se através das Delegacias de Saúde cuja circunscrição coincide com a do Município, base da divisão administrativa do país. A Lei Orgânica do Ministério da Saúde (Decreto-Lei n. 25/2003 de 25 de Agosto) prevê a criação de Regiões Sanitárias “*aonde e quando possível*” como entidades descentralizadas de administração de saúde reunindo um certo número de Delegacias de Saúde contíguas. A necessidade de organizar os serviços descentralizados de saúde e conferir-lhes uma maior capacidade de resposta às necessidades da população através da obtenção de economias de escala resultou numa das principais propostas da Carta Sanitária de Cabo Verde (1999) em reorganizar os serviços de saúde pela **via da regionalização**.

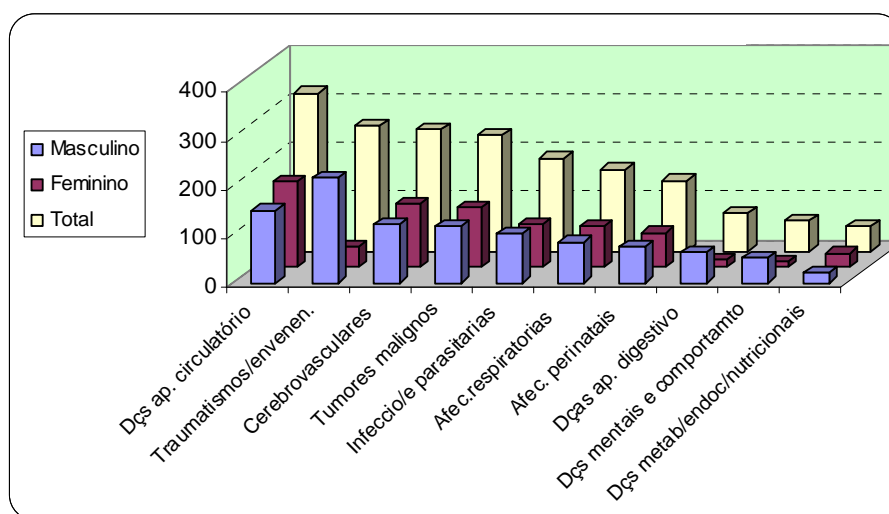
Assim a Carta Sanitária (1999:21) propõe a constituição de cinco regiões sanitárias para o país:

- => *Região Sanitária de Santo Antão (que englobaria as Delegacias de Saúde de Ribeira Grande, Paul e Porto Novo);*

- => Região Sanitária de Fogo e Brava (englobaria as Delegacias de Saúde de S. Filipe, Mosteiros e Brava);
- => Região Sanitária de Santiago Norte (englobaria as Delegacias de Saúde de Santa Catarina, Tarrafal, Calheta e parte de Santa Cruz);
- => Região Sanitária de Santiago Sul (englobaria as Delegacias de Saúde de Praia, S. Domingos, e serviria de referência para a ilha de Maio, Sal e Boavista);
- => Região Sanitária do Mindelo (englobaria as Delegacias de Saúde de S. Vicente, e serviria de referência para a ilha de S. Nicolau e parte de Boavista e Sal);

O perfil epidemiológico do país, nos últimos anos, encontra-se numa fase denominada de transição (ou será acumulação?) epidemiológica em que as doenças não transmissíveis mostraram ter superado, em frequência, as doenças infecto-contagiosas, representando novos desafios para a capacidade do Serviço Nacional de Saúde do país (MS, Plano Nacional de Desenvolvimento 2002-2005). O gráfico 3 ilustra esta realidade através das principais causas de óbito.

GRÁFICO 3. PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS POR SEXO - 2005



Fonte: Relatório Estatístico 2005 (GEPC-MS, 2006)

Como se pode observar através do gráfico 3 as Doenças do aparelho circulatório, Traumatismos e Doenças cérebro-vasculares constituem as três primeiras causas de morte no país. Portanto, um claro domínio das doenças crônicas e degenerativas (exceto “traumatismos”) sobre as doenças de foro infeccioso. E essa realidade coloca desafios fortes ao SNS. Por um lado é um sistema ainda em consolidação (31 anos), com fraquezas estruturais (fragmentação de cuidados, estruturas vocacionadas para a atenção

secundária e terciária como principal porta de entrada do sistema, sustentabilidade financeira do sistema) e por outro lado tem que dar respostas a condições de saúde que exigem maior complexidade de atenção (meios de diagnóstico, especialistas) e continuidade da atenção (medicamentos, consultas). A par disso, começa a ter relevância no perfil demográfico da população, o envelhecimento (10% da população maior de 60 anos) que demanda cuidados mais complexos.

As taxas de mortalidade indicam um recuo progressivo, situando-se, no ano 2005 em 5,1 por mil para a mortalidade geral; em 20,2 por mil nascidos vivos para a mortalidade infantil (108/1000 em 1975), em 22,6 por mil para a mortalidade entre os menores de 5 anos de idade e em 25,3 por mil nascimentos para a mortalidade perinatal. A mortalidade materna situou-se no ano 2005 em 14,5 por cem mil nascidos vivos.

Na tabela 3 percebe-se de que houve uma evolução favorável para todos os indicadores apresentados (nove) de forma consistente ao longo dos dez anos em apreço. No período de dez anos a taxa de mortalidade geral quase que diminuiu em 50% e a mortalidade infantil diminuiu 2,7 vezes nesse período. Estes indicadores colocam o país entre os países africanos com melhor desempenho em termos de saúde. A tendência é consolidar esses ganhos e ainda melhorá-los.

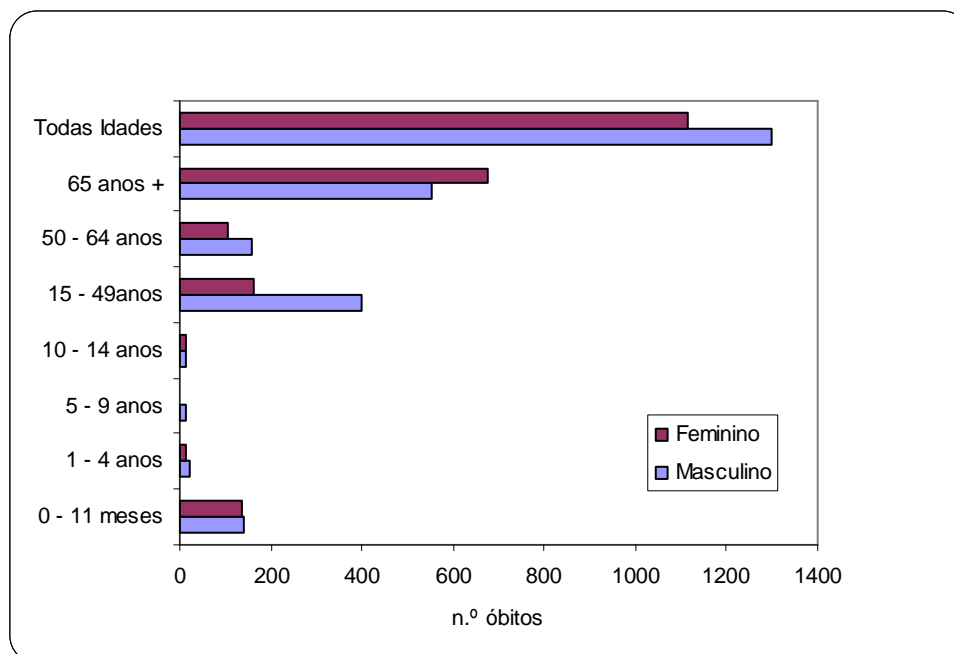
TABELA 3. EVOLUÇÃO DE TAXAS DE MORTALIDADE, 1995 – 2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Mortalidade Infantil	56,2	39,9	50,9	36,5	34,4	26,2	22,6	20	17,9	21	20,2
Mortalidade Neonatal Precoce	18,9	14,3	12,7	13,3	11,3	11,6	8,6	7,8	8,4	10,5	10,7
Mortalidade Neonatal Tardia	5,4	4,2	5,3	4	3,8	3,1	3,1	3,1	2,2	2,4	2,2
Mortalidade Pós- Neonatal	31,9	21,4	33	19,2	19,3	11,5	10,9	9,1	7,3	8	7,3
Mortalidade Perinatal	47,8	39,1	42,3	42,4	35,7	33,1	28,4	25,8	26,5	28	25,3
Mortalidade Juvenil (1 – 4A)	4,3	2,4	4,3	2,4	2,3	1,6	1,2	1	1,1	1,1	0,7
Mortalidade menores de 5 A	74,6	48,5	67,3	45,6	43,2	31,9	26,6	23,6	21,7	25	22,6
Mortalidade Materna	69,1	46,4	33,3	41,3	41	86,3	38,7	7,6	30	36,9	14,5
Mortalidade Geral	9,1	6,9	7,5	6,8	6,6	5,6	5,4	5,3	5,6	5,4	5,1

Fonte: Relatório Estatístico, Ano 2005 (GEPC-M. Saúde, 2006)

Em termos de grupos etários e por sexo a estratificação dos óbitos é apresentada no gráfico 4.

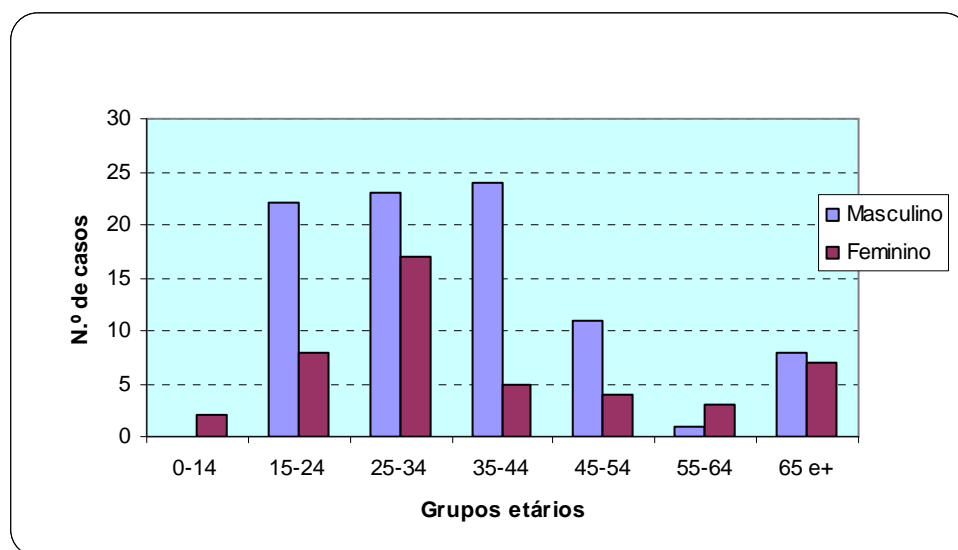
GRÁFICO 4. ÓBITOS SEGUNDO GRUPO DE SEXO E IDADE - 2005



Fonte: Relatório Estatístico 2005 (GEPC-MS, 2006) – Cabo Verde;

Os óbitos na faixa etária “65 anos e mais” representaram 51% do total de óbitos verificados no ano de 2005 em Cabo Verde e os óbitos da faixa etária de 15-49 anos representaram 23,2% do total de óbitos. A faixa etária de 0-11 meses de idade representou 11,4% do total de óbitos. Dentre as principais causas de mortalidade nesta faixa etária, as afecções perinatais representam 46,3% dessas causas de óbitos. Melhorando a qualidade de atenção à grávida (pré-natal) e garantindo um parto assistido, essa realidade poderá ser melhorada consideravelmente. Na faixa etária de 15-49 anos morrem mais homens que mulheres (2,4 vezes). É uma faixa etária que coincide com uma maior vida ativa dos indivíduos, particularmente para os homens. O peso de óbitos devido a traumatismos é claramente mais marcante neste sexo (perfil profissional, atividades que envolvem risco de vida por acidentes) do que nas mulheres. Os óbitos por traumatismo ocorridos nos homens correspondem a uma taxa de 93,2 por cem mil habitantes, enquanto que nas mulheres esta taxa é de 16,6 por cem mil (GEPC). A tuberculose (todas as formas), com taxa de incidência que ronda os 28,32 por cem mil habitantes para o ano de 2005, mostra-se mais incidente nas faixas etárias de 15 a 44 anos de idade e predominantemente ocorre nos homens (cerca de duas vezes mais).

GRÁFICO 5. CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE POR IDADE E SEXO – 2005



Fonte: Relatório Estatístico, 2005 (GEPC-MS, 2006) – Cabo Verde;

Foram registrados 305 casos de tuberculose em 2005, sendo que 135 casos novos diagnosticados BK+ e 93 casos BK-, os restantes são casos de tuberculose extra-pulmonar (43), recaídas (21) e outros (13), (GEPC-MS, 2005).

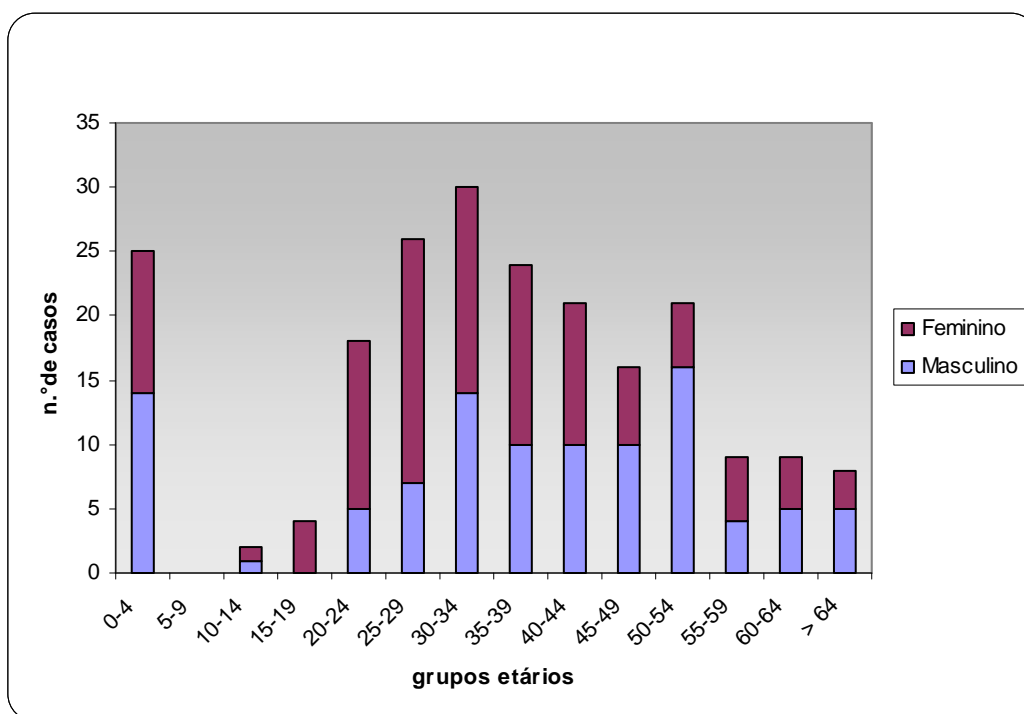
A hanseníase, que teve uma expressão relativamente importante no passado e em algumas ilhas, tendo-se assinalado “*uma prevalência à volta de 1200 casos nos finais dos anos setenta*” chegou a uma situação “*de eliminação como problema de saúde pública*”, apesar de alguns casos remanescentes.

As infecções respiratórias agudas, e as doenças diarréicas agudas apresentam ainda uma frequência elevada, e a sua importância deriva, sobretudo, da repercussão na morbimortalidade entre as crianças.

A infecção pelo VIH/SIDA em Cabo Verde, é considerada como “*uma epidemia de fraca prevalência*”, à volta dos 0,52% em 2005. Dos 1.500 casos registrados até Dezembro de 2004, 800 evoluíram para o estágio de doença, resultando em óbitos em mais de 50%. Com a introdução de anti-retrovirais esta taxa tenderá a diminuir. No país existe uma política de disponibilização de medicamentos essenciais, incluindo o acesso universal gratuito aos Anti-Retrovirais. De 1995 a 2005 foram diagnosticados 1.346 casos. O ratio homem/mulher é de 0,9.

Existe forte concentração dos casos diagnosticados entre a população sexualmente ativa, conforme mostra o gráfico 6. A taxa de incidência de HIV/AIDS é 46,6 por cem mil.

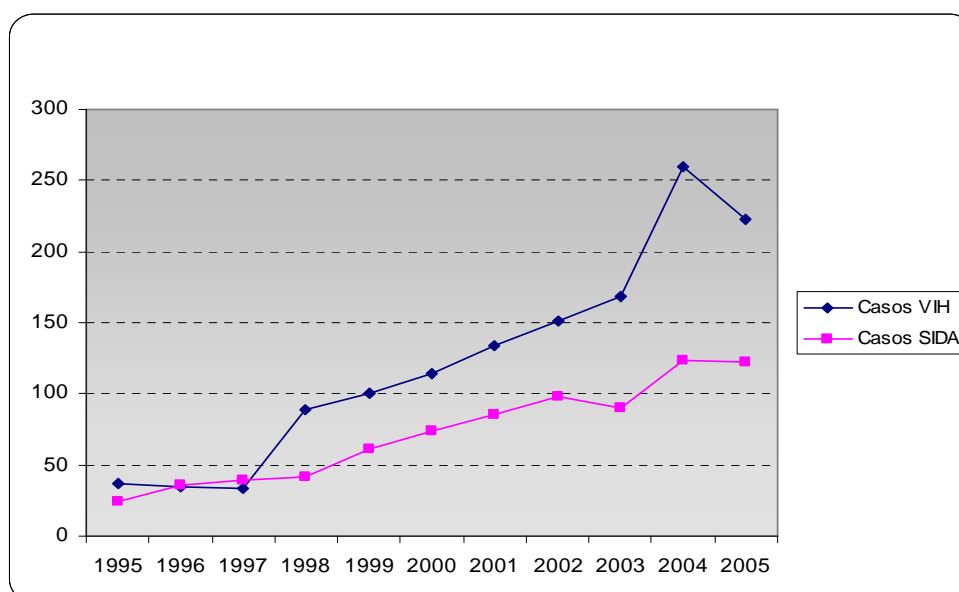
GRÁFICO 6. INFEÇÃO VIH/AIDS POR GRUPO DE IDADE E SEXO, 2005



Fonte: Relatório Estatístico 2005 (GEPC-MS, 2006) – Cabo Verde;

No gráfico 7 é apresentada a evolução do HIV/AIDS num horizonte temporal de dez anos 1995 a 2005. O gráfico 8 apresenta a distribuição percentual dos motivos que levaram ao diagnóstico dos casos. Os casos positivos decorrentes da livre demanda “teste anônimo voluntário” são baixos.

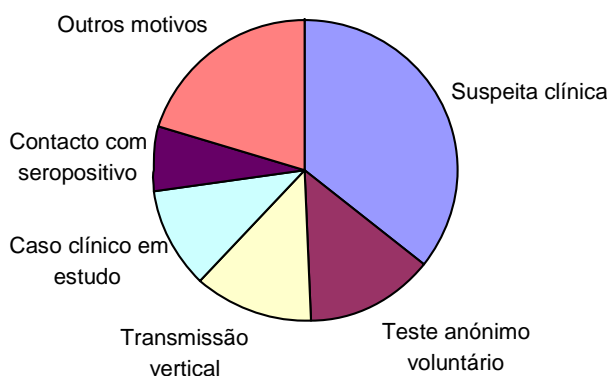
GRÁFICO 7. EVOLUÇÃO DA EPIDEMIA DE VIH/AIDS 1995-2005



Fonte: Relatório Estatístico, 2005 (GEPC-MS, 2006) – Cabo Verde;

A evolução da epidemia de HIV/AIDS nos últimos dez anos tem sido de uma progressão lenta, mas ascendente. Esta situação pode ser explicada pelo aumento considerável de testes realizados e disponíveis em vários pontos no país, quando comparado até ao ano 2002 em que existiam fundamentalmente dois pólos para a realização dos testes.

GRÁFICO 8. CASOS NOVOS DE HIV/AIDS POR MOTIVO DE DIAGNOSTICO (%) – 2005



Fonte: Relatório Estatístico 2005 (GEPC-MS, 2006) – Cabo Verde;

Nesse período (2002) foram implementados “postos sentinela” nos serviços de pré-natal para a captação das gestantes. A taxa de prevalência de HIV/AIDS em gestantes assistidas foi de 0,44% em 2004 (GEPC-MS, 2006), abaixo da percentagem na população geral 0,52%. Existem no país campanhas de sensibilização para a redução de risco de contágio pelo vírus e também para a realização de testes anónimos voluntários. As doenças preveníveis pela vacinação deixaram de constituir problemas de saúde pública. Houve, desde a independência, duas epidemias de poliomielite, uma em 1986 e outra no ano 2000, não se registrando mais caso algum desde então. A última epidemia de sarampo ocorreu em 1997 (8.584 casos). A ocorrência destas epidemias foi explicada pela quebra observada nas taxas de cobertura vacinal. A cobertura vacinal no ano 2005 para o BCG foi de 80,1% , para sarampo 64,6% e para completamente vacinados 63,1%.

O paludismo (malária) é de baixa endemicidade, ocorrendo predominantemente na Ilha de Santiago, em situações de carácter sazonal e cíclica tendo-se registrado nos últimos cinco anos menos de cem casos por ano, entre autóctones e casos definidos como importados. A taxa de incidência para o ano de 2005 foi de 14,2 por cem mil habitantes.

Embora exista em certas ilhas o *Aedes aegypti*, vector da febre-amarela, nenhum caso foi notificado no país desde a independência.

Segundo Gomes (1990; 2006:79) à época da independência de Cabo Verde, o país contava com 13 médicos e 140 enfermeiros (de nível geral e auxiliar). A escassez de profissionais de saúde levou com que numa primeira fase o sistema de saúde estivesse apoiado do ponto de vista de prestação de cuidados nos enfermeiros. É a *era dos enfermeiros*. Faziam deslocações itinerantes nos vários pontos do país para assegurar os serviços de saúde à população. Raras vezes os médicos conseguiam participar destas deslocações. Numa segunda fase com a chegada de mais médicos formados (finais dos anos 80 e início dos anos 90), embora ainda insuficiente, as deslocações itinerantes dos médicos era assegurada para os principais aglomerados populacionais e nas principais estruturas de saúde do país existiam médicos a trabalhar em regime permanente, é o que designamos como a *era dos médicos clínicos gerais*. Nos finais dos anos 90 e nos anos 2000 foi crescendo o número de médicos especialistas no país que foram assumindo os cuidados diferenciados oferecidos à população, inicialmente nos Hospitais Centrais e através de deslocações itinerantes nos diversos centros urbanos dos municípios. A médio prazo (muitos médicos estão no exterior a se especializar) vai-se consolidar esta nova fase no ciclo de vida do SNS, em que os cuidados diferenciados estarão assegurados exclusivamente pelos especialistas. A *era dos especialistas* chegou.

O rácio médico/habitantes que em 1997 era de 1/2.675 passou para 1/1.975 em 2005 e o rácio enfermeiro/habitantes evoluiu no mesmo período entre 1/1.807 e 1/1015. Contudo esses rácios escondem uma desigualdade na distribuição de pessoal médico e de enfermagem muito forte. Os dois Hospitais Centrais no ano de 2005 detinham 52,4% do total de médicos no país e 54,7% dos enfermeiros (Relatório Estatístico, 2005, GEPC-MS). Com tamanho desequilíbrio na afetação de recursos humanos produtores de cuidados de saúde, será difícil inverter a condição dos Hospitais Centrais continuarem a *atender 60 a 75% (Carta Sanitária, 1999) de atenção primária e secundária*. Esta realidade estimula a quebra da rede de serviços de saúde e os Hospitais Centrais continuam sendo reféns dessa política. Para o resto do país no ano de 2005 estavam disponíveis somente 39% dos médicos (incluindo os dos Hospitais Regionais) e de 45 % dos enfermeiros. E desses médicos 1/3 estavam afetados às Delegacias de Praia e de S.Vicente, áreas de localização dos dois Hospitais Centrais. A situação apresenta uma maior concentração ainda, se tratando das especialidades médicas. Das 25 especialidades médicas registradas no Relatório Estatístico de 2005 (GEPC-MS, 2006),

somente 3 especialidades se encontravam no resto das estruturas de saúde, sendo que dentre elas 1 estava afeta à Delegacia de Saúde S. Vicente. E em termos percentuais 85% dos médicos especialistas estavam colocados nos Hospitais Centrais e para o resto do país 14,9%, sendo que desses cerca de 1/3 estavam afetos às Delegacias de S. Vicente e da Praia, sedes dos dois HC. Esse panorama é condizente com a constatação feita na análise da situação da saúde para a elaboração da Política Nacional de Saúde de que “39,4% de todos os atendimentos externos, por médicos, incluindo urgências, têm lugar fora dos hospitais centrais assim como 34,9% dos internamentos” (GEPC-MS, 2005). Ou seja, na mesma paridade percentual de recursos humanos que o sistema oferece ao resto do país. A distribuição e concentração de profissionais de saúde nos HC *puxa consigo* a demanda da população para as estruturas com maior número de recursos humanos qualificados e tecnológicos.

Relativamente à enfermagem é inexpressivo o grau de sua especialização, predominando a enfermagem geral. Atualmente o Ministério da Saúde está a desenvolver esforços para garantir a especialização de mais médicos no exterior. A afetação destes médicos inicialmente nas estruturas de atenção secundária (Hospitais Regionais) diminuiria consideravelmente a situação atual e criaria condições de maior resolutividade neste nível de prestação, descongestionando os HC.

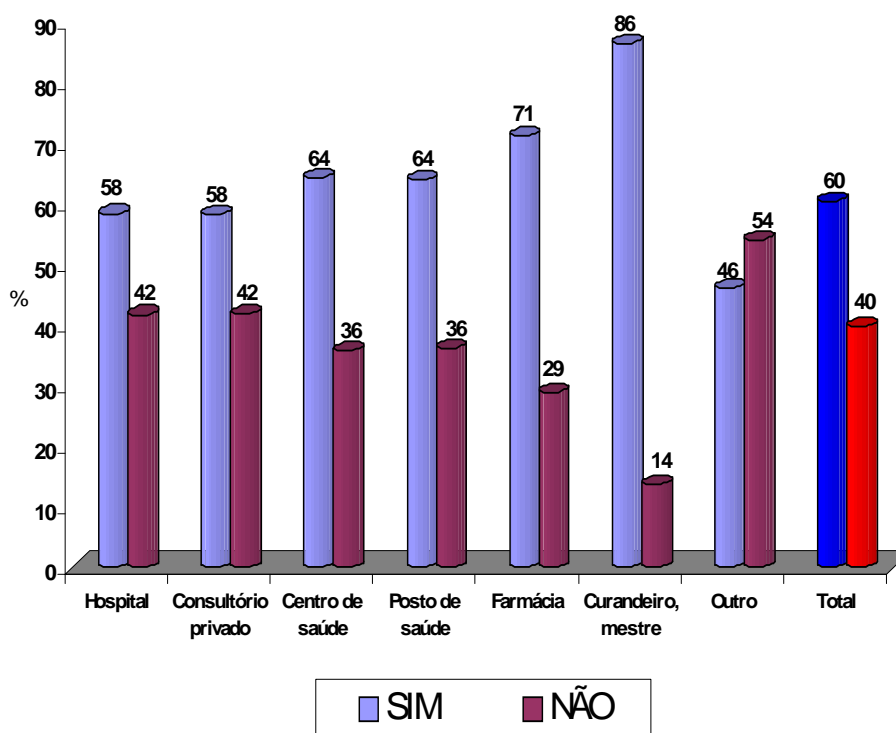
A evolução do efetivo de profissionais de saúde mostra um crescimento significativo e diversificado, mas ainda insuficiente, particularmente em profissionais especializados em diversos domínios, incluindo em saúde pública e gestão, para satisfazer às necessidades do setor e dar uma resposta diferenciada aos problemas e garantir o cabal funcionamento do sistema (PNS, 2006).

A recente elaboração da Política de Desenvolvimento dos Recursos Humanos (MS, 2004) contribuirá para definir em termos de política como obter este equilíbrio na alocação de recursos humanos para os diferentes níveis de atenção e no nível primário ter recursos humanos suficientes e qualificados para aumentar a resolutividade neste nível e ainda ser atrativo como porta de entrada do SNS. Incluindo algumas especialidades básicas, pediatria, ginecologia e obstetrícia para os Centros de Saúde, e evitar a transformação do chamado “pacote mínimo” em “*cesta básica de saúde*”.

O Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem Estar – QUIBB (INE, 2006) mediu a percepção de qualidade (acesso, utilização, satisfação) que os usuários têm sobre o SNS.

O nível de satisfação com os serviços de saúde foi avaliada como de muito alto, 88,9% dos que responderam, não existindo diferenças entre o meio urbano (88,7%) e meio rural (89,1%). Dos que estão insatisfeitos com os serviços de saúde, justificaram essa insatisfação tendo como razões principais, os seguintes: “muito tempo de espera” (51,3%), “muito caro” (27,2%), “falta medicamentos” (12,8%), “falta pessoal qualificado” (10,2%). O do nível de insatisfação existem diferenças de peso entre as populações residentes em áreas urbanas e rurais, devido provavelmente a uma maior capacidade de reivindicação, nível de escolaridade e renda. A razão “muito tempo de espera” foi considerada pela população dos centros urbanos com 62,4%, enquanto que para a população do meio rural significou 38,6%. A razão “muito caro” foi de 39,6% para a população de áreas rurais e 16,4% para as de áreas urbanas. A “falta de medicamentos” foi considerada pela população rural como 18% de razão de insatisfação e para a população urbana 8,2%. E a “falta de pessoal qualificado” foi considerada pela população urbana como 13,5% da razão da insatisfação e 6,4% pela população rural. Comparativamente, o nível de satisfação com os serviços de educação foi de 79,1%.

GRÁFICO 9. RESOLUÇÃO DO PROBLEMA DE SAÚDE POR LOCAL DE PRIMEIRA CONSULTA



Fonte: IDRF 2001/2002 (INE, 2004)

O gráfico 9 mostra a resolução do problema de saúde por local de primeira consulta dos usuários; a percepção da resolução do problema tende a diminuir com a complexidade das estruturas.

O acesso geográfico a um serviço de saúde em menos de 30 minutos é facilitado para 73,5% da população (urbana 88,4% e rural 61,2%).

O questionário ainda mostra que cerca de 16,4% da população entrevistada reportou ter tido problemas de saúde nas últimas quatro semanas (*necessidade de saúde*), com diferenças não expressivas entre os meios rural e urbano. E cerca de 15,5% da população entrevistada reportou ter utilizado serviços de saúde (*utilização dos serviços*) nesse mesmo período, sendo que 18% no meio urbano e 13,5% no meio rural.

TABELA 4. LOCAL DE PRIMEIRA CONSULTA

Tipo de Estrutura	%
Hospital	58
Centro de Saúde	20
Posto de Saúde	10
Consultório privado	8
Farmácia	2
Curandeiro/mestre	1
Outro	1

Fonte: IDRF 2001/2002 (INE, 2004) – Cabo Verde;

A tabela 4 mostra a distribuição percentual da população, relativamente ao tipo de estrutura em que procura a primeira consulta. O Hospital é claramente a primeira porta de entrada na rede de saúde. Esta situação mostra dois momentos críticos para o SNS – porta de entrada no sistema é o Hospital e o Hospital atende 60 a 70% de casos passíveis de resolução em estruturas de menor complexidade.

Relativamente às consultas de pré-natal o estudo também mostrou que 93,8% das gestantes fizeram consultas de pré-natal e cerca de 82,2% das crianças menores de seis anos nasceram em estruturas de saúde, sendo o parto assistido na grande maioria dos casos (77,3%), por pessoal de saúde qualificado, sendo 66% nos Hospitais, 8% nos Centros de Saúde e 1% nos Postos Sanitários (QUIBB-CV,2006). Ainda 12% dos partos foram reportados como feitos por parteiras tradicionais.

FINANCIAMENTO E GASTOS DO SNS

O principal financiador do setor da saúde em Cabo Verde é o Estado. O artigo 8º da Lei de Bases da Saúde define que a “*função de financiamento é exercida pelo Governo e pelas autoridades do poder local e por todas as entidades públicas e privadas, às quais, por lei ou por contrato, incumbe o pagamento de prestações de saúde a assistidos*”.

A Lei n.º 41/VI/2004 que cria a Lei de Bases da Saúde no seu artigo 37º sobre o **financiamento da saúde** estipula que,

1. *O financiamento das atividades de saúde desenvolvidas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde é assegurado pelo Orçamento do Estado, pelos utentes, pelas entidades gestoras do seguro doença e outros seguros, na parte correspondente às suas responsabilidades legais ou contratuais, pelos subsistemas de saúde e por terceiros responsáveis pelos fatos determinantes da prestação de assistência.*
2. *Cabe ao Estado financiar a administração do SPS e a prestação de cuidados a doentes vulneráveis e grupos especiais em condições estabelecidas por lei.*
3. *As instituições integradas no SPS, podem ainda inscrever como receitas próprias nos seus orçamentos:*
 - a) *O pagamento de prestações de saúde por utentes não beneficiários do SPS na ausência de terceiros responsáveis;*
 - b) *O pagamento de outros serviços prestados ou de taxas sobre a utilização de instalações e equipamentos nos termos previstos na lei;*
 - c) *O rendimento de bens próprios e o produto de legados ou doações;*
 - d) *As taxas estabelecidas por lei para regular a utilização dos serviços de saúde.*

A saúde é um direito do cidadão e dever do Estado. Entretanto o direito à saúde do cidadão é partilhado com os deveres que lhe são imputados no artigo 23º n.º 2 da Lei de Bases da Saúde que regulamenta os **Estatutos do Utentes** (usuários) e nomeadamente os deveres de:

- a) *Abster-se de atitudes, comportamentos e hábitos que ponham em risco a sua própria saúde ou a de terceiros;*
- b) *Contribuir para a melhoria, ao seu alcance, das condições de saúde familiar e ambiental;*
- e) *Comparticipar, nos termos da lei, nos custos da saúde;*

O **direito à saúde** no que diz respeito à assistência está enquadrado no artigo 5º da mesma Lei que estipula os seguintes:

1. Todos os cidadãos têm direito à saúde e o dever de a preservar e promover, independentemente da sua condição social, econômica e das suas convicções políticas ou religiosas.

4. O direito referido no n.º 1 compreende o acesso a todas as prestações estabelecidas nesta lei, estando sujeito apenas às restrições impostas pelo limite de recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

O financiamento da saúde é assegurado pelos três principais agentes: o governo, as entidades seguradoras (no caso o INPS com maior expressão) e os utentes. A análise do financiamento será feita, portanto a partir destas três perspectivas.

O Governo

O governo é o principal financiador da saúde em Cabo Verde. Esse financiamento abrange o funcionamento de todos os serviços de saúde sob a tutela do Ministério da Saúde que é o departamento da administração central que executa a política do governo para a área da saúde. O financiamento da saúde é assegurado pelo Orçamento Geral do Estado (OGE) e é gerido de forma centralizada pelo Ministério das Finanças. O orçamento é elaborado através de séries históricas sucessivas dos orçamentos anteriores. A execução do orçamento é realizada de forma descentralizada pelas estruturas de saúde e que mediante comprovantes de despesas previstas no orçamento apresentam as faturas para suas liquidações. Este modelo praticado configura um sistema de repasse financeiro tipo *ex-ante* caracterizado pela transferência periódica de montantes que estão previamente consignados no OGE e estimados para produzir um determinado volume de serviços para o ano seguinte (Ugá, 1994). Como consequência subjacente da adesão a este modelo de repasse financeiro, verifica-se com regularidade o recurso a orçamentos suplementares para reforçar o orçamento inicial. Este orçamento tem ainda uma particularidade de não considerar a população *per capita* alvo, o perfil demográfico, o perfil epidemiológico, o volume da produção de cuidados. O orçamento é sujeito à correção anual proporcional à inflação. A execução do orçamento é julgada pelo Tribunal de Contas.

Os dois Hospitais Centrais e o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário são considerados como Institutos Públicos e beneficiam de gestão administrativa e financeira autónoma.

Na tabela 5 é apresentada a evolução do orçamento da saúde ao longo de seis anos. O orçamento da saúde representa em média cerca de 9% do Orçamento Geral de Estado.

De um modo geral o orçamento da saúde tem aumentado em valores absolutos correntes, exceptuando o ano de 2003 que apresentou uma ligeira diminuição. Entretanto esse aumento acompanhou também o aumento de uma forma geral do OGE. Isto significa de que *a grosso modo* em termos relativos, as verbas destinadas ao setor da saúde se mantiveram inalteráveis ao longo dos seis anos. E isso tem criado a sensação de aperto porque passa o setor em termos financeiros. Ao longo dos seis anos (melhor dos oito anos, o orçamento de funcionamento para 2007 é de 1.836.723.832 ECV, cerca de US\$ 46.102.484 internacional) houve uma estagnação nas verbas destinadas ao funcionamento do setor. Em contrapartida o setor cresceu muito em termos de entrada de novos médicos e enfermeiros principalmente. E esse crescimento trouxe consequentemente mais despesas ligadas ao pessoal, aos medicamentos, insumos diversos, etc. Está prevista a entrada em funcionamento ainda em 2007 de várias estruturas de saúde (um novo Hospital Regional e alguns Centros de Saúde), situação que tornará mais tensa a gestão de recursos financeiros no SNS. O crescimento do PIB tem-se mostrado consistente ao longo dos anos.

As despesas com a saúde atingiram em 2003 cerca de 62,67 dólares dos Estados Unidos, per capita, correspondentes a 4,7% da parte do PNB que cabe a cada cidadão, que é de US\$ 1.330 (GEPC-MS, 2005: Diagnóstico da situação, PNS).

Para 2007 foi orçamentado 1.836.723.832 ECV, sendo que cerca de 20% desse montante é destinado ao funcionamento dos Institutos Públicos (os dois Hospitais Centrais e o CNDS). Mas ainda assim, dos restantes 80%, uma parte serve para custear as despesas de pessoal destacado para os Hospitais Centrais que não fazem parte do seu quadro privativo de pessoal.

TABELA 5. ORÇAMENTO DE FUNCIONAMENTO DO ESTADO E DO MINISTÉRIO DA SAÚDE (EM 1.000 ESCUDOS DE CABO VERDE)

ORÇAMENTOS	2000	2001	2002	2003*	2004*	2005
ORÇ. SAÚDE (OS)**	1.186.472	1.437.633	1.511.458	1.474.458	1.667.365	1.720.000
ORÇ. ESTADO (OE)	12.091.458	16.504.508	17.158.942	18.451.476	18.607.422	
P. INT. BRUTO (PIB)	64.680.000	68.630.000	73.500.000	81.200.000	87.400.000	
OS/OE (%)	9,8	8,7	8,8	8,0	8,9	
OS/PIB(%)	1,83	2,09	2,06	1,8	1,9	

Fonte: Sustentabilidade do Sector. Financiamento da Saúde. Yolanda Estrela (UNICEF). Reunião Alargada do Ministério Saúde. Janeiro 2004. * As cifras relativas ao PIB são estimativas provisórias nos anos 2003 e 2004. **Orçamento de funcionamento previsto (In Diagnóstico da situação, GEPC-MS, 2005); Dados de 2005 a partir de Timmermans, Relatório de missão RSSN, 2005

Comparativamente com o orçamento da saúde é digno de observar que dois outros orçamentos voltados para a área social (educação e assistência social) com implicações na saúde mereceram uma atenção devida em termos de verbas conforme apresentada na tabela 6. O setor da Educação com um orçamento de cerca de três vezes maior do que o da saúde e o orçamento da segurança e assistência social sensivelmente igual ao da saúde. É um OGE com “*rosto social*”. Os ganhos obtidos na Educação (alta taxa de escolarização da população) de certeza apoiaram os bons indicadores de desempenho que a saúde proclama. Mas esse processo de investir mais na educação deveria ser explorada melhor em termos de políticas de saúde, nomeadamente nas áreas programáticas de promoção da saúde e prevenção e ainda na organização dos serviços de saúde (estratégia saúde da família). A estratégia seria a redução dos *custos curativos* através do reforço dessas duas vertentes. Essa poderá ser uma saída institucional para controlar os custos e promover a sustentabilidade. O orçamento da Segurança e Assistência Social é destinado às ações de apoio à população economicamente vulnerável¹².

O orçamento global consolidado de funcionamento em 2007 da administração central está previsto em 23.813.881.196 ECV. Desse modo o orçamento de funcionamento da saúde representa cerca de 8% do total. Para esse mesmo ano o OGE prevê uma receita total de 28.652.396.232 ECV.

TABELA 6. ORÇAMENTO CONSOLIDADO DAS RECEITAS CORRENTES E DE CAPITAL E DESPESAS DE FUNCIONAMENTO – 2007 (ECV)

Setor	Estado	Fundos e Serviços Autónomos	Total
Saúde	1.485.141.541	351.582.291	1.836.723.832
Educação	-	-	5.649.462.892
Segurança e Assistência Social	-	-	1.636.448.278

Fonte: B.O. I Série de 11 de Janeiro de 2007 – Cabo Verde;

¹² Uma parte deste orçamento abarca a população vulnerável enquadrada no chamado Regime Não Contributivo da Proteção Social em forma de Pensão Social Mínima (19.542.000 ECV/mensal) beneficiando de cerca de 3.000 ECV/mensal, (cerca de US\$ 75,3 Int.) e Pensão de Solidariedade Social. Estas pensões são atribuídas aos idosos (+65 anos), aos deficientes, ex-trabalhadores das FAIMO. No total, estes programas abrangem mais de 20.000 beneficiários. (**Revista Ilhas**, No. 3 – Setembro de 2005);

Paralelamente ao orçamento de funcionamento, o *orçamento de investimento* constitui um outro instrumento de financiamento do setor da saúde. Para o ano de 2007 o orçamento de investimento é de 1.350.926.282 ECV (cerca de US\$ 33.908.785 Int.) o que representa cerca de 73% comparativamente ao montante do orçamento de funcionamento como apresentado na tabela 7.

**TABELA 7. ORÇAMENTO DE FUNCIONAMENTO E DE INVESTIMENTO:
SETOR DA SAÚDE – 2007 (ECV)**

Categorias	Funcionamento	Investimento	Total
Saúde	0	220.561.755	220.561.755
Serviços Hospitalares gerais	342.430.883	992.527.690	1.264.958.573
Saúde Publica	31.939.071	194.336.837	226.275.908
Medicamentos, Proteses e Equipamentos	0	6.500.000	6.500.000
Saúde N.E.	1.462.353.878	0	1.462.353.878
Total Saúde	1.836.723.832	1.350.926.282	3.187.650.114 (US\$ 80.011.295 Int.)

Fonte: B.O. I Série de 11 de Janeiro de 2007

O orçamento de investimento da saúde está enquadrado no Programa “*Reformar o Sistema para Promover a Saúde*”. Na tabela 8 são apresentados os quatro sub-programas que compõem o programa de investimento. Pode-se observar que o sub-programa “Estruturação do sistema de saúde” tem maior expressão representando cerca de 83% do orçamento de investimento. Este sub-programa representa essencialmente a construção de várias infra-estruturas de saúde (Hospital Regional da RSSN, Centros de Saúde de Tarrafal, Calheta, a finalização da construção dos CS da Praia, etc.). Digno de realce aqui a rubrica “saúde publica” que representa cerca de 7% do total dos dois orçamentos. As ações desta rubrica estão voltadas para os diversos programas de saúde publica (vigilância sanitária, HIV/AIDS, Paludismo, Tuberculose, etc.).

Constituem as fontes de financiamento do investimento para o setor da saúde os fundos do Tesouro Nacional (7,8%), os donativos dos parceiros de desenvolvimento de Cabo Verde (58,6%) e os empréstimos contraídos pelo Estado junto de organismos

financeiros internacionais (32,6%). A participação dos parceiros de desenvolvimento no financiamento do investimento para o setor da saúde é importante, entretanto existe um esforço interno significativo de 40,4% (soma dos fundos do Tesouro e dos empréstimos) em co-financiar o desenvolvimento do setor (tabela 8).

TABELA 8. ORÇAMENTO DE INVESTIMENTO SEGUNDO FONTES DE CONTRIBUIÇÕES–2007 (EM ECV)

Sub-programas	Tesouro	Donativos	Empréstimos	Total
Saúde Reprodutiva e Saúde da criança	11.674.470	72.584.420	63.864.717	148.123.607
Estruturação do sistema de saúde	78.947.676	720.024.767	350.830.232	1.149.802.675
Desenvolvimento de recursos humanos	0	0	28.448.370	28.448.370
Vigilância integrada das doenças	46.500.000	30.500.000	5.000.000	46.500.000
Total contribuições	101.662.146	823.109.187	448.143.319	1.372.874.652
* Fontes de contribuições totais.	100.274.484	462.237.087	532.967.800	1.095.479.371
Ano 2005				

Fonte: B.O. I Série de 11 de Janeiro de 2007

* MFP 2004 (In Timmermans, 2005: Relatório da missão de apoio ao financiamento da RSSN)

O orçamento de investimento para o setor da saúde sofreu um acréscimo em cerca de 20% comparativamente ao de 2005, mais por força do aumento significativo das contribuições “Doativos” que com relação a esse período aumentaram em 44%.

A decomposição parcial do orçamento de funcionamento (tabela 9) mostra que a rubrica “Despesas com pessoal” tem um peso significativo na estrutura do orçamento da saúde, representando cerca de 67% do orçamento global de funcionamento e cerca de 82% das verbas destinadas às Despesas correntes do Ministério da Saúde. Em 2005 a situação não era diferente e 71,5% do orçamento de funcionamento era consignado às “Despesas com pessoal” (Timmermans, 2005:RSSN). Este panorama não é alentador e remete o SNS numa cruzilhada que pode levar ao colapso financeiro do sistema. E os cenários futuros são críticos. O que fazer? Buscar outras fontes de financiamento e continuar a alimentar este crescimento distorcido? Aumentar o orçamento da saúde para valores

próximos de 15% do OGE? E vale lembrar que existe uma demanda de ingresso de profissionais de saúde por parte das estruturas de saúde. É digno de ser lembrado aqui o Mintzberg, para quem as profissões de saúde são “*profissões artesanais*”, literalmente no sentido do termo, mesmo com tecnologias na saúde é difícil a substituição da sua mão-de-obra. O que se vislumbra é um crescimento expressivo de especialistas nos vários domínios essencialmente a curativa, seja pela mudança do perfil epidemiológico que está ocorrendo, seja porque chegou a “*era dos especialistas*” no SNS de Cabo Verde. É possível no contexto nacional tornar esta “*tecnologia leve*”, realmente leve sem retirar a “*gordura*”? Provavelmente que sim, decompondo primeiramente o “*problema*” em partes. E claro, definir uma política de ingresso de novos profissionais considerando esta realidade.

TABELA 9. PRINCIPAIS RUBRICAS DO ORÇAMENTO CONSOLIDADO DAS DESPESAS DE FUNCIONAMENTO – 2007 (ECV)

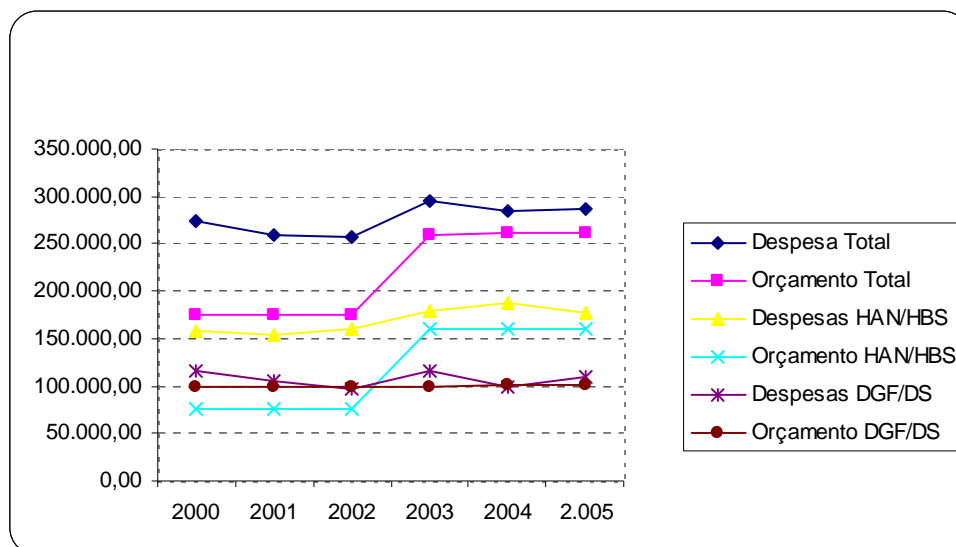
Principais Rúbricas	Montante (ECV)
Orçamento de funcionamento saúde - 2007	1.836.723.832
Despesas correntes	1.485.141.541
Despesas com pessoal	1.216.410.204
Medicamentos	91.000.000
Evacuações de pacientes	106.386.689

Fonte: B.O. I Série de 11 de Janeiro de 2007 – Cabo Verde;

Mas a rubrica “Despesas com pessoal” não é o único responsável por este panorama. As despesas com os medicamentos constitui gargalo ao financiamento da saúde. Se considerar-se o total das despesas da rubrica “Medicamentos” como a soma desta rubrica incluindo as dos Hospitais Centrais (269.050.000 ECV) a situação revela que esta rubrica representa cerca de 15% do orçamento de funcionamento da saúde. Em 2005 a rubrica “Medicamentos” foi orçamentada em 269.650.000 ECV, sensivelmente o mesmo valor para o ano de 2007.

Entretanto, conforme o gráfico 10, os valores orçamentados foram sucessivamente excedidos ao longo dos anos, transformando esta rubrica numa das mais importantes a estudar no contexto do financiamento da saúde em Cabo Verde.

GRÁFICO 10. EVOLUÇÃO DO ORÇAMENTO E DESPESAS DE MEDICAMENTOS (1.000 ECV).



Fonte: Relatório estatístico, 2005:46, (GEPC-MS) – Cabo Verde;

E as despesas com esta rubrica representaram 29,4% da distribuição das vendas de medicamentos em 2005 realizados pela EMPROFAC – ver a tabela 16 - (GEPC-MS, 2005). Significa que o setor publico da saúde consumiu 1/3 do mercado de medicamentos no país. Aparentemente um montante não expressivo, tendo em conta as capacidades do mercado nacional. No entanto, embora de forma cada vez mais reduzida, o setor publico tem recebido donativos em medicamentos e insumos diversos não contabilizados aqui. Os dois Hospitais Centrais (tabela 10) repetem o mesmo panorama. Quando analisados conjuntamente, a rubrica “Medicamentos” representa cerca de 53% do orçamento conjunto dos HC’s.

TABELA 10. DESPESAS DE FUNCIONAMENTO E DE CAPITAL DOS HOSPITAIS CENTRAIS – 2007 (EM ECV)

Despesas	Categorias	Hosp. B. Sousa	Hosp. A. Neto
Despesas correntes	Medicamentos	71.550.000	106.500.000
	Pessoal	34.501.000	50.497.338
Despesas de capital	-	700.000	6.514.290
Total*	-	127.788.706	214.642.177

Fonte: B.O. I Série de 11 de Janeiro de 2007

(*) Os totais deste quadro mostram na realidade o montante global de funcionamento destinado para estas duas instituições e não a soma das categorias apreciadas. A diferença das somas resulta da não inclusão

aqui das verbas destinadas às rubricas produtos alimentares, roupa e calçados, gratificações, abonos de família, água, eletricidade, combustível, etc. Contudo, as categorias “medicamentos” e “pessoal” são as mais importantes em termos percentuais. As despesas correntes totais para o Hospital A. Neto é de 208.127.887 ECV e para o Hospital B. Sousa é de 127.088.706 ECV.

O sistema de financiamento público da saúde apresenta sinais evidentes de insustentabilidade devido essencialmente à duas rubricas, “Despesas com pessoal” e “Medicamentos”. As duas rubricas somadas representam 82% do orçamento global para a saúde. Segundo estimativas da OMS (2004) a par das despesas ligadas ao pessoal e aos medicamentos, mais de 85% das despesas publicas são destinadas ao setor curativo em Cabo Verde (Timmermans, 2005:RSSN). E do que resta não dá para cobrir as necessidades de manutenção das infra-estruturas, equipamentos, e outros serviços de suporte ao sistema, incluindo as ações voltadas para a promoção e prevenção. O risco de desfinanciamento do sistema (o subfinanciamento do setor é uma realidade) é atenuado localmente pelas receitas arrecadadas provenientes das taxas moderadoras. As arrecadações provenientes das taxas moderadoras atingiram cerca de 60.000.000 ECV no ano de 2003 nas diferentes estruturas de saúde. O SNS está aprisionado no modelo de financiamento hospitalocêntrico.

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)

O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) cobre cerca de 30% da população, incluindo nesse grupo populacional os beneficiários dependentes dos segurados. Desde o último trimestre de 2006 os funcionários públicos (cerca de 30% da população, incluindo seus dependentes) anteriormente assumidos pelo Tesouro Público com encargos relacionados à doença, foram integrados no sistema previdenciário pelo INPS.

O Instituto da Solidariedade Social responde pela cobertura dos seus beneficiários (idosos, incapacitados), incluídos no Regime Não Contributivo.

A Constituição da República de Cabo Verde no artigo 69º estabelece para a área de Segurança Social o seguinte:

1. Todos têm direito à segurança social para sua protecção no desemprego, doença, invalidez, velhice, orfandade, viuvez e em todas as situações de falta ou diminuição de meios de subsistência ou de capacidade para o trabalho.

2. Incumbe ao Estado :

a) Garantir a existência e o funcionamento eficiente de um sistema nacional de segurança social, com a participação dos contribuintes e das associações representativas dos beneficiários;

b) Apoiar, incentivar, regular e fiscalizar os sistemas privados de segurança social.

3. O Estado incentiva, regula e fiscaliza, nos termos da lei, a actividade das instituições particulares de solidariedade social e de outras de reconhecido interesse público, com vista à prossecução dos objectivos de solidariedade social consignados na Constituição.

São segurados do INPS¹³ as pessoas com vínculo trabalhista no mercado de trabalho, ou como vulgarmente nomeados de “trabalhadores por conta de outrem”. E são dependentes do segurado todas as pessoas inscritas através do segurado e com vínculos familiares de sangue ou jurídico com o segurado. Recentemente foi legislado a possibilidade de inscrição de segurados denominados de “trabalhador por conta própria”. A inscrição no sistema previdenciário é obrigatória por força da lei.

A contribuição financeira para o sistema é baseada num modelo de contribuição solidária, em que o empregador contribui através da folha de salário do empregado com um montante equivalente a 15% do salário deste e o empregado contribui com 8% do valor de seu salário, somando assim um total de 23% de contribuição mensal sobre o salário do segurado. Os benefícios do segurado é extensivo aos três ramos da previdência (ver a tabela 12), incluindo também os seus dependentes.

O INPS é o principal agente no mercado de seguro social no país. Tem a natureza de uma instituição semi-publica. Faz a gestão dos seguintes ramos:

- => ramo de assistência médica e medicamentosa;
- => ramo de abono de família e prestações complementares;
- => ramo de prestações diferidas (pensões de sobrevivência, invalidez e velhíce);

TABELA 11. SITUAÇÃO SOBRE AS CONTRIBUIÇÕES E PRESTAÇÕES SOCIAIS – 2006*

Ano 2006	Receitas das contribuições	Despesas prestações	Dívidas Contribuintes
INPS	3.362.400.000	2.051.672.000	1.692.700.000

Fonte: Elaboração a partir do Relatório e Contas do INPS (2006)

* Esta tabela não contempla o orçamento de funcionamento do INPS.

As dívidas dos contribuintes para com o sistema representa cerca de 50% das receitas das contribuições (tabela 11). Do montante da dívida dos contribuintes, o setor publico responde por 46,4% e o setor privado por 52,7% das dívidas. As despesas com prestações sociais nos ultimos três anos são apresentadas na tabela 12.

¹³ Todos os que por Lei são abrangidos pelo Regime Contributivo.

TABELA 12. EVOLUÇÃO DAS PRESTAÇÕES CONCEDIDAS (EM 1.000 ECV) PELO INPS

Prestações	2006	2005	2004	Variação (%)	
				2006/05	2005/04
Doença e Maternidade	1.142.833	972.729	1.037.222	17,5	-6,0
Prestações Diferidas (Pensões)	732.908	633.250	563.422	15,7	12,0
Abono de família e Prestações Complementares	175.931	140.417	94.743	25,3	48,0
Total	2.051.672	1.746.396	1.695.387	17,5	3,0

Fonte: Relatório e Contas do INPS, 2007

As prestações “Doença e Maternidade” com gastos de 1.142.833.000 ECV representaram 55,7% de todas as prestações concedidas pelo INPS em 2006. Não obstante uma diminuição relativa de ‘-6%’ ocorrida em 2005 com relação ao ano 2004. Esta rubrica retoma o crescimento em 2006 com um aumento relativo de cerca de 15% relativamente ao ano de 2005. Segundo o Relatório e Contas (INPS, 2006) este aumento deu-se pelo pagamento de compensações correntes e atrasadas ao Ministério da Saúde. Para garantir os cuidados médicos aos segurados e seus dependentes, o INPS, por não dispôr de estruturas próprias de prestação de cuidados, estabeleceu com o Ministério da Saúde acordos sucessivos de prestação de serviços, por meio de contratos. O Ministério da Saúde através de suas diferentes unidades de saúde presta serviços ao INPS e este transfere mensalmente ao MS os valores acordados. Nos últimos 15 anos três documentos foram celebrados entre as duas instituições:

- 1) Acordo MS – INPS de 5 de Maio de 1992, que definiu como âmbito de prestação os seguintes cuidados:
 - a) consultas médicas;
 - b) urgência hospitalar e serviço de atendimento permanente;
 - c) utilização de meios complementares de diagnóstico;
 - d) internamento hospitalar em enfermaria;
 - e) tratamentos especializados;
 - f) avaliação de situações clínicas e de incapacidade para o trabalho;
 - g) elaboração de relatório clínicos;
 - h) ação medicamentosa em internamento;
 - i) transfusões sanguíneas;

- 2) Acordo adicional no domínio da saúde entre o MS e o INPS, celebrado a 7 de Abril de 1999, tinha como propósito principal adequar a comparticipação do INPS nos custos com os cuidados de saúde. Este acordo previa para além do montante acordado em Maio de 1992 (5.000.000 ECV/mensal), a transferência mensal adicional de 3.250.000 ECV ao MS. Este montante deveria ser distribuído pelos Hospitais Centrais e pelas Delegacias de Saúde.
- 3) Contrato de Prestação de serviços no domínio da saúde entre o INPS e o MS, celebrado a 28 de Setembro de 2006, cujo âmbito abrange: o ato médico (compreende a atividade de avaliação diagnóstica, prognóstica e de prescrição e execução de medidas terapêuticas, relatórios, exames de perícia médico-legal, declarações de estado de saúde ou de óbito), a urgência médica e o internamento hospitalar em enfermaria. Este acordo prevê uma transferência mensal de 11.000.000 ECV. E ainda previu o pagamento de 75.000.000 ECV como atualização do valor previsto a título de contrapartida financeira do Acordo Adicional no domínio da saúde e correspondente ao período de Julho de 2005 a Junho de 2006. E o contrato estabelece a possibilidade de atualização do valor a pagar ao MS no prazo de um ano, caso este disponibilize dados sobre os custos reais dos cuidados de saúde prestados aos seus beneficiários.

A questão da determinação dos custos reais dos cuidados prestados nos serviços de saúde tem sido um assunto central sempre que é discutida a comparticipação nos custos. Mesmo tendo tabelas de preços de cuidados definidas por lei. A partir de 1 de Maio de 2007 foi adotada uma nova tabela de preços dos cuidados de saúde, revogando as tabelas anteriores de 1993 e 1997.

A tabela 13 apresenta a decomposição do ramo “Doença e Maternidade” que é o ramo que interessa particularmente analisar neste trabalho. Chama a atenção pela importância, a rubrica “Assistência Medicamentosa” com 476.072.000 ECV no ano de 2005 representando com isso 42% do total dos gastos do ramo “Doença e Maternidade”, mesmo que nos três anos em apreço mostre uma ligeira tendência de diminuição. Excepto os Pensionistas, os Segurados e Beneficiários participam com 25% do custo dos medicamentos no ato de compra dos mesmos e os restantes 75% são cobertos pelo INPS. Em alguns momentos o INPS reclamou do mau uso ou mesmo de uso indevido dessas facilidades para a aquisição de medicamentos alegando uso excessivo. Tem-se discutido a possibilidade de comparticipações diferenciadas dos segurados em conformidade com a classificação dos medicamentos em listas (A, B, C e D) para

desencorajar o “consumo” catastrófico dos medicamentos. Outras rubricas importantes foram a “Assistência médica e Hospitalar”, “Compensação Ministério Saúde” e “Despesas de Transporte e Estadia” dos beneficiários quando sujeitos à evacuações. Verificou-se ainda uma considerável diminuição em 18,2% no total das despesas com os cuidados de estomatologia. Quando comparado com o orçamento de funcionamento do setor publico da saúde para 2007 (1.836.723.832 ECV), as despesas do ramo “Doença e Maternidade” do INPS de 2006 equivalem a cerca de 61,2% do mesmo. Em memória, o INPS até 2006 cobria cerca de 30% da população de Cabo Verde. E fazendo a comparação da rubrica “Medicamentos” do setor publico da saúde orçado para 2007 em 269.050.000 ECV (incluindo os dois HC) com a rubrica de despesas “Assistência Medicamentosa” do INPS para o ano de 2006 no montante de 476.072.000 ECV, observa-se que corresponde a cerca de 177% do orçamento da rubrica “Medicamentos” do setor publico da saúde.

TABELA 13: DESPESAS DO RAMO “DOENÇA E MATERNIDADE” 2004 A 2006
(EM 1.000 ECV).

	Quadro X- Doença e Maternidade (mECV)				
	2006	2005	2004	Variação(%)	
				2006/05	2005/04
Prestações Pecuniárias	86.419	87.302	76.491	-1,0%	14,0%
Subsídio de Doença	72.548	71.046	61.134	2,1%	16,0%
Subsídio de Maternid. Patern. e Adopção	13.871	16.256	15.357	-14,7%	6,0%
Prestações em Espécie	1.039.411	885.483	960.882	17,4%	-8,0%
Assistência. Médica e Hospitalar	310.166	198.278	284.711	56,4%	-30,0%
<i>Compensação Ministério Saúde</i>	220.500	99.000	99.000	122,7%	0,0%
<i>Despesas Estomatologia</i>	50.798	62.107	153.545	-18,2%	-60,0%
<i>Outras Desp.com Assistência Médica</i>	38.868	37.171	32.166	4,6%	16,0%
Assistência Medicamentosa	476.072	476.933	497.004	-0,2%	-4,0%
Próteses e Outros Dispositivos	59.664	62.066	62.520	-3,9%	-1,0%
<i>Próteses Dentárias</i>	11.007	13.245	23.416	-16,9%	-43,0%
<i>Auditivas</i>	1.050	504	5.764	108,3%	-91,0%
<i>Aparelhos de Ortopedia</i>	83	86	9	-3,5%	856,0%
<i>Óculos</i>	47.179	46.194	33.034	2,1%	40,0%
<i>Outros Dispositivos</i>	345	2.037	297	-83,1%	586,0%
Despesas de Transporte e Estadia	183.408	148.206	114.253	23,8%	30,0%
<i>Transporte</i>	62.908	50.681	43.920	24,1%	15,0%
<i>Estadia</i>	114.946	91.796	64.230	25,2%	43,0%
Internas	55.332	52.050	36.015	6,3%	45,0%
Externas	59.614	39.746	28.215	50,0%	41,0%
<i>Outras Desp. de Transp. e Estadia</i>	5.554	5.729	6.103	-3,1%	-6,0%
Despesas Convencionais	10.101		2.394	100,0%	-100,0%
TOTAL	1.125.830	972.785	1.037.373	15,7%	-6,0%

Fonte: Relatório e Contas INPS - 2006

Usuários

A estrutura das despesas dos agregados familiares em Cabo Verde mostra que as despesas de saúde globalmente não constituem uma das principais despesas das famílias. O estudo do INE (2002) apresenta como gastos em saúde das famílias o montante de 840.579.000 ECV, um pouco mais do dobro do que elas gastam com a Educação e ligeiramente menor dos gastos em bebidas alcoólicas e tabaco, conforme ilustra a tabela nº. 14 abaixo. Em termos de valores absolutos os dois grupos “muito pobre” e “pobre” representam cerca de 7% do total dos gastos das famílias com a saúde e só o grupo “não pobre alto” representa cerca de 35% dessas despesas, ou seja cinco vezes mais do que os dois primeiros quintis. Essa situação mostra o quanto a desigualdade é profunda na capacidade de pagamento mesmo quando a questão é a saúde. Os dois primeiros quintis representam cerca de 37% da população. Entretanto, dentro da estrutura de despesas por quintil, as despesas de saúde no primeiro quintil representam pouco mais de 1%, no segundo quintil 1,3% e para o quinto quintil 2%.

TABELA 14. DESPESAS DOS AGREGADOS SEGUNDO O ESTATUTO NA POBREZA POR TIPO DE DESPESA (1.000)

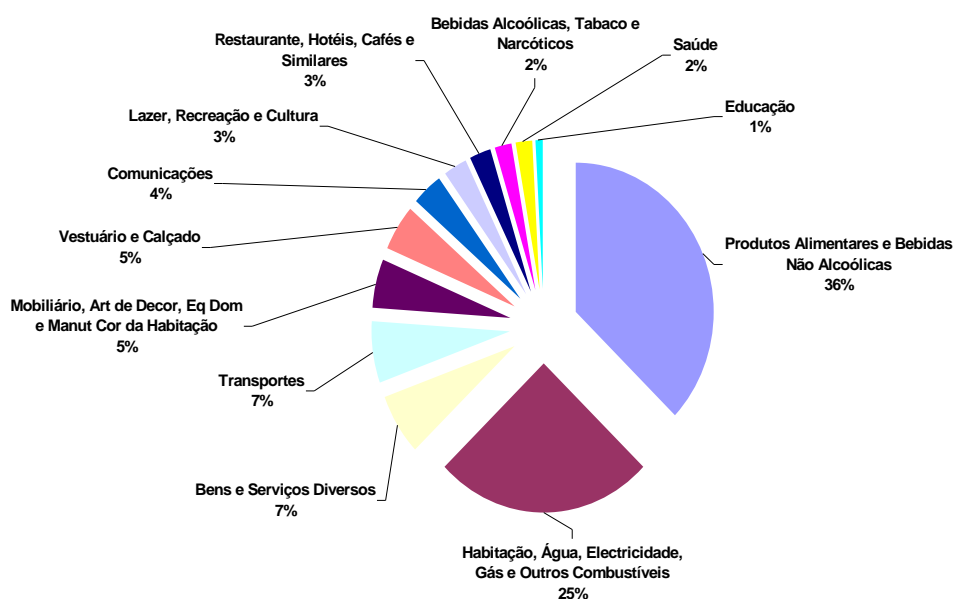
Tipo de Despesas	M. Pobre	Pobre	Não Pobre Baixo	Não Pobre Médio	Não Pobre Alto	Total
Produtos Alimentares e Bebidas Não Alcoólicas	1.050.061	1.474.953	8.057.511	3.204.674	3.570.670	17.357.870
Bebidas Alcoólicas, Tabaco e	27.030	48.390	324.199	206.407	286.116	892.142
Vestuário e Calçado	43.750	87.781	863.448	643.651	693.034	2.331.664
Habitação, Água, Eletricidade, Gás e Outros Combustíveis	552.432	836.847	5.059.880	2.571.943	2.761.280	11.782.381
Mobiliário, Art. de Decor, Eq Dom e Manut Cor da Habitação	47.036	70.050	687.959	723.215	945.570	2.473.831
<u>Saúde</u>	<u>21.885</u>	<u>39.182</u>	<u>264.877</u>	<u>222.269</u>	<u>292.366</u>	<u>840.579</u>
Transportes	68.298	120.503	716.627	589.563	1.529.002	3.023.994
Comunicações	19.042	56.660	539.687	369.884	696.114	1.681.387
Lazer, Recreação e Cultura	15.026	38.378	336.649	271.742	646.533	1.308.329
Educação	4.910	7.634	103.269	107.986	184.287	408.086
Restaurante, Hotéis, Cafés e Similares	16.175	31.709	284.676	190.635	688.339	1.211.533
Bens e Serviços Diversos	24.059	49.418	622.676	635.809	1.819.489	3.151.453
Total	1.889.705	2.861.508	17.861.458	9.737.778	14.112.800	46.463.249

Fonte: IDRF 2001-2002 (INE, 2004)

As despesas totais com a saúde representam 2% do total na estrutura geral das despesas das famílias. Se de um lado essa percentagem pode sugerir uma baixa despesa/participação nos custos da saúde, quando comparado com o montante global das despesas totais dos agregados familiares, o mesmo não se pode dizer quando se compara o valor desta percentagem com os gastos públicos em saúde. Essa percentagem corresponde a um montante de cerca de 840.579.000 ECV (cerca de US\$ 21.098.870 Int.) segundo o INE (2004). Este valor corresponderia a cerca de 56,5% do total das “Despesas correntes” do setor público da saúde (1.485.141.541 ECV) orçado para o ano de 2007.

No gráfico 11 em baixo, é apresentado o percentual da estrutura de despesas dos agregados familiares segundo os tipos de despesas.

GRÁFICO 11. ESTRUTURA DAS DESPESAS DOS AGREGADOS FAMILIARES 2001-2002



Fonte: IDRF 2001-2002 (INE, 2004) – Cabo Verde;

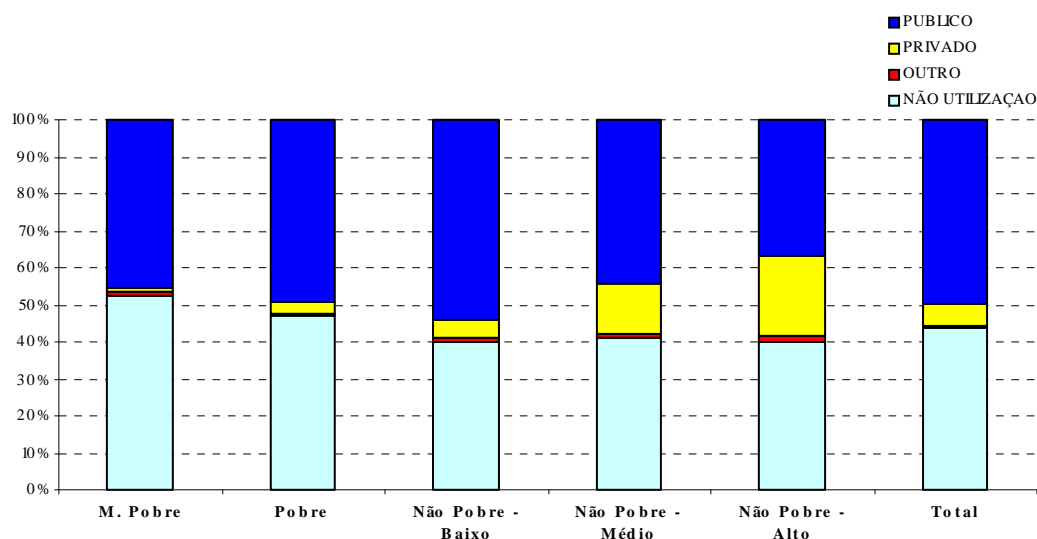
As despesas com a “alimentação” e a “habitação” constituem as principais rubricas de despesas.

Quando se trata do tipo de serviços de saúde utilizados pelos agregados familiares, percebe-se que no geral os serviços do setor público da saúde são de longe os mais utilizados pela população, independentemente da sua condição social conforme mostra o gráfico 12. Essa realidade tem maior expressão nos agregados familiares dos três

primeiros quintis. Segundo o INE (2004) nas últimas quatro semanas anteriores às entrevistas “dos 18% da população que declararam ter tido algum problema de saúde, cerca de 56% procurou um serviço de saúde ou um curandeiro” e 44% não utilizou os serviços de saúde por motivos vários segundo o estudo (falta de necessidade, problema não grave, auto-medicação, dificuldades de acesso, dificuldades financeiras).

O setor privado da saúde é procurado como alternativa ao setor público (um dos motivos de insatisfação para com o setor público é o tempo de espera, ver acima) com maior expressão nos quintis quatro e cinco, que detêm uma maior capacidade de pagamento. Um outro fator que pode contribuir para esse panorama é o fato da alta concentração dos serviços privados na capital Praia e na cidade de Mindelo.

GRÁFICO 12. UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEGUNDO OS QUINTIS POR TIPO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

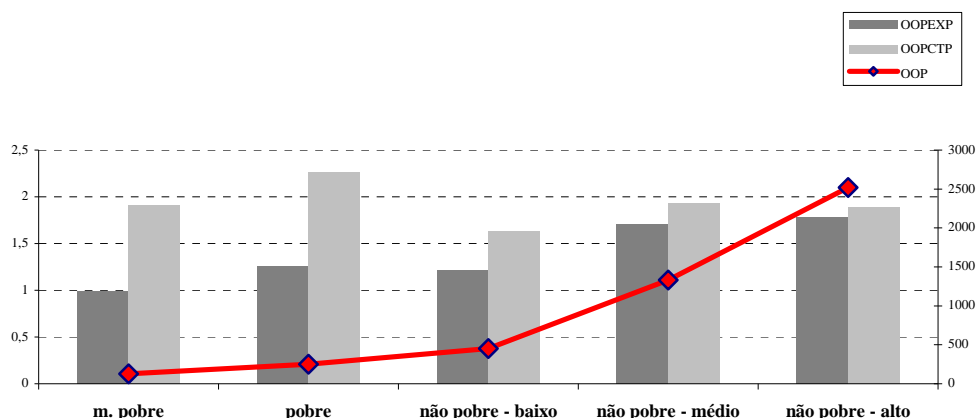


Fonte: Relatório Saúde (INE, 2004) – Cabo Verde;

Segundo o Relatório Saúde do IDRF 2001-2002 (INE, 2004) os agregados familiares gastam mensalmente cerca de 695 ECV (cerca de US\$ 17,4 Int.) em despesas com serviços de saúde, o que representa 1,3% das suas capacidades de pagamentos e cerca de 2% do total de todas as despesas.

Nos agregados “não pobres médios” e “não pobres altos”, as despesas com a saúde variam entre 1.300 e 2.500 ECV, e representam cerca de 1,7% e 1,8% das despesas totais e 1,9% da capacidade de pagamento, respectivamente (INE, 2004).

GRÁFICO 13. DESPESA DIRETA EM SAÚDE E SEU PESO NAS DESPESAS TOTAIS (2001-2002)

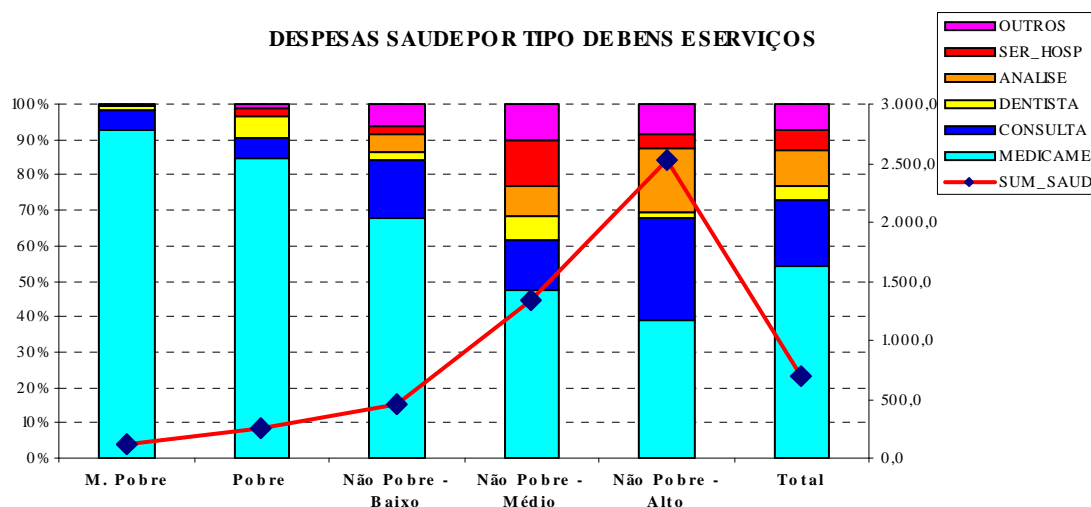


Fonte: IDRF 2001-2002 (INE, 2004) – Cabo Verde;

Quanto mais disponibilidades financeiras detêm os agregados familiares, maior a capacidade de pagamento para custear as despesas com os serviços de saúde, principalmente na aquisição desses serviços no setor privado (ver o gráfico 13). No entanto, segundo o INE (2004) “*o peso das despesas da saúde nas despesas totais é maior nos agregados rurais (2,0%) do que nos urbanos (1,3%) e o peso na capacidade de pagamento é idêntico (1,3%)*”.

Para se ter uma compreensão melhor sobre em que sentido as despesas com a saúde são direcionadas, apresenta-se o gráfico 14 seguinte, que faz a decomposição das despesas de saúde por tipo de serviços ou bens adquiridos pelos agregados familiares, segundo o quintil a que pertencem.

GRÁFICO 14. DESPESAS DE SAÚDE POR TIPO DE BENS E SERVIÇOS (2001-2002)



Fonte: IDRF 2001-2002 (INE, 2004);

É notório como os “medicamentos” dominam o espectro das despesas com saúde dos agregados familiares. No total dos gastos os medicamentos representam cerca de 54% dos gastos, o que equivale em valor monetário a cerca de 453.912.660 ECV. Este valor corresponde a 168,7% do montante orçamentado para a rubrica “Medicamentos” do setor público de saúde (incluindo os dois Hospitais Centrais).

O peso percentual das despesas com os medicamentos chega a ultrapassar os 90% do total das despesas com a saúde no primeiro quintil. Entretanto nos outros quintis também se observa de que os gastos com os medicamentos são predominantes entre os gastos totais com a saúde por parte dos agregados familiares, chegando a atingir cerca de 40% no quinto quintil. O menor peso relativo nas despesas com os medicamentos nos quintis quatro e cinco, pode ter a ver com uma maior concentração nesses grupos de pessoas que se beneficiam do sistema de previdência social, cujos seguros assumem o pagamento de 75% das despesas relacionadas com os medicamentos. Esta situação de proteção de que goza o segurado, configura uma outra dura desigualdade para com os grupos economicamente mais vulneráveis.

Na tabela 15 é feita uma tentativa de síntese para a apresentação dos gastos com os medicamentos assegurados pelos três principais agentes: o governo, o INPS e os agregados familiares.

TABELA 15. GASTOS COM MEDICAMENTOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, INPS E AGREGADOS FAMILIARES (EM ECV)

	2003	2004	2005	2006
Ministério Saúde	295.868.200	285.591.200	287.373.900	-
INPS	-	497.004.000	476.933.000	476.072.000
Agregados familiares	-	453.912.660*	-	-
Total Geral	-	1.236.507.860	764.306.900	-
		(US\$ 31.036.822 Int.)		

Fonte: A partir do Relatório e Contas do INPS (2006) e do Relatório Estatístico, GEPC-MS (2005)

* montante relativo a 2002, entretanto aqui colocado para ter uma ideia global de gastos, caso as tendências fossem mantidas.

Mantidas as tendências dos gastos em medicamentos (tanto os valores do MS e do INPS tendem a manter-se sem grandes variações para esse período) o total dos gastos em medicamentos no país para o ano de 2004 seria de 1.236.507.860 ECV. Comparando esse valor com todo o orçamento do setor público de saúde (1.836.723.832 ECV) para o ano de 2007, as despesas totais (todos os agentes somados) corresponderia a 67,3% do orçamento de funcionamento da saúde. Essa constatação mostra de que qualquer política sobre a sustentabilidade financeira para o setor da saúde tem que passar necessariamente pela discussão das implicações que os gastos com os medicamentos terão no processo de reforma que se adotar.

A consistência deste raciocínio aproximado através do cruzamento de dados de diversas fontes sai reforçado, quando comparamos esse montante global dos gastos com medicamentos e o Relatório e Contas da EMPROFAC (GEPC-MS, 2005).

TABELA 16. DISTRIBUIÇÃO DAS VENDAS DE MEDICAMENTOS PELA EMPROFAC, POR TIPO DE PROVEDOR DE SAÚDE DE 2003 A 2005 (1.000 ECV)

Provedores	2003		2004		2005	
	Vendas	%	Vendas	%	Vendas	%
Sector Público	257.416,4	25,7	247.477,0	24,4	325.311,6	29,4
Sector Privado	744.056,6	74,3	765.120,9	75,6	783.652,3	70,6
Total	1.001.473,0	100,0	1.012.597,9	100,0	1.107.610,2	100,0

Fonte: EMPROFAC, Relatório e Contas 2005 (In. Relatório Estatístico 2005, GEPC-MS)

Sendo a EMPROFAC a importadora e distribuidora exclusiva de medicamentos no país e que procede a comercialização dos medicamentos, no caso ao setor privado, que vende os mesmos à população no valor de preço de venda ao público (PVP). Neste preço está imbutida uma margem de lucros de 15%.

Considerando essas possibilidades o montante apresentado pela empresa para a ano de 2004 no seu relatório, quando corrigido pela margem de lucros corresponde a um montante aproximado de 1.151.693.900 ECV, sensivelmente menor do que o montante apresentado na tabela 15, que consolidou os gastos com os medicamentos dos três principais agentes.

Entretanto, vale considerar que a taxa de desembolso direto na obtenção de medicamentos nas estruturas do setor público é baixíssima. Segundo a Direção Geral da Farmácia 99,33% dos medicamentos dispensados aos usuários das consultas do ambulatório dos dois Hospitais Centrais foram grátis em 2002 (Relatório da DGF, 2002). Esta realidade se repete também no Hospital Regional de Santa Catarina em que a taxa de recuperação de custos dos medicamentos foi de 5,07%, embora o grosso do montante correspondente ao fornecimento de medicamentos seja de produtos e medicamentos para uso interno no Hospital, como no caso de soros, medicamentos para uso intravenoso, ferros cirúrgicos, etc. (Relatório da DS de Sta. Catarina, 2004).

As despesas com consultas são relativamente importantes à medida que a capacidade de pagamento for aumentando (Cf. gráfico 14), chegando a ser cerca de 30% nas despesas de saúde do quinto quintil e cerca de 19% do total desembolsado pelos caboverdianos, sendo 18% no setor privado e 0,6% nos serviços públicos (INE, 2004).

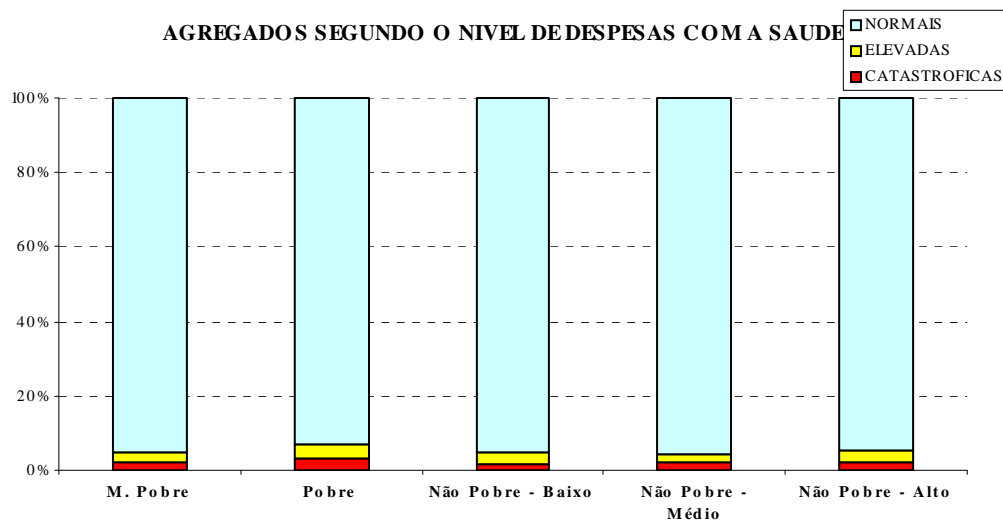
Outro tipo de despesa importante na estrutura dos gastos, são as despesas com a realização de análises (10% do total das despesas), que também constitui um privilégio maior dos quintis com maiores disponibilidades financeiras.

Com base no quanto os agregados familiares gastam em saúde e a proporção que isso representa na capacidade de pagamento, as despesas em saúde são consideradas como “catastróficas”, “altas” ou “normais” (gráfico 15).

Segundo o INE (2004) em *“Cabo Verde, baseado na linha de pobreza [...], somente 2% dos agregados apresentaram despesas com a saúde maior que 20% da capacidade de*

pagamento, ou seja, despesas catastróficas e 3% dos agregados têm despesas consideradas elevadas (entre 10%-20% da capacidade de pagamento)”.

GRÁFICO 15. NÍVEL DAS DESPESAS COM A SAÚDE SEGUNDO OS AGREGADOS FAMILIARES 2001-2002



Fonte: IDRF 2001-2002 (INE, 2004) – Cabo Verde;

Mesmo nos quintis com maiores disponibilidades financeiras, algumas despesas com a saúde são consideradas como catastróficas.

Atualmente pede-se cada vez mais um maior engajamento financeiro do cidadão cabo-verdiano nos custos com a saúde. E esse desejo de engajamento tem trazido terminologias várias cujos conceitos são distintos: a taxa moderadora, a comparticipação, a recuperação de custos. Para os gestores do SNS nos seus diversos níveis e para os políticos a sustentabilidade financeira do sistema impõe esse maior engajamento do cidadão com os custos da saúde.

Sobre a questão da sustentabilidade financeira do SNS a Política Nacional de Saúde (2006) alerta que este desafio,

“exige duas medidas simultâneas: rentabilizar a utilização dos fundos e aumentar a contribuição das fontes de financiamento do sistema. Isso pressupõe, nomeadamente, aumentar a proporção do Orçamento do Estado enquanto primeiro provedor de recursos para a saúde; aumentar o pagamento indireto dos cuidados, e por outro lado, obter do cidadão cabo-verdiano uma comparticipação real, direta ou indireta, nos encargos com a sua saúde”.

SINTESE CONCLUSIVA

A nosso ver, qualquer proposta para uma maior comparticipação da população nas despesas com a saúde, deveria considerar que o cidadão caboverdiano está a pagar hoje montantes consideráveis para a sua saúde. O total de todas as despesas de saúde dos agregados familiares corresponde a cerca de 56,7% do total das “Despesas correntes” do orçamento de funcionamento para o setor público da saúde em 2007. Isso considerando os montantes em valores correntes. Os gastos das famílias com os medicamentos correspondem a 168,7% do total do montante orçado para o setor público (incluindo os Hospitais Centrais).

A tabela 16A apresenta o panorama da participação dos principais agentes financiamento e despesas do setor da saúde em Cabo Verde.

TABELA 16A. PARTICIPAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO SETOR DA SAÚDE

Instituição	Montante	%	Instituição	Montante	%
Governo (OF + OI)	3.187.650.114,00	61,6	Governo (OF)	1.836.723.832,00	48,0
INPS	1.142.833.000,00	22,1	INPS	1.142.833.000,00	29,9
Agregados Familiares	840.579.000,00	16,3	Agregados Familiares	840.579.000,00	22,0
Total	5.171.062.114,00 (Incl US\$152.090.050,00)	100	Total	3.820.184.832,00	100

Fonte: Os dados relativos ao Governo foram retirados do B.O. I Série de 11 de Janeiro de 2007; Os dados relativos ao INPS foram obtidos do Relatório e Contas de 2006; Os dados referentes aos Agregados Familiares foram obtidos do IDRF 2001-2002 (INE);

Não considerando o Orçamento de Investimento (ele varia muito ao longo dos anos, dependendo dos projetos governamentais – construções, empréstimos, donativos) o setor público de financiamento cobre cerca de 48% dos gastos com a saúde. Esta

conjuntura deveria ser avaliada ao eleger o fenômeno de comparticipação nos custos como uma das principais propostas e estratégias que promovam a sustentabilidade financeira do setor da saúde em Cabo Verde.

O Estado como principal provedor financeiro da saúde em Cabo Verde (75%, segundo a OMS) conferiu ao Serviço Nacional de Saúde características de um modelo compatível com os sistemas de saúde denominados de “*Sistema Nacional de Saúde*” (*modelos beveridgeanos de saúde*).

A recente incorporação dos funcionários públicos para o sistema previdenciário fez com que a população beneficiária de seguros aumentasse de 30 para 60% da população coberta pelo seguro. Ora, esta “deslocação” da maioria da população para este setor com lógicas empresariais de gestão terá conseqüências em médio prazo no SNS no que diz respeito ao financiamento da saúde. O INPS sairá reforçado com poderes de influenciar a política de saúde no país, mesmo que por agora esta instituição esteja sob a tutela governamental e classificada como instituto público. Em 2006, as prestações concedidas no ramo “Doença e Maternidade” representaram 55,7% de todas as prestações do INPS. No exercício de 2007, por ter inscrito 60% da população (até 3º. Trimestre de 2006 era de 30%) as prestações deste ramo poderão aumentar consideravelmente (cerca do dobro?) e desestabilizar a estrutura de prestações do INPS (inclusive os ramos “pensões” e abonos familiares”), que provavelmente adotará medidas de gestão que promovam a contenção dos custos. Neste modelo, qualquer situação de crise porque passar o sistema previdenciário de seguros, o setor da saúde se sentirá profundamente abalado no seu sistema de financiamento e por conseqüência a sua capacidade de oferta de serviços e cuidados de saúde. E num cenário de crescimento do mercado de seguros no país é provável que surjam outras operadoras no ramo seguro-doença. Essa *migração* no modelo de financiamento da saúde conferirá ao Serviço Nacional de Saúde características compatíveis com sistemas de saúde denominados do tipo “Seguro Social” (*modelos bismarckianos de saúde*).

Em qualquer dos dois modelos anteriores a mobilização de recursos financeiros para o setor da saúde se dá de forma indireta. Contudo, vale ressaltar que para o segundo caso, o beneficiário terá os direitos conquanto que pague as suas prestações nos prazos estipulados ou tenha vínculos empregatícios. Em principio não existe o pagamento direto no ato da obtenção de cuidados ou serviços de saúde. O financiamento do setor

da saúde poderá ser afetado pelas oscilações futuras da “população segurada” em tempos de crise no mercado de trabalho.

Entretanto, se a tendência for de um engajamento cada vez maior dos usuários com os custos de saúde que não seja através dos modelos anteriores, pressupondo que exista pagamento prévio (taxa moderadora, participação, recuperação de custos) ao ato de obtenção dos cuidados ou serviços de saúde, isso configuraria numa situação hipotética de predomínio dos gastos privados sobre os gastos públicos. Nestes casos o financiamento se dá tanto pelo desembolso direto dos usuários como por intermédio de várias agências de seguros com reembolsos às estruturas prestadoras, são os denominados modelos “*privados atomizado*” (LONDOÑO, J.L.; FRENK, J., 1997). No caso de Cabo Verde, para despesas tão importantes como da rubrica “Medicamentos” os gastos dos agregados familiares correspondem a 1,7 vezes os gastos do setor público. E o total de gastos com a saúde dos agregados familiares corresponde a 56,5% do total das “Despesas correntes” do setor público, que inclui o pagamento dos profissionais de saúde de todas as estruturas de saúde, os gastos com os medicamentos e acessórios, etc. No caso da política do setor público da saúde evoluir para uma focalização¹⁴ do financiamento na população pobre (em Cabo Verde 37% da população é considerada pobre), isso conferiria ao Serviço Nacional de Saúde características de um sistema de saúde denominado de “*modelo segmentado*” (LONDOÑO, J.L.; FRENK, J., 1997) caracterizado por uma divisão e segmentação interna em dois grupos sociais: os pobres e os segurados.

Assiste-se na conjuntura atual do Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde a uma mudança de paradigma que, no entanto carece de clarificação em termos de políticas públicas que melhor definam o enquadramento das reformas do setor e outras relacionadas (reforma previdenciário).

¹⁴ A possibilidade da ocorrência deste modelo não é de todo descartada a longo prazo. A Lei de Bases da Saúde no seu artigo 37 no. 2 estipula que “Cabe ao Estado financiar a administração d Sistema Publico de saúde e a prestação de cuidados a doentes vulneráveis e grupos especiais em condições estabelecidas por lei”.

A tabela 17 apresenta a estrutura e indicadores de financiamento para o setor da saúde em Cabo Verde ao longo de sete anos.

TABELA 17. ESTRUTURA E INDICADORES DE FINANCIAMENTO PARA O SETOR DA SAÚDE – CABO VERDE (EM ECV E EM US\$)

A. RATIOS AND LEVELS	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
I. Expenditure ratios							
Total expenditure on health (THE) % GDP	5,1	4,5	4,6	5,0	5,0	4,6	5,1
	75,3	73,9	73,5	75,8	75,1	73,2	75,8
General government expenditure on health (GGHE) % THE							
Private expenditure on health (PvtHE) % THE	24,7	26,1	26,5	24,2	24,9	26,8	24,2
GGHE % General government expenditure	10,2	9,0	9,6	12,4	11,1	11,1	12,9
Social security expenditure on health % GGHE	30,2	36,9	36,1	35,1	33,6	35,5	29,5
Net out-of-pocket spending on health (OOPs) % PvtHE	99,9	99,7	99,6	99,5	99,8	99,7	99,8
Private prepaid plans expenditure on health % PvtHE	0,1	0,3	0,4	0,5	0,2	0,3	0,2
Externally funded expenditure on health % THE	7,6	8,4	13,5	15,1	15,2	10,0	20,7
II. Per capita levels							
THE per capita at exchange rate (US\$)	62	61	55	61	66	78	98
GGHE per capita at exchange rate (US\$)	47	45	41	46	50	57	74
THE per capita at international dollar rate	149	148	163	186	193	185	218
GGHE per capita at international dollar rate	112	110	119	141	145	135	165
B. VALUES UNDERLYING RATIOS AND LEVELS	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Health System Expenditure & Financing (million NCU)							
I. Measured Financing Agents							
Total expenditure on health (THE)	2 609	2 765	2 992	3 487	3 665	3 671	4 303
	1 964	2 043	2 199	2 642	2 753	2 688	3 260
.General government expenditure on health (GGHE)							
...of which Social security expenditure on health	593	753	794	927	926	955	961
.Private expenditure on health (PvtHE)	646	722	793	845	912	983	1 043
... of which Net out-of-pocket spending on health	645	720	790	841	910	980	1 040
... of which Private prepaid plans expenditure on health	1	2	3	4	2	3	3
II. Measured Financing Sources							
Externally funded expenditure on health	198	231	404	527	557	367	892
IV. Macro Variables							
Gross domestic product (GDP) (million NCU)	51 599	61 774	64 539	69 100	72 817	79 665	83 724
General government expenditure (million NCU)	19 174	22 680	22 986	21 326	24 880	24 256	25 353
Exchange rate (NCU per US\$)	98,16	103,50	119,69	123,23	117,17	97,70	88,81
International dollar rate (NCU per international dollar)	40,61	42,31	40,85	40,65	40,18	41,13	39,84
Total population (in thousands)	430	440	451	461	472	484	495

Fonte: <http://www.who.int/countries/cpv/en> (acessado no dia 15/08/2007, 21:20)

Comparativamente ao PIB os gastos em saúde têm-se mantido praticamente idênticos ao longo dos últimos anos em torno dos 5%. Com relação às despesas públicas houve um ligeiro incremento em 2004 representando as despesas de saúde 12,9% das despesas públicas (tabela 17).

TENDÊNCIAS DO SNS

O documento de **Política Nacional de Saúde** aprovado em 2006, apresenta as principais *tendências do SNS*:

- *Tendência crescente do peso das doenças não transmissíveis no estado de saúde das populações, sobretudo relativa a:*
 - *Doenças do foro cardiovascular, com tónica sobre a hipertensão arterial, os acidentes vasculares cerebrais e as doenças isquémicas do miocárdio;*
 - *Doenças metabólicas como diabetes e suas complicações, incluindo as renais;*
 - *Doenças degenerativas do foro oftalmológico, com tónica sobre as cataratas;*
 - *Tumores, nomeadamente do foro ginecológico;*
 - *Outras doenças não transmissíveis, objecto frequente de evacuações para o exterior.*

- *Evacuações sanitárias inter-ilhas e para o exterior do país como uma prestação de cuidados de saúde, mas com um peso social e financeiro grandes.*

- *Factores respeitantes ao desempenho do Serviço Nacional de Saúde:*
 - *A ainda deficiente qualidade da prestação de cuidados em atenção primária;*
 - *A sobrecarga dos hospitais centrais com cuidados de atenção primária por não respeito da hierarquia entre os diversos níveis da pirâmide sanitária;*
 - *Os gastos exagerados, a prescrição irracional e frequentes rupturas de stocks de medicamentos, a maioria dos quais dispensada gratuitamente nos estabelecimentos públicos de saúde;*
 - *A inadequação quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde;*
 - *Os imperativos e limites da descentralização;*
 - *O subsistema de informação sanitária deficiente, com fraca contribuição para a gestão operacional do SNS.*
 - *A indefinição das fronteiras entre os sectores público e privado, e a ausência de convénios estabelecendo as bases da*

cooperação entre os dois, para materialização da complementaridade.

- Fatores relativos aos recursos da saúde:
 - *O efectivo dos recursos humanos é dominado por médicos e enfermeiros gerais pouco diferenciados;*
 - *A insuficiência de recursos humanos em outras áreas, nomeadamente de farmacêuticos, biólogos, nutricionistas, técnicos de laboratório e sobretudo de administradores de saúde;*
 - *O comprometimento da sustentabilidade financeira do sistema pela insuficiência dos recursos e fraca participação dos utentes;*
 - *A insuficiente coordenação da cooperação em matéria de saúde;*
 - *A disparidade de tipos de aparelhos e equipamentos nas diversas instituições e a fraca capacidade de manutenção dos mesmos.*

A Política Nacional de Saúde (2006) ressalta como **principais problemas**:

- *Uma deficiente organização da rede hierarquizada por níveis de prestação e por tipo de estruturas;*
- *Uma distorção do conteúdo funcional previsto para cada nível, conduzindo à confusão de funções e de práticas e à perda gradual da coesão do sistema;*
- *A população da Praia e de Mindelo, cerca de um quarto da do país, não é servida por uma rede adequada de centros de saúde de atenção primária, o que a leva a procurar esses cuidados no hospital central respectivo.*
- *Um sistema de referência e contra-referência deficiente por ausência de normas estruturantes;*

Desafios colocados ao SNS (PNL, 2006):

- *acesso aos cuidados de saúde especializados no lugar certo dentro da rede, no tempo certo, e na medida certa;*
- *estabelecimento de um pacote mínimo de cuidados compatível com o perfil demográfico e epidemiológico do país;*
- *eficiência da prestação de cuidados e de sua sustentabilidade com a introdução de padronização de práticas promocionais, curativas e de reabilitação;*
- *melhoria na qualidade das prestações, através da introdução de protocolos clínicos;*
- *a melhoria do sistema de informação sanitária;*
- *melhoria na gestão dos serviços de saúde com a incorporação de profissionais de gestão e ferramentas modernas de gerenciamento;*
- *organização dos serviços de saúde em redes com vista a obter economia de escala (regiões sanitárias);*
- *adoção de política de humanização nos serviços de saúde;*

- *garantia de sustentabilidade financeira para o sistema através de maior alocação de verbas do OGE e da identificação de fontes adicionais de financiamento;*
- *criação de canais que garantam a participação popular na gestão do SNS por meio de mecanismos de controle social;*

I.3 REGIÃO SANITÁRIA SANTIAGO NORTE (RSSN)

Para a implementação da Regionalização dos serviços de saúde em Cabo Verde, foi definida a RSSN como uma “região piloto” para testar as reformas no setor da saúde. Esta Região Sanitária será a região de estudo do presente trabalho.

A Região Sanitária de Santiago Norte é constituída por quatro¹⁵ municípios (Santa Catarina, São Salvador do Mundo, Tarrafal e de São Miguel) e tem uma população de cerca de 100.000 habitantes, cerca de 19,4% da população do país. A região fica situada na ilha de Santiago na sua zona norte, daí o nome de Região Sanitária de Santiago Norte. A Carta Sanitária de Cabo Verde adotada em 1998 propõe a criação de regiões sanitárias em municípios aonde isso for possível e viável. Com o apoio financeiro da cooperação luxemburguesa, o governo mobilizou recursos para a implementação da RSSN. Numa primeira fase o projeto de implementação da região decorrerá no período de 2004-2008. O financiamento do projeto RSSN está orçado em 16,5 milhões de Euro e é assegurado pelo Estado de Cabo Verde e pelo Grão Ducado de Luxemburgo.

Os resultados esperados do projeto são os seguintes (Documento de lançamento do projeto RSSN, 2005):

1. *Cabo Verde dispõe de um quadro institucional e técnico para experimentar as reformas do sistema de saúde (em particular a implementação da Região Sanitária Santiago Norte);*
2. *Os cuidados de saúde no nível da atenção primária, na RSSN, são mais acessíveis, contínuos e racionais;*
3. *O financiamento do sistema de saúde está melhorado, em particular para garantir o acesso aos medicamentos e a manutenção de forma duradoura e eficiente;*
4. *Os cuidados diferenciados e o sistema de referencia e contra-referencia são reforçados e racionalizados na RSSN;*

¹⁵ O Decreto-Lei nº. 58/2006 que cria a RSSN, estabelece no seu artigo 4º. o âmbito territorial da região, acrescentando mais dois municípios, Sta. Cruz e São Lourenço dos Órgãos. Entretanto esses 2 municípios não estão contemplados em termos de investimentos e infra-estruturas nesta fase do projeto.

A avaliação da experiência da regionalização e de seus impactos será feita através de uma comissão multidisciplinar de acompanhamento e servirá para o governo decidir a partir desta experiência piloto, se adota esta estratégia para a reforma do Serviço Nacional de Saúde, em regiões em que tal se mostrar viável. Como apresentado acima, os indicadores de desempenho do setor da saúde no país são considerados bons pelo nível de desenvolvimento do país e dos recursos que são alocados. Mas esses indicadores não apresentam a mesma homogeneidade por todo o território nacional, em algumas regiões as disparidades são enormes. As desigualdades também são verificadas no interior dos municípios que formam a Região Sanitária e entre a Região Sanitária a implementar e o resto do país (tabela 18).

TABELA 18. SERVIÇOS DAS DELEGACIAS DE SAÚDE DA RSSN E CABO VERDE - 2005

Municípios	Tx. cobertura consulta pós-parto (%)	< 1 ano Completamente vacinados (%)	Total prevalência contraceptiva (%)
Santa Catarina	40,2	53,9	27,5
São Miguel	31,8	57,0	18,2
Tarrafal	19,4	32,2	9,6
Região Sanitária	30,4	47,7	18,4
Cabo Verde	34,3	63,1	31,0

Fonte: Relatório Estatístico – 2005 (GEPC-MS)

Quando as percentagens são analisadas através de médias para a Região Sanitária no conjunto, fica evidente a profunda desigualdade tanto na prestação de serviços, como também na alocação de recursos nas estruturas de saúde da região.

TABELA 19. RECURSOS DAS DELEGACIAS DE SAÚDE DA RSSN E CABO VERDE - 2005

Municípios	População – 2005 (%)	Rácio médico/habitante (por 10.000)	Rácio Enfermeiro/habitante (por 10.000)	Despesas publicas com medicamentos (*)
Santa Catarina	11,5	2,5	5,3	9,4
São Miguel	3,56	1,2	2,9	1,1
Tarrafal	4,35	2,4	3,8	2,3
Região Sanitária	19,41	2,0	4,0	4,2
Cabo Verde	100	5,1	9,9	100

Fonte: Relatório Estatístico – 2005 (GEPC-MS); (*) não inclui os Hospitais Centrais

Em termos de recursos humanos (especificamente de médicos e de enfermeiros) a situação da desigualdade é mais preocupante, pois que para ambas as categorias

profissionais, os rácios dos indicadores da RSSN correspondem a menos de metade do que corresponde ao nível nacional conforme mostra a tabela 19..

As deficiências estruturais do sistema que explicam esta constatação têm a ver, segundo o documento do Projeto CVE/056 da RSSN (2004) com a “*ausência de uma coordenação regional dos serviços de saúde, a debilidade da rede de estruturas sanitárias de primeiro nível, a incapacidade do sistema de financiamento atual de assegurar os bens e serviços e a debilidade dos serviços de saúde diferenciados na RSSN*”.

Para dar respostas a situações como estas e descentralizar a gestão dos serviços de saúde e assim aumentar sua eficiência e também o poder reivindicativo das estruturas descentralizadas, decidiu-se testar a RSSN como uma experiência piloto para a implementação da estratégia de regionalização no país.

O documento da Política Nacional de Saúde (2006) define que,

O nível regional, supra municipal, resulta da integração de estruturas sanitárias de municípios próximos, afins e de acesso facilitado quanto ao fluxo de utentes, vocacionado para uma prestação de cuidados secundários e hospitalares de qualidade, num equilíbrio entre recursos disponibilizados, rentabilidade técnica e rentabilidade econmica.

A Política Nacional de Saúde (2006) considera que a Região Sanitária constitui, pois “*um lócus privilegiado para desenvolver a integração de ações de saúde e o princípio da descentralização do processo de produção de serviços, interpretando a região sanitária como um conceito fundamentalmente funcional*”. E adianta que a região sanitária é “*definida por uma área geográfica, uma população e um conjunto de normas de funcionamento, de procedimentos de organização e de regras de relacionamento entre as diversas instituições de saúde abrangidas*”.

Neste processo de descentralização dos serviços de saúde  necessário ter “*um patamar técnico suficiente para abordar com eficácia problemas de saúde mais complexos, do ponto de vista de diagnóstico, tratamento e seguimento*” (PNS, 2006)..

A rede de estruturas de saúde na RSSN é formada por Unidades Sanitárias de Base (que deverão ser objeto de requalificação funcional e de objeto, dada a sua baixa resolatividade), pelos Postos Sanitários, os Centros de Saúde e um Hospital Regional como unidade de referência técnica em matéria de cuidados médicos na região.

A gestão da RSSN fica a cargo de um Gabinete Técnico com funções de coordenação e de dois corpos colegiais de gestão (a Comissão Deliberativa e a Comissão Consultiva). Fora da Região Sanitária existem outros órgãos colegiais de seguimento e acompanhamento da RSSN (Comitê de Pilotagem, Comitê de Acompanhamento).

Segundo a Política Nacional de Saúde (2006) *“a direção da região sanitária tem, predominantemente, um caráter de coordenação e de materialização da descentralização do sistema de saúde, de reorientação do modelo assistencial prevaiente e de busca de equilíbrio entre a atenção primária e a secundária”*.

II. REGIONALIZAÇÃO

“O saber é um patrimônio da Humanidade”.

Louis Pasteur

II.1 CONCEITOS

Não existe consenso na definição do conceito de regionalização. Alguns autores valorizam a perspectiva organizacional da regionalização com ênfase na dimensão territorial e populacional e outros valorizam a missão finalística da regionalização com dimensões que incluem a Atenção Primária à Saúde e a hierarquização da atenção.

Os sistemas regionalizados de saúde são também denominados de sistemas dawsonianos, em memória ao Lorde Dawson que lançou nos primórdios do século XX os alicerces deste modelo técnico-assistencial no sistema de saúde inglês, orientados por uma *base populacional*. Uma outra característica básica da regionalização é o princípio da organização dos serviços tendo como *base a territorialização*, Mendes (2001).

A regionalização é uma forma de implantação e gestão racional dos recursos de saúde, organizados segundo uma disposição hierárquica na qual se propõe uma máxima atenção nos centros primários, através de uma rede de Atenção Primária de Saúde (APS), enquanto os demais serviços vão sendo apropriadamente utilizados de acordo com as necessidades individuais do paciente (ARTMANN e RIVERA, 2003). Segundo esses autores, o princípio básico da regionalização é que a atenção à saúde deve ser oferecida, no máximo possível, pelo nível inferior do sistema, em uma ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos consumidores. Mas a realidade exige outra dimensão para este nível denominado de “nível inferior do sistema”. Podemos concordar que seja de baixa concentração tecnológica em termos de equipamentos, mas pela característica das demandas este nível é também de alta complexidade. Este entendimento é cada vez mais importante na medida em que este

nível atende a um volume maior de pacientes (entre 70 e 80%) e ainda pelo fato de que é preciso reconsiderar a disposição das estruturas de saúde tornando-os compatíveis com o problema emergente das doenças crônicas. Muitos autores chamam a atenção pelo fato de que ainda o perfil das estruturas de saúde continuar voltado quase que exclusivamente para situações agudas e não crônicas. Ignorar esta realidade significa ignorar o perfil epidemiológico da estrutura de doenças encontradas nas comunidades que estão adstritas no espaço regionalizado. Por isso mesmo, neste nível supostamente inferior do sistema, deveria estar adequado a atender esse novo desafio, num nível de complexidade adequado e não somente o pacote básico tradicionalmente oferecido. Políticas contrárias estimulam a procura de cuidados em hospitais de maior complexidade técnica, implicando maiores custos e distorção na rede.

Mendes (2001) apresenta três paradigmas alternativos de organização dos sistemas de serviços de saúde no âmbito local, a partir dos quais é possível identificar que tipo de regionalização está implementado e ainda servir de base para modelos de conformação das estruturas de saúde em redes. Esse autor classifica esses paradigmas em: a) paradigma da regionalização autárquica; b) paradigma da municipalização autárquica; e c) paradigma da microregionalização cooperativa. O paradigma da regionalização autárquica é o que mais se encontra na experiência internacional, escreve Mendes. Nela, a instância de gestão de um sistema local de serviços de saúde é exercida por uma mesoregião sanitária, que funciona como financiadora e reguladora do sistema. Este modelo é mais comum em Sistemas Nacionais de Saúde, tipo NHS. É o caso da regionalização dos serviços de saúde no Reino Unido. O paradigma da municipalização autárquica é o que tem prevalecido na construção social do SUS no Brasil, cuja gestão no âmbito local, é responsabilidade maior dos municípios. Esta é uma forma de construção da rede de saúde dentro do espírito do movimento democrático no Brasil, cuja bandeira foi a *“municipalização é o caminho”*. O paradigma da microregionalização cooperativa propõe a institucionalização dos Sistemas Microrregionais de Serviços de Saúde – com base na cooperação gerenciada -, por meio dos quais se procura maximizar suas fortalezas e diminuir as debilidades (MENDES, 2001).

O autor ainda define os **principais critérios** para a construção de serviços de saúde regionalizados: a contigüidade intermunicipal; a subsidiaridade econômica e social, que avalia as cadeias produtivas na microrregião e os fluxos de demandas por serviços de saúde; a escala adequada, o conjunto da população deve gerar uma economia de escala

na operação da rede que justifique determinados investimentos e de concentrações tecnológicas; a herança e identidade cultural, o sentimento de pertencimento através de um conjunto de valores que são comuns às populações adstritas; a endogenia microrregional, a possibilidade de desenvolver os sistemas de serviços de saúde num movimento de dentro para fora e de baixo para cima, por meio de recursos latentes na microrregião que sirvam de suporte para a estratégia duradoura da regionalização; a possibilidade de organizar o sistema microrregional de serviços de saúde, pela constatação de que há disponibilidade ou potencialidade de recursos para organizar os sistemas de atenção à saúde, de saúde pública, de apoio e de controle público na microrregião; a disposição política de cooperação entre os diferentes serviços que conformam o ambiente interno da rede e os diferentes atores do ambiente externo que contribuem para o sucesso da estratégia de regionalização, seja através de um processo de intersetorialidade, seja através de níveis hierárquicos da linha de comando organizacional (MENDES, 2001).

Estes conjuntos de critérios constituem as peças fundamentais do design da regionalização.

O principal instrumento de uma regionalização é o Plano Diretor de Regionalização, que deve conter as regras de funcionamento da região e ainda a definição de qual *a visão* da região, sem descurar a missão estabelecida. As regras de funcionamento neste caso devem incluir as regras de jogo de uma gestão colegiada transparente cujo fio condutor é o interesse comum e particular para cada município membro. A visão aqui é entendida no sentido que Matus define a situação-objetivo para uma organização.

Mendes (1994) define os seguintes *princípios básicos da regionalização*:

- *Intersetorialidade*: os problemas de saúde, por serem complexos e mal definidos, obrigam a que, para seu enfrentamento se opere na base de parcerias e coordenação de atividades para potencializar os resultados e os impactos esperados. Os problemas e soluções relacionados com a saúde ultrapassam as fronteiras dos serviços de saúde e extravasam para outros setores de interesses afins como a educação, agricultura, água e saneamento básico, habitação, etc.
- *Orientação por problemas*: este princípio é baseado na análise de diagrama de Pareto, segundo o qual um pequeno número de principais problemas identificados, quando resolvidos, corresponde a um peso percentual importante de impacto. Isso implica no reconhecimento de problemas e a definição de suas prioridades e o quanto a resolução de um problema impacta na estrutura geral dos problemas que

devem ser enfrentados. Este princípio guarda um aspecto importante na definição de que arquitetura a regionalização deve se constituir em particular para poder responder aos problemas específicos do território que dá cobertura. Isso significa de que para diferentes espaços geográficos e diferentes comunidades com diferentes perfis epidemiológicos, os serviços de saúde regionalizados deveriam se organizar de forma diferenciada orientados por problemas típicos do contexto para o qual respondem.

- *Descentralização:* a autoridade sanitária deve estar o mais próximo das microrregiões e territórios. Esta proximidade deveria não somente incluir a dimensão territorial, mas assumir a dimensão populacional. A proximidade na base populacional permite a adequação dos serviços prestados ao perfil epidemiológico da população adstrita, a criação de vínculos, o sentimento de pertencimento e estimula a participação comunitária na gestão da rede.
- *Planejamento e programação local:* a interação entre os diferentes atores processa-se através do planejamento estratégico de modo a descrever, compreender e explicar os principais problemas e propor intervenções eficazes e avaliar os resultados. A definição de necessidades estratégicas é feita a partir dos atores locais comprometidos com a implementação da regionalização.
- *Hierarquização:* é possível resolver, com eficácia satisfatória, determinados conjuntos de problemas de saúde com funções de produção de distintas complexidades, classificados em primários, secundários e terciários. A hierarquização está alicerçada na verificação empírica de que as necessidades de saúde de menor complexidade têm maior frequência relativa que as mais complexas. A hierarquização corresponderia a dois subprincípios: a) O da suficiência e da insuficiência tecnológica de cada nível de atenção; b) O da referência e contra-referência: a hierarquização exige um fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e técnico-científicas dentro da rede de serviços. Este princípio no fundo encarna o conceito de descentralização centralizada. O importante é flexibilizar esta hierarquização para que ela não se conforme numa nova réplica da pirâmide sanitária no nível local. As alternativas seriam modelos baseados em redes, ou modelos de construto circular que correspondessem a entradas e saídas múltiplas.
- *Intercomplementaridade:* os serviços de saúde regionalizados não são entes autônomos, dependem de planos hierárquicos superiores e estes, por seu lado só se

justificam se complementados pelos distritos. A região sanitária deve ter de forma clara um alinhamento estratégico com a direcionalidade proposta pelo nível macro, o Sistema Nacional de Saúde.

- *Integração:* é um dos princípios e mandatos da regionalização. Ela implica conhecer a univocidade institucional dos serviços de saúde para o conjunto das ações promocionais, curativas, preventivas e de reabilitação e que as intervenções de um sistema de saúde sobre o processo saúde-doença conformam uma totalidade que engloba os sujeitos do sistema e suas inter-relações com os ambientes natural e social.
- *Adstrição:* os serviços de saúde regionalizados devem organizar-se com uma base territorial local, comprometidos com a população que vive nessa base. É um marco de especificidade local, que não se contrapondo com a organização com base territorial nacional, ela complementa esta, desde que conserve os traços estratégicos da política nacional para o setor da saúde.
- *Heterogeneidade:* sem prescrições, cada espaço de delimitação regional é uma realidade singular, de modo que devem estimular-se a adaptação a cada contexto local e a flexibilidade de composição de cada espaço.

A regionalização pode ser geográfica ou sistêmica. No primeiro caso, cada região de saúde teria que atender à população de uma área geográfica definida pelas linhas isócronas determinadas pelo tempo mínimo de deslocamento das populações razoavelmente aceito para cada nível de atenção. O fluxo e a direção dos deslocamentos da população são levados em consideração. Esta característica é também tida como um dos fatores para a definição dos pólos regionais de saúde que concentram maior peso percentual ou estrutural na distribuição dos recursos. Este entendimento visa racionalizar os recursos alocados para o cumprimento da missão. No segundo caso, a regionalização está baseada em populações não definidas geograficamente, mas pela sua matrícula ou inscrição, por exemplo, clientela de um plano de saúde ou de grandes corporações organizacionais. É uma forma flexível de oferta de serviços de saúde, pois as organizações aglomeram cada vez mais um número importante de pessoas, (MENDES, 1994).

Uma das formas de solidariedade, para o modelo de regionalização dar conta de todo esse manancial de mandatos, seria através de uma proposta de intersetorialidade. Contudo, convém alertar para o fato de que, a intersetorialidade é um meio de intervenção e não um fim em si mesmo. Por isso, deve ser dosada conforme o problema

a ser enfrentado. Esperar pela intersectorialidade ideal ou pela combinação ideal de recursos é cair no imobilismo. *Em projetos intersectoriais é fundamental estabelecer, com precisão, as tarefas e responsabilidades específicas de cada segmento [...] ou falha-se na execução* (CAMPOS, 2003:35).

Num ensaio sobre o impacto da regionalização no Canadá desde os anos 80, os canadenses Lewis e Kuori (2004) afirmam que “*a regionalização foi um remédio proposto pelo diagnóstico da fragmentação e incoerência na gestão dos serviços e sistemas de saúde, para acabar com a atomização do sistema*“. Estes autores ainda admitem a falta de consenso na definição de “regionalização” em saúde. Na busca da definição desse conceito, procuraram encontrar os pontos de similaridade, mais do que as diferenças. Assim, fazem o enunciado de quatro características principais na regionalização canadense: *Primeiro*, as regiões são definidas pela geografia – ocupam territórios específicos. *Segundo*, sua existência e autoridade dependem da vontade dos governos provinciais, que detêm a autoridade por meio de devolução, mais do que entidades auto-definidas. A regionalização foi implantada em todas as províncias (9) com exceção de Ontário, embora aqui os serviços de Oncologia estejam organizados em regiões. *Terceiro*, consolidaram no nível regional a autoridade previamente distribuída entre os vários programas de saúde pública e comunidades. *Quarto*, são responsáveis por um considerável número de serviços de saúde, de cuidados domiciliares para as doenças crônicas e serviços de atenção aguda, da saúde pública e promoção da saúde.

Lewis et Kuori (2004), identificam dois eixos distintos para a regionalização. O primeiro é *a continuidade da autoridade*, partindo da devolução completa para a consolidação completa através de sua apropriação no nível descentralizado, que invariavelmente se referem à autoridade. O segundo é a *centralização ou descentralização dos serviços* que se referem ao espaço físico/configuração.

Assim, a regionalização é percebida segundo estes autores, como uma reforma dos sistemas de saúde dos países, buscarem o aumento da efetividade e da eficiência a partir de:

- *Ajustamento das necessidades e dos recursos*: a premissa é a transição das necessidades percebidas pelos “tomadores de decisão” para um modelo de serviço orientado a partir de população-base e necessidade-base. É um dos principais ganhos que a regionalização traz para os sistemas de saúde em geral, operando localmente e de formas distintas e impactando no total do sistema.

- *Integração dos serviços*: a integração dos serviços é um mandato explícito da regionalização. Corresponde a criar sinergias a partir de problemas comuns para os quais se tem poucos recursos. Para a construção da rede, cada serviço de saúde contribui num determinado segmento para que todo o sistema funcione como um conjunto, com propósitos bem definidos à priori.

- *Aumento da qualidade dos serviços e da prática baseada em evidência*: a regionalização deve adotar as melhores práticas apoiadas em evidências de pesquisas sólidas. Estas práticas contribuem para a padronização da atenção prestada com a mesma qualidade nos diferentes serviços que compõem a rede.

- *Reforço das atividades da promoção e da prevenção*: a premissa é de que a realocação de esforços e de recursos para estas atividades possam melhorar o status de saúde e reduzir as disparidades entre os grupos.

- *Aumento da responsabilidade dos gestores*: a idéia é de comprometer os gestores com a obrigação de prestar contas sobre os resultados à população. Este princípio, no entanto, não deve se restringir a esta univocidade, a população deve se beneficiar de canais próprios para a realização de um verdadeiro sistema de petições aos gestores e para os atores envolvidos no processo de intersectorialidade.

- *Aumento da participação popular*: é esperado que os serviços de saúde proporcionem possibilidades para a participação popular envolvendo mais os usuários na tomada das decisões, participando nos colegiados de gestão.

Em qualquer situação em que se trate da regionalização, implicitamente pensa-se em reforma dos serviços e sistemas de saúde.

Ann Casebeer (2004), num artigo publicado com o título de “Regionalizing Canadian Healthcare: The Good – The Bad – The Ugly” constata que o termo “*regionalization*” não é reconhecido no léxico dos computadores, mas em contrapartida nos remetem para o termo “*rationalization*”. No fundo, esse entendimento não deixa de ser correto na sua essência, pois por detrás do conceito regionalização, a tarefa maior é a racionalização, a integração de serviços, a gestão dos recursos, da clínica e das necessidades da população. Ainda a autora enfatiza de que a regionalização no contexto da saúde permanece essencialmente ilusória e incompreensível, a menos que se clarifiquem as suas potencialidades e limitações, conforme apresentado no quadro 1.

QUADRO 1. POTENCIALIDADES E LIMITES DA REGIONALIZAÇÃO

Características	Na prática	Para a pesquisa
“O Bom”	Regionalização como uma estrutura capaz de: <ul style="list-style-type: none"> • Minimizar a fragmentação; • Estimular a integração; • Focalizar uma população definida 	Regionalização oferece vasto numero de experiências naturais: <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhamento e seguimento através do tempo; • Nas áreas não estudadas; • Construindo conhecimentos informando sobre as mudanças;
“O Mau”	Regionalização como estrutura incapaz: <ul style="list-style-type: none"> • Exacerba as tensões existentes; • Mascara agendas não relacionadas; • Bloqueia os necessários incentivos de mudança; 	A regionalização é mal definida: <ul style="list-style-type: none"> • Difícil de compreender; • Difícil de comparar; • Difícil de isolar atributos de seus impactos;
“O Feio”	A regionalização é complexa: <ul style="list-style-type: none"> • É afetada pelas externalidades; • É impactado negativamente pelo insucesso de alguns processos; • As tarefas de competição e o poder de cultura organizacional não são clarificados 	Pesquisa em regionalização é complexa: <ul style="list-style-type: none"> • Requer métodos múltiplos de abordagem; • Requer equipes multidisciplinares; • Precisa de comprometimento profundo e longo;

Fonte: The Good the bad and the ugly: implications in practice and for research (Ann Casebeer, 2004)

Mendes (2004) faz também a mesma interpretação da racionalidade que está na gênese da regionalização dos sistemas de serviços de saúde, que se faz em função do uso correto de alguns conceitos: a economia de escala, a economia de escopo, as relações entre qualidade e economia de escala e o acesso aos serviços de saúde. Para o autor, uma das singularidades dos serviços de saúde é que parece haver uma relação estreita entre escala e qualidade, ou seja, entre quantidade e qualidade. Os serviços de saúde ofertados em maior volume são mais prováveis de apresentar melhor qualidade. Uma boa parte da habilidade da atenção médica tem a ver com a prática de “repetição” de determinados procedimentos que se supõe, levam a uma melhor qualidade. Essa característica de aprendizagem artesanal da habilidade do profissional de saúde também é sustentada por autores como Mintzberg (2003). Essa suposição é confrontada hoje com a incorporação de tecnologias complexas que desmistificam este postulado em algumas áreas do saber médico.

O desenho das redes de atenção à saúde vai fazer-se numa relação dialética entre esses fundamentos, com o acesso aos serviços de saúde. Quando houver um impasse entre

esses princípios prevalece o acesso. Por isso, no desenho de redes, há que se ter certa flexibilidade, especialmente quando se trata de regiões de baixa densidade demográfica e de grandes distâncias entre os equipamentos de saúde (MENDES, 2004).

Se os critérios apresentados anteriormente constituem o design da regionalização, os princípios agora listados compõem a arquitetura da regionalização. Deste modo, estas duas dimensões vão constituir as configurações organizacionais da regionalização segundo arquétipos definidos pela forma como estas “peças” vão se encaixar no sistema de saúde.

II.2 PRINCIPAIS EIXOS DA REGIONALIZAÇÃO

Neste trabalho consideramos três eixos principais para a discussão teórica da regionalização:

1. A regionalização como modelo organizacional;
2. A regionalização como modelo de gestão;
3. A regionalização como modelo de integração;

Este enfoque tridimensional sobre a regionalização é justificado unicamente por uma questão de análise teórica e metodológica. Portanto é uma divisão virtual. Na prática estas dimensões interagem simultaneamente. Ao mesmo tempo é nossa convicção de que nenhuma dessas dimensões dá conta do processo de regionalização de forma insulada.

REGIONALIZAÇÃO COMO MODELO ORGANIZACIONAL

Descentralização de Serviços de Saúde

A regionalização pressupõe uma idéia implícita de reforma organizacional de um determinado sistema previamente existente, que por razões de crise natural da organização se faz necessário reformar ou dar resposta a novos desafios. De um lado a

regionalização significa descentralização¹⁶ – a partir de modelos centrais de gestão e de poder para níveis periféricos, e por outro lado significa a centralização – a partir de níveis de decisão e de poder periféricos (municípios) para um nível mesoregional. Esta característica dual vai coexistir num ambiente de permanente tensão que se deseja controlável, dependendo de onde provém o olhar sobre a regionalização.

Matus (1996) destaca a descentralização como um dos princípios fundamentais da macrororganização, ganhando relevância no setor da saúde em que a maior parte dos problemas por serem definidos como quase-estruturados (de baixa governabilidade por parte dos atores) requerem a sua resolução em níveis em que representam maior valor para os atores.

Este autor enuncia o princípio da descentralização afirmando que,

[...] nenhum problema quase-estruturado deve ser processado em um nível no qual vá receber um tratamento rotineiro. Todos os problemas devem ser processados criativamente. Se um problema receber um tratamento rotineiro porque tem valor baixo nesse nível, deve descer da estrutura macroorganizacional até o nível descentralizado em que tenha alto valor e possa ser tratado criativamente. Todo problema deve ser enfrentado no nível no qual tenha alto valor. Cada nível hierárquico organizacional deve ter governabilidade sobre os problemas de alto valor que o afetam, exceto no caso de problemas que podem ser dissolvidos eficazmente em um espaço maior (MATUS, 1996).

Nos espaços sociais dos sistemas de serviços de saúde a regionalização manifesta-se como uma forma de descentralização, incluindo em alguns casos a proposta de separação das macrofunções de financiamento e regulação¹⁷, da prestação de serviços de saúde e o movimento da contratação dos serviços de saúde (MENDES, 2002). Este enfoque é mais comum em sistemas de saúde em que o setor privado ou pára-públicos

¹⁶ Segundo Arretche (2001) o movimento descentralizador se deu nos anos 80 de forma expressiva. Dos 75 países considerados em vias de desenvolvimento ou economias de transição, 63 teriam implantado reformas com transferências de poder para níveis locais de gestão.

¹⁷ No Reino Unido, as reformas de 1989 contidas no White Paper: Working for Patients, Thatcher separou as funções de governo financiador da saúde e prestador dos serviços. A prestação dos serviços foi delegada aos GP's (clínicos gerais) que se assumiram no papel de gatekeepers do NHS. Ao acabar com o monopólio dos serviços públicos na prestação de cuidados, abriu as portas para a criação do chamado "mercado interno" na saúde ou os também conhecidos como "quasi-mercados", promovendo a competitividade dentro do NHS. Ilife, S. Munro, J. New Labor and Britain's National Health Service: an overview of current reforms (2004);

são contratualizados como forma de incentivar a competição entre os diferentes prestadores.

A descentralização segundo Mendes deve ser orientada por um *conjunto de princípios*: a flexibilidade, o gradualismo, a progressividade, a transparência no processo de tomada de decisões e o controle público. A flexibilização tem a ver com as adaptações ao contexto local em que se dá esse processo de descentralização.

A descentralização não constitui para Mendes (2002) um conceito unívoco, articulado como oposto à centralização. Ela convive com as tendências de centralização, ainda que o vetor de maior peso seja a descentralização. O controle público é visto neste nível como uma possibilidade por parte da população diretamente beneficiária de exercer seu direito de petição junto dos responsáveis sanitários, relativamente aos problemas que impactam na sua saúde.

Mendes (2002) aponta quatro formas de descentralização: a *desconcentração*, a *devolução*, a *delegação* e *privatização*¹⁸.

A *desconcentração* consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, dentro de uma mesma organização, sem a correspondente redistribuição do poder decisório. Também esta forma de descentralização é conhecida como *descentralização administrativa*.

A *devolução* consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de nível hierárquico menor, que adquire assim, autonomia política e administrativa. Esta forma de descentralização é conhecida como *descentralização política*.

A *delegação* envolve a transferência de responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais que continuam com financiamento e regulações estatais. Esta forma de descentralização anula a pretensão do Estado de deter o monopólio da solidariedade social.

A *privatização* é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob o domínio das regras do mercado.

O que vai definir cada modelo são de um lado, os valores de solidariedade existentes na sociedade e de outro como se combinam as três macrofunções de regulação, financiamento e prestação de serviços dos sistemas de serviços de saúde e quem se apropria delas, se o Estado ou se o setor privado (MENDES, 2002).

¹⁸ Arretche (2001) propõe uma classificação semelhante para as formas de descentralização: a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições e a privatização ou desregulação.

Dependendo de qual forma de descentralização conformar o desenho da regionalização, a sua autonomia tanto política como administrativa vai se dar em intensidades diferentes, segundo as opções políticas que acompanharem o processo de descentralização e regionalização dos serviços.

Existe a crença de que a descentralização é sempre um processo de democratização partindo do pressuposto de que ela se aproxima da base populacional e permite maior controle social.

Arretche (2001) define esta crença como *o mito da descentralização*. A autora faz uma abordagem analítica e problematiza o consenso existente sobre a associação feita entre a democracia e as virtudes potenciais da descentralização.

Segundo a autora, existiu um vasto consenso sobre as virtudes da descentralização na maioria dos países nos anos 80, o período em que se desencadeou este movimento. Embora os ideais filosóficos que estiveram por detrás desse consenso nem sempre coincidiram. De um lado os movimentos políticos da esquerda viram na descentralização, uma oportunidade de promover a participação popular, a democratização das relações públicas, a necessidade de prestação de contas e o aprofundamento das reformas democráticas. Por outro lado, os movimentos inseridos no campo neoliberal defenderam as reformas, dado que isso representava uma redução do peso burocrático do governo central e proporcionava possibilidades da realização da vida cívica do indivíduo até então sufocada pelo aparelho estatal.

As reformas do tipo descentralizador foram assumidas e implementadas por diferentes estratégias, entre as quais a desconcentração, a delegação, a transferência de atribuições, a desregulação, e a privatização.

Em contraposição a esses atributos, a centralização da gestão do governo passou a ser vista como um sinal de autoritarismo, falta de transparência, burocracia, monopolizador, abusivo e propenso a clientelismo. E somando a isso tudo, a ineficiência na gestão. No entanto, a autora chama a atenção para o fato de que não basta o argumento que associa positivamente a descentralização à democracia e, simetricamente a centralização a Estados e sistemas políticos menos democráticos. Para Arretche, não existe uma garantia prévia – intrínseca ao mecanismo de descentralização – de que o deslocamento de recursos para níveis inferiores de governo só por si, implique uma democratização das relações públicas e a abolição da dominação a partir do nível central. É certo que as instituições autônomas e desconcentradas evitam a dominação pelo “centro”, mas pode permitir a sua existência no interior do subsistema. Não é claro que a descentralização

possa produzir sempre comportamentos democráticos. O contexto cultural da sociedade e a cultura organizacional das organizações dão significado à concretização desse comportamento, agindo como fator facilitador ou limitador.

A descentralização incorpora a idéia de resgate da dívida social, a participação social e política, a regionalização, a unificação e universalização do sistema nacional de saúde, e a municipalização da assistência social. Contudo, esse processo deu-se de forma desigual em diferentes partes do mundo, seja quanto às formas, aos ritmos e ao conteúdo das mudanças. Uma das razões que explica essa heterogeneidade de descentralização decorre das distintas disposições políticas para a implementação dessas reformas. Por isso, a autora afirma que *“nos processos de descentralização de modalidades de gestão de programas públicos, o nível central de governo tem uma importância estratégica na direção e coordenação, seja da formulação e aprovação de reformas, seja em sua implementação”* (Arretche, 2001). Para a autora, *“antes que um esvaziamento das funções dos níveis centrais de governo, o sucesso da descentralização supõe sua expansão seletiva, vale dizer, um reordenamento expansivo das agências do governo central em direção a novas atividades, reordenamento esse que implica um governo central fortalecido* (Arretche, 2001:145)”.

As diferentes estratégias escolhidas para efetivar a descentralização também sofreram - e ainda sofrem - críticas, seja de argumentos no sentido de que essa forma de fazer reformas significaria o esvaziamento das funções do nível central ou porque implicaria a uma desresponsabilização do Estado através da transferência de atribuições para níveis de governo com baixa capacidade de intervenção. Algumas propostas foram no sentido de uma redefinição do papel estratégico do governo central.

A crença na associação positiva da descentralização e democracia somente será eficiente se forem viabilizadas através de instituições que garantam à participação popular, evitando deste modo as tendências de setorialização das intervenções do Estado que em conseqüência aumenta o distanciamento com os atores sociais. Estas novas instituições criadas deveriam fortalecer a democracia de base territorial em oposição à democracia de base alargada e sem vínculos com as necessidades locais.

É neste contexto de descentralização que o processo da regionalização acontece com o propósito de democratização, de eficiência organizacional, de transparência e de prestação de contas para a população que lhe é adstrita.

Neste processo de descentralização espera-se que o enfoque estratégico se posicione sobre o papel da Atenção Primária à Saúde, não em contraposição com a atenção

hospitalar específica, mas como uma estratégia que se adeque à demanda local, sobretudo focalizada na promoção e prevenção.

Gérvas (2004) lembrando os vinte e cinco anos sobre a *Declaração de Alma Ata* chama o período anterior à declaração de, “*tempo negro*”. Para o autor, Alma Ata foi a luz sobre a escuridão, pelo menos pelas propostas de reformas e desafios que representou (ou será que ainda representa?) para os sistemas de saúde dos países. A principal proposta foi a de descentralização dos serviços de saúde, buscando com isso aumentar a acessibilidade da população (pelo menos geográfica), melhor gestão de recursos e obter maior impacto. Essa proposta no contexto histórico da época não era ingênua, pois se criou o mito de que a descentralização seria sinônima da democratização dos serviços e permitiria maior participação popular (e do indivíduo) na gestão da “coisa pública”. Mas esta política de descentralização na saúde buscou dar resposta à chamada Lei de Hart. Para o autor “*no basta con cubrir toda la población, ni con descentralizar la gestión, pues se sigue cumpliendo la ley de cuidados inversos (más atención a quienes menos lo necesitan, lo que se acentúa al virar hacia el mercado los sistemas sanitarios)*”. O autor vai mais longe ao afirmar que “[...] *se precisa que la Atención Primaria cobre el protagonismo necesario para atraer, incluso, a los políticos que la regulan*”.

Esta é a questão central da descentralização na saúde. Não uma descentralização “oferecida” à população como garantia de participação e controle social, mas o comprometimento efetivo dos políticos que a regulam. Não é uma descentralização sem comprometimento.

Desenho Organizacional da Rede

O desenho organizacional se refere à forma como se dá a construção dos blocos da organização – a autoridade, responsabilidade, “accountability” e reconhecimento – a forma como são organizados e reorganizados para melhorar a efetividade e a capacidade adaptativa da organização. O desenho e o redesenho organizacional são processos dinâmicos e que são simultaneamente processo e resultado. Para Leatt e col. (2006) o desenho organizacional pode ser pensado como algo racional, deliberado e planejado, criado para apoiar a implementação da missão e estratégias da organização. Quando uma nova organização é formada, um novo desenho será criado, entretanto o redesenho da organização é um processo contínuo no qual a necessidade de desenho mudará assim

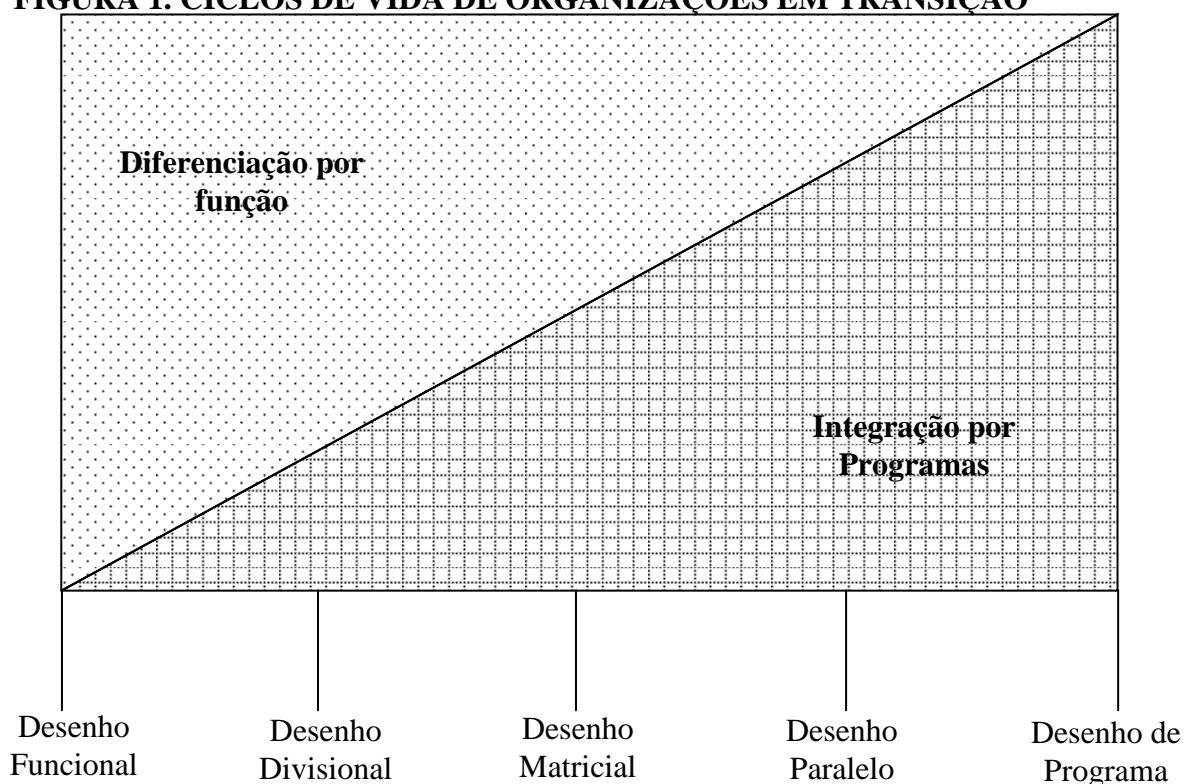
que as necessidades da organização mudar. Estes autores apontam para uma série de situações em que o desenho da organização deveria ser repensado: a) quando a organização experimenta severos problemas de desempenho (num departamento ou no total da organização); b) quando ocorrem mudanças no ambiente externo que afetam diretamente a política interna (alterações no financiamento, na política de regulação); c) quando são desenvolvidos novos programas de prestação de cuidados; d) quando muda a direção/liderança (visão e perspectivas diferentes).

O desenho da rede de saúde (estruturas, vínculos, conexões, etc.) deveria atender a um conjunto de questões e de expectativas. A regionalização dos serviços de saúde por incorporar uma idéia de reforma, reorganização, mudança organizacional e de gestão deve responder no mínimo as perguntas, para que direção mudar, o que mudar, porque e para que finalidade, o que conservar, o que melhorar. Contemplaria uma reforma do “processo – líder” da organização, do design da organização ou ambos. Requer da mesma importância o mapeamento dos recursos disponíveis e potenciais para a implementação do paradigma da regionalização.

Esse processo de reforma e de reforma da reforma é comum na experiência internacional. Leatt e col. (2006) denominam esse processo de ciclos de vida de uma organização em transição. Definem quatro fases neste ciclo de mudanças que as organizações tendem a passar: 1) a *fase de pesquisa* da organização caracterizada pela novidade, inovação e um sentimento de ascensão como organização que procura recursos e busca a sua estabilidade. O desenho organizacional nesta fase é aberta e informal. 2) a *fase de sucesso* é caracterizada pela busca de staff e de recursos financeiros. Nesta fase o desenho da organização torna-se mais formalizada. 3) a *fase burocrática* é caracterizada por uma relativa rigidez em conformidade com as regras e os procedimentos estipulados. Nesta fase a organização se encontra insulada de seus clientes/usuários de quem recebe pouco ou nenhum feedback. Durante esta fase, a organização pode iniciar um processo de declínio devido à sua incapacidade para responder às mudanças do ambiente externo ou de alterá-lo para se ajustar às suas necessidades. 4) a *fase de sucessão* é caracterizada pelo desenvolvimento de novas formas de prestação de serviços, muitas das vezes através do desenvolvimento de novas unidades dentro da organização. Cada um desses estágios/fases no ciclo de vida da organização oferece aos gestores do sistema, determinados modelos de design apropriados para a fase de vida da organização. O modelo de “design de estrutura funcional” seria apropriado para a fase de pesquisa da organização. Ou de um modelo

de “design de estrutura paralela” para a fase de declínio, que permitiria a geração de novas idéias e a manutenção da qualidade dos serviços. As organizações de saúde estão sob pressão de melhoria de qualidade da prestação de serviços e de demonstrar a capacidade de como fazê-lo. Os gestores precisam reconhecer que a qualidade é um problema organizacional, isto é, a variação na qualidade de prestação de cuidados é tão devido à forma como o cuidado é organizado e coordenado, tão como a competência individual do profissional de saúde. No sentido de melhorar a qualidade de prestação de cuidados, os novos desenhos das organizações de saúde precisam desenvolver desenhos que enfatizam a importância da organização do trabalho a volta do paciente (centrado no paciente como sujeito) e de redefinir o papel do hospital e dos centros de saúde no contexto do sistema de serviços de saúde oferecidos em múltiplos pontos de atenção na rede.

FIGURA 1. CICLOS DE VIDA DE ORGANIZAÇÕES EM TRANSIÇÃO



Fonte: Leatt et col. (2006): Continuum Organization Design. In Health Care Management

A partir da figura 1, Leatt et col. postulam que a diferenciação é um pressuposto para a divisão do trabalho em partes especializadas ou em funções. Uma característica muito comum nos serviços de saúde. Segundo estes autores a integração seria um pressuposto

para a coordenação do trabalho através das diferentes unidades operacionais ou funcionais. Os diferentes modelos de desenhos podem ser encontrados nas diferentes fases do ciclo de vida das organizações e dependem do nível de complexidade das organizações. Um design específico para os serviços de saúde dependerá do ambiente de demanda, da estratégia organizacional e de quais atividades podem ou não ser agrupadas.

Para Kaluzny e Shortell (2006) por detrás da mudança de paradigma organizacional dos serviços de saúde “reativos a situações agudas” para o paradigma mais holístico que enfatiza o bem-estar da população-base está um conjunto de condições externas – as forças econômicas, políticas e sociais. Para estes autores, estas forças influenciarão a prestação dos serviços de saúde ainda nos próximos cinco a dez anos, com um conjunto de implicações gerenciais: a) o incentivo financeiro para um desempenho superior, implicaria no aumento da necessidade de eficiência, produtividade e qualidade; no redesenho da prestação de cuidados ao usuário; no desenvolvimento de alianças estratégicas que adicionam valor; no aumento do crescimento da rede e do sistema. b) o aumento da responsabilidade pelo desempenho, implicaria num sistema de informação que facilitasse o cuidado centrado no paciente; na efetiva implementação de guidelines da prática clínica e de gestão de casos relacionados; na habilidade de demonstrar melhoria contínua de todas as funções e processos. c) o avanço tecnológico nas ciências biológicas e clínicas implicaria numa expansão do cuidado contínuo, da necessidade de novos lugares de acomodação para novas modalidades de tratamento; no aumento da capacidade de gestão de casos através das fronteiras organizacionais; na necessidade de confrontar novos dilemas éticos. d) o envelhecimento da população associado ao aumento de doenças crônicas, implicaria num aumento da demanda por cuidados primários, bem-estar e de serviços de saúde promocionais e de gestão de casos crônicos; no desafio de questões éticas ligadas ao prolongamento da vida. e) o aumento da diversidade étnica e cultural da população implicaria numa grande dificuldade em compreender e ir ao encontro das expectativas dos pacientes; no desafio de eliminar as disparidades na prestação de cuidados; no desafio de gerenciar a diversidade da força de trabalho nos serviços de saúde. f) a mudança na alocação e educação dos profissionais de saúde implicaria na necessidade de abordagens criativas para ir ao encontro das necessidades da população através da prevenção de doenças, da promoção de saúde e de serviços para a gestão de doenças crônicas; na necessidade de desenvolvimento efetivo de equipes prestadoras de cuidados nos múltiplos pontos de tratamento; na necessidade

de desenvolver estratégias de recrutamento e retenção de quadros técnicos; g) a morbidade social (AIDS, drogas, violência) implicaria numa habilidade de negociação com aumentos imprevisíveis de demanda; na necessidade de um sistema de apoio social e da gestão de casos crônicos; na necessidade de um trabalho efetivo com organizações comunitárias de saúde pública; h) a tecnologia de informação implicaria no treinamento de profissionais de saúde em novas tecnologias de informações; no aumento da habilidade de coordenação de cuidados em vários pontos de prestação; no desafio de gerenciar as mudanças rápidas de transferência de informações; no desafio de lidar com a confidencialidade associada ao uso de novas tecnologias de informações; i) a globalização e a expansão da economia mundial implicariam no desafio de enfrentar as novas e as re-emergentes doenças infecciosas; na gestão de alianças estratégicas globais, particularmente nas áreas de biotecnologia e as novas tecnologias de desenvolvimento; O conhecimento destas forças externas e suas implicações na mudança organizacional dos serviços de saúde são vitais para decidir que tipos de desafios uma proposta de reforma organizacional de prestação de cuidados e gestão da rede deve enfrentar. A proposta de regionalização de serviços de saúde procura dar respostas a estes desafios tendo em conta o contexto que norteia o princípio de resolução de necessidade-base para uma população-base. E baseando-se no princípio de organizar a oferta de cuidados segundo o princípio de Pareto, em decorrência da identificação dos problemas mais freqüentes, a regionalização dos serviços de saúde afirma-se como uma proposta de forte potencial e valor.

Importa num processo de reforma definir o escopo da mudança por forma a adequá-lo ao perfil epidemiológico da região e ao perfil demográfico da população. Esses critérios evitam a repetição no nível regional do modelo central de organização dos serviços baseado numa visão homogênea das necessidades da população. Como consequência a regionalização implica a diferenciação na oferta de serviços e na organização.

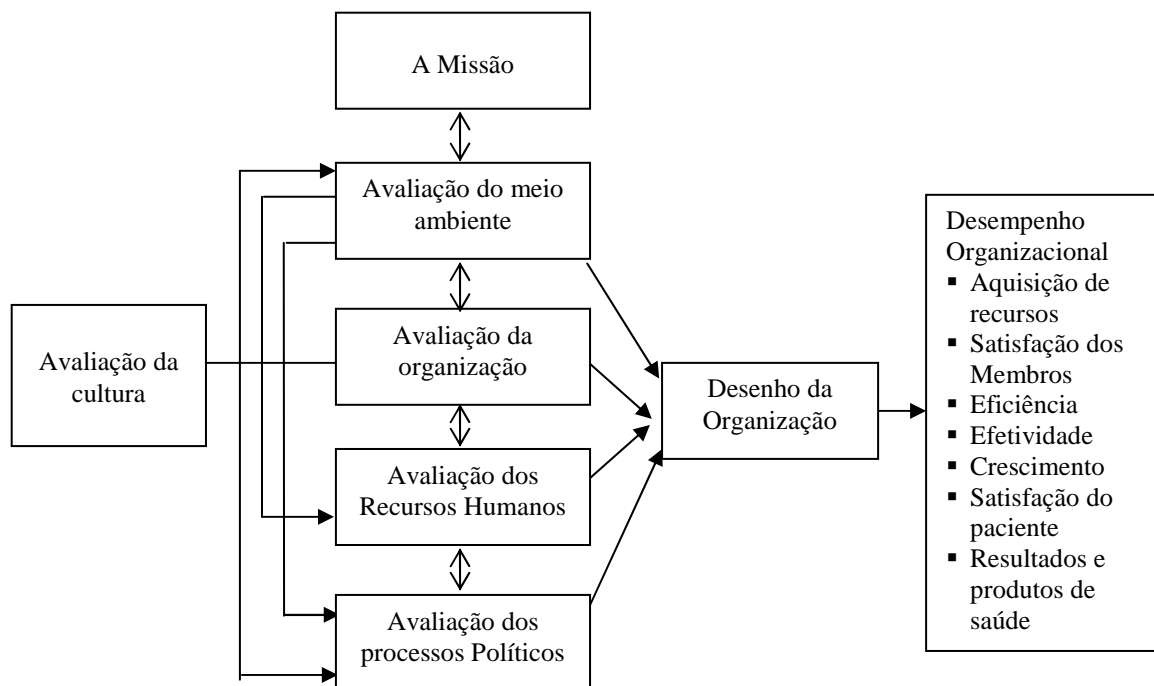
Para esta transformação e mudança Kaluzny e Shortell (2006) denominaram de transformação da perspectiva organizacional "velha" para a perspectiva "nova" de organização dos serviços de saúde. Da ênfase sobre doenças agudas para a ênfase em doenças de cuidados contínuos. Da ênfase em tratamento de doenças para a ênfase em manter e promover o bem-estar. Da responsabilidade pelo paciente individual para a responsabilidade sobre a saúde de uma população definida. Da ênfase em bens físicos tangíveis para ênfase em bens intangíveis baseados em relacionamentos, humanização do cuidado e no conhecimento dos direitos do usuário enquanto sujeito. Entre outras

transformações. Estes autores definem sete dimensões chaves para as organizações de saúde: o ambiente externo, a visão/missão/objetivos, as estratégias, o nível de diferenciação, o nível de integração, o nível de centralização e a habilidade para se adaptar e mudar. As novas idéias, planos e estratégias requerem negociações e persuasão mais do que processos de tomadas extensivas de decisão.

Muitas teorias organizacionais propõem perspectivas diferentes de como desenhar e fazer funcionar as organizações, entre as mais difundidas aparecem a teoria da administração científica, a teoria burocrática, a teoria da escola de relações humanas, a teoria contingencial, a teoria de população ecológica, a teoria institucional, a teoria sistêmica, a teoria orgânica, etc. (KALUZNY e SHORTELL, 2006; MORGAN, 2006; MINTZBERG, 2003;). Estas perspectivas podem ser usadas para apoiar no desenho da estrutura organizacional dos serviços de saúde e do seu funcionamento, dependendo das suas capacidades de responder aos desafios organizacionais a que devem prestar.

Um fator importante a considerar no contexto gerencial dos serviços é o próprio modelo organizacional que serve como um painel de bordo para avaliações sistemáticas e simultâneas de diversos fatores chaves, conforme mostra a figura 2 abaixo;

FIGURA 2. FATORES CHAVES PARA A CONSTRUÇÃO DE MODELOS GERENCIAIS NAS ORGANIZAÇÕES



Fonte: Leatt et col.(2006): Organization Design; In Health Care Management.

O modelo organizacional dos distintos modelos tecno-assistenciais de saúde devem ser vistos como uma ferramenta permanente de análise e de avaliação. É uma ferramenta que permite pensar a organização do sistema como um todo. A proposta é ver o desenho da organização como uma possibilidade de construção e de avaliação.

Sistema de Referência e Contra-referência

Uma das principais formas de garantir o funcionamento dos serviços em rede e os vínculos na circulação dos usuários dá-se através dos mecanismos de referência e contra-referência. Desempenham o papel de “estafetas” de comunicação na rede e sinalizam todo o percurso do paciente nos diferentes pontos de atenção.

Mas redes não são simplesmente referência e contra-referência. A idéia de que soprando por um tubo se envia algo que outro recebe e devolve, seria empobrecer as potencialidades do conceito de redes, em que o processo de referência e contra-referência serve de elo de ligação entre os pontos de atenção e entre os usuários da rede e os profissionais de saúde. A partir do momento que se entra em rede, entra-se em vínculos solidários. O que será avaliado para se saber se os serviços são na realidade uma rede, é a existência do comportamento solidário dentro dela. Fazendo uma analogia com a física, se diz que existe comportamento solidário quando nada que ocorre num corpo, pode ser ignorado por outro corpo solidário com o primeiro. Quando se está em rede, nada que ocorra num lugar, é exclusivo de outro lugar. Assim, se aparece um caso de cólera num centro de saúde, a rede se põe em alerta e ninguém pode ignorar em nenhum ponto da rede a existência de um caso de cólera (ROVERE, 1993).

A referência e a contra-referência representam uma ferramenta importante de gestão nos sistemas de serviços de saúde de um lado e por outro criam possibilidades de coesão entre as estruturas da rede e entre os profissionais de saúde. É um instrumento que testemunha o grau de confiança, transparência, qualidade e ainda apóia a criação de vínculos e o sentimento de pertencimento entre os atores nos distintos pontos em que é oferecida a assistência ao paciente. Permite a troca de conhecimento entre os profissionais de saúde. Para o paciente a referência e contra-referência representam segurança, continuidade do cuidado, o acolhimento diferenciado e estimula a criação de vínculo com as estruturas de saúde que representam a porta de entrada no sistema mais próximo do paciente e com as quais tem mais contacto.

Este instrumento apóia na melhoria da gestão da informação sanitária dentro da rede dos serviços de saúde.

Participação Popular na Gestão

A regionalização como um processo de descentralização organizacional favorece a participação da população adstrita na identificação de problemas, formulação de estratégias e a participação na gestão dos recursos destinados aos serviços de saúde. Essa participação pode se dar de diferentes formas.

Mendes e Pestana (2004) consideram que a regionalização favorece um modelo democrático de participação popular a que eles denominam de – regulação social. Apontam de que a participação social será garantida através do controle da cidadania organizada sobre a região sanitária, nas suas diversas instâncias territoriais: os Conselhos Local-Municipais de saúde, os Conselhos Regionais de Saúde e as respectivas conferências para a definição dos representantes.

Carvalho (1995) discute as relações entre as instituições do Estado e a sociedade a partir de diversos ângulos tendo como pano de fundo a noção de participação popular quanto de controle social no campo da saúde. Para o autor nem sempre esse controle social provém da sociedade, incapaz sequer de compreender o alcance técnico das medidas. O Estado enquanto “cuidador” dos interesses dos indivíduos e de grupos sociais é o portador exclusivo da verdade técnica e do poder decisório e executivo. Mas nem por isso os grupos sociais deixam de exercer a sua participação, não simplesmente sobre como são utilizados os bens públicos, ou participar da formulação de políticas numa área que diz respeito ao que de mais valor o homem tem – a sua saúde. A inclusão da sociedade civil organizada neste processo é uma reivindicação democrática oferecida pela descentralização dos serviços de saúde através da regionalização. Ela busca a transparência de gestão e promove a cultura de responsabilidade social, de petição e prestação de contas.

A participação da sociedade civil organizada se dá de distintas formas. Segundo Carvalho (1995) são possíveis três formas de participação: a) participação comunitária, em que a sociedade completa as ações do Estado; b) a participação popular, que se dá não mais como uma mera participação em ações simplificadas, e se manifesta no “combate” ao Estado, através da conquista do direito à participação no conjunto da dinâmica social. A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento

da participação nas ações; c) a participação popular com um forte sentido fiscalizatório e de controle sobre o Estado. A participação como demagogia dá lugar à participação como cidadania. O Estado deve aceitar como legítimas as demandas dos diversos grupos sociais, assim como demonstrar capacidade de flexibilizar suas políticas em função delas.

A participação social pode manifestar-se através da organização dos cidadãos em instituições de controle público participando das decisões políticas de saúde e de sua implementação e avaliação, mas como entes externos ao aparelho de Estado. Neste modelo de participação numa organização de serviços descentralizados como é o caso da regionalização, a proximidade com a população favorece o controle social.

A participação popular é vista mais como uma questão política e de inclusão com vistas à democratização, do que de fato uma participação mais efetiva na decisão técnica e na gestão.

REGIONALIZAÇÃO COMO MODELO DE GESTÃO

Regionalização ou Racionalização

O conceito de regionalização remete para o conceito de racionalização (ANN CASEBEER, 2004) de recursos em busca de eficiência e de práticas de como melhorar e obter resultados numa base de contínua melhoria a partir de recursos disponibilizados. Não se trata de um puro ato de cortes e restrições financeiras, mesmo que estes aspectos sejam relevantes para evitar desperdícios de recursos por ineficiências ou mesmo de inexistência de sistemas de gestão modernos e pró-ativos. Do ponto de vista da gestão, os sistemas de saúde são perpassados por um conjunto de leis e práticas que se fazem necessários conhecer pelos gestores das organizações de saúde e pelos profissionais de saúde que operam o sistema.

A gestão dos meios – pessoal, tecnologia, finanças – constitui um dos campos relevantes na gestão moderna dos serviços de saúde.

Não seria possível conseguir a integração sistêmica sem uma adequada gestão dos recursos disponíveis - independentemente de serem suficientes ou não – que constituem o substrato básico para a materialização dessa nova abordagem e governança do sistema.

Os sistemas de serviços de saúde são polifinalísticos, por apresentarem múltiplos objetivos que devem ser alcançados em várias etapas do processo de atendimento dos usuários do sistema. Na prática esses objetivos nem sempre apresentam complementaridades, não sendo comum poder realizar todos, otimamente, ao mesmo tempo. Ao contrário, os diferentes objetivos dos sistemas de serviços de saúde tendem a manifestar, entre si, “*trade-off*”, isto é, a idéia de que é necessário sacrificar parte do consumo de um bem, se se pretende aumentar o consumo de outro (MENDES, 2002).

Wildavsky citado por Mendes (2002) *postula que*, “*os gastos dos sistemas de serviços de saúde vão aumentar até atingir o nível dos recursos disponíveis*”, de modo que esse nível deve ser limitado para manter os custos controlados. Esse postulado admite assim o fato de que, os serviços de saúde não dispõem de mecanismos internos próprios de equilíbrio e tendem a crescer, sem limites, se não forem sujeitas a restrições. As medidas de equilíbrio e de contenção calcadas na corrente neoliberal hegemônica envolveriam aspectos de constrangimentos tanto do lado da oferta por parte dos serviços de saúde (lista de espera) como do lado da demanda (barreiras financeiras). Os serviços de saúde também são responsáveis pela indução da demanda que provocam nos usuários. São os profissionais de saúde (os médicos) que prescrevem os medicamentos para os pacientes, pedem os exames de diagnóstico, decidem sobre os internamentos dos pacientes, decidem quantas consultas de controle o paciente deve realizar, portanto são responsáveis por uma parte significativa dos gastos na saúde. Deste modo o constrangimento do lado da oferta implica medidas diversas para a contenção de gastos, tais como: a) a adoção de estratégias voltadas para a Atenção Primária à Saúde, que é menos custosa do que a atenção oferecida nos hospitais; b) a racionalização das práticas médicas, através da revisão pelos pares e de supervisão que impacta sobre a qualidade da atenção prestada; c) o uso de protocolos clínicos que visam para além da padronização da assistência, a limitação a um determinado número de procedimentos. Por parte da demanda os constrangimentos também são variados, desde a) a introdução da figura do médico generalista com a tarefa de “*gatekeeper*”¹⁹; b) até políticas para a

¹⁹ No Reino Unido nos anos 90, as reformas se apoiaram no incremento dos GP’s, médicos generalistas como “*gatekeepers*”, que na verdade faziam parte de uma equipe que incluía enfermeiras comunitárias, enfermeiras práticas. Prestam serviços com 24h de acesso e inclui ações de preventivas, de diagnóstico e curativas. Mais de 99% da população está registrada nos GP’s (menos de 1% são os sem abrigo, pessoas com instalação temporária). E 90% dos contactos com o NHS faz-se através dos GP’s. Os pacientes não tem acesso direto aos especialistas, salvo em casos de emergência ou de acidentes. As referencias para especialistas no hospital é feita pelos GP’s. Os pacientes podem escolher os GP’s, mas dentro da sua área geográfica. Light, D.W. **Managed Care in a new key: Britain’s strategies for the 1990s** (1998).

diminuição da utilização de serviços de saúde pelos beneficiários, através da adoção de taxas moderadoras, o co-pagamento, o reembolso após utilização dos serviços, a comparticipação nos custos, etc. Este pacote de constrangimentos permite certo controle sobre as despesas, mas produz efeitos perversos sobre o acesso da população aos cuidados, ao criar barreiras de acesso principalmente para os grupos mais pobres que, entretanto necessitam de mais cuidados assistenciais.

A *lei de Roemer* segundo Mendes (2002) explica a indução da demanda pela oferta através do seguinte postulado, “*se há leitos hospitalares disponíveis, eles tendem a ser usados, independentemente das necessidades da população*”. Isto significa que a capacidade instalada determina o uso. O pagamento dos serviços de saúde por capitação que inclua internamentos é uma forma de anular o efeito da Lei de Roemer. Muitas reformas hospitalares na década de 80 e 90 tiveram como alvo principal a diminuição do número de leitos hospitalares²⁰ e o fechamento de alguns hospitais (MENDES, 2002).

A expansão do número de médicos aumenta o uso de serviços médicos, pela facilidade de acesso que isso pode proporcionar. Da mesma forma a extensão em quantidade das estruturas de saúde como pontos de atenção.

As organizações sanitárias por serem organizações profissionais baseadas no conhecimento (MINTZBERG, 2003), manifestam uma particularidade de ter na sua ponta a concentração do poder decisório através dos médicos. São os médicos que ordenam as despesas do sistema de serviços de saúde. Essa tendência universal de que a maior parte dos gastos dos sistemas de serviços de saúde é realizada pelos médicos é conhecida pela denominação de *Lei da Caneta do Médico* (MENDES, 2002). Para controlar essa situação devem ser introduzidos mecanismos de contenção tais como: os diferentes instrumentos de gestão da clínica e combater a “ética individual hipocrática” que conflita com a “ética social”, ou seja, a alta concentração de gastos em procedimentos muito intensivos, nega aos usuários potenciais o acesso ao sistema para os serviços que os poderiam beneficiar.

“Uma pequena minoria da população é responsável por uma grande maioria dos gastos de atenção à saúde. Este padrão tem sido encontrado em todos os grupos de

²⁰ A reforma do NHS teve como um dos seus pilares a política de redução de leitos e o fechamento de hospitais. Procedeu-se a uma redução de cerca de 10.000 camas por ano no início dos anos 90. em 1960 haviam 3.000 unidades hospitalares e passaram para 2.000 unidades em 1993. De 1990 a 1994 245 hospitais foram fechados. As principais razões para essa política a alta produtividade por cama, a redução do tempo de internação (novas tecnologias), utilização de novos medicamentos e novas tecnologias (home care), a prática do day-surgery, o fechamento de hospitais psiquiátricos de longa permanência. Light, D.W. **Managed Care in a new key: Britain's strategies for the 1990s** (1998).

idade e se mostrado consistente ao longo do tempo”, Mendes (2002:134), sobre a *Lei da Concentração dos Gastos com serviços de saúde*. Os determinantes de saúde variam diferentemente, segundo variáveis consideradas predisponentes como, a idade (destacando-se a vulnerabilidade dos menores de cinco anos e dos idosos), o sexo (as mulheres consomem mais recursos de saúde), a situação social (pobreza, escolaridade, habitação, nutrição) e o meio ambiente (saneamento). Conhecendo estas particularidades os serviços de saúde melhor se organizam para enfrentar esses desafios (em conjunto com os parceiros numa perspectiva intersetorial) e exercer uma política de redistribuição de recursos (humanos, tecnológicos) alocados, visando a equidade na oferta dos serviços buscando uma maior igualdade. Além disso, esses são também os grupos prioritários das políticas públicas de saúde, devendo ainda incorporar os homens que muitas das vezes não se encontram contemplados neste processo.

Nesta linha de discussão Gêrvas aborda questões ligadas à ética sobre o exercício médico nos limites da ciência e filosofia e da tensão existente entre a medicina clínica e a responsabilidade social no exercício da medicina geral, que exige a tomada de decisão entre a “irracionalidade romântica” (tudo para o paciente) e a “irracionalidade técnica” (tudo para a sociedade). Para ele, o médico generalista (e outros profissionais de saúde) faz a microgestão dos recursos, por vezes sem se dar conta disso. Entretanto de suas decisões racionais, técnicas e humanas depende o aproveitamento ou desperdício de recursos de saúde (GÉRVAS, 2004).

Num sistema de serviços de saúde ideal e justo, deve haver um esforço redistributivo por parte dos mais saudáveis (os que menos gastam) para os menos saudáveis (os que mais gastam). Essa solidariedade pode ser conseguida através de um sistema baseado em impostos gerais, uma prática comum em países que adotam modelos do tipo Sistema Nacional de Saúde, ou mesmo em modelos do tipo Seguro Social quando apresentam características de sistemas universalistas.

Gestão da Clínica

A gestão da clínica é necessária para apoiar a microgestão presente em cada ato médico. Oferece os instrumentos que buscam a eficiência no uso de recursos, permite melhorar a qualidade da atenção prestada ao paciente, gera um processo de aprendizagem continuado dos profissionais de saúde e apóia o processo de integração sistêmica.

A gestão da clínica é a aplicação de tecnologias de microgestão dos serviços de saúde com a finalidade de assegurar padrões clínicos ótimos, de aumentar a eficiência, de diminuir os riscos para os usuários e para os profissionais, de prestar serviços efetivos e de melhorar a qualidade de atenção à saúde.

A gestão da utilização dos serviços de saúde é parte de um conjunto de procedimentos que, no seu conjunto, conformam o que se denomina de gestão da clínica ou de governança clínica (MENDES, 2002).

A *gestão da clínica* é um sistema destinado a assegurar que padrões clínicos ótimos sejam alcançados e que sejam constantemente aperfeiçoados para melhorar a qualidade das práticas clínicas.

Mendes (2002) propõe os seguintes instrumentos de gestão da clínica: 1) a revisão do uso dos procedimentos clínicos; 2) a perfilização clínica; 3) a gestão da patologia; 4) os protocolos clínicos e 5) a lista de espera.

A *revisão do uso de procedimentos clínicos* pode fazer-se de várias maneiras: a) a revisão prospectiva; b) a revisão concomitante ou revisão retrospectiva; c) a segunda opinião e d) a revisão por pares.

A *revisão prospectiva* é uma revisão pré-fato, ou seja, requer uma autorização para a realização do procedimento. A *revisão retrospectiva* é uma revisão pós-fato que envolve a revisão dos prontuários clínicos para verificar se os procedimentos correspondem aos padrões prefixados.

A *segunda opinião obrigatória* é usada para confirmar se certos procedimentos indicados, especialmente cirúrgicos estão corretos.

A *revisão por pares* é realizada por um painel de médicos como forma de evitar conflitos entre médicos e gerentes e remeter as decisões clínicas aos pares, onde são melhores aceitas (MENDES, 2002:126).

A *perfilização* opera com informações agregadas e não com casos individuais. É a análise estatística e o monitoramento de dados para a obtenção de informações que permitem avaliar a propriedade da atenção.

Ela permite identificar os profissionais desviantes (discrepantes estatisticamente) e incentivá-los positivamente, a mudar seus procedimentos para aproximar-se dos padrões normativos.

A *gestão de patologia* é uma técnica especialmente indicada para patologias crônicas que necessitam de cuidados por longo tempo e em diferentes pontos de atenção à saúde. Ela baseia-se num enfoque global e integrado, baseado na história natural de uma

doença ainda com ênfase na focalização sobre os procedimentos preventivos, na educação para a saúde. Esta técnica também é focalizada em doentes mais complexos e mais custosos e na prestação de cuidados integrados na rede de pontos de atenção à saúde.

A *gestão de caso* é definida como um processo cooperativo que diagnostica, planeja, implementa, coordena, monitora e avalia opções e serviços de acordo com as necessidades de saúde de uma pessoa por meio de recursos disponíveis e de comunicação para promover resultados custo/efetivos e de qualidade.

Os *protocolos* são entendidos como recomendações preparadas de forma sistemática com o propósito de influenciar decisões a respeito de intervenções de saúde, ligando avaliação tecnológica e garantia de qualidade. Eles devem ser preparados por equipes multidisciplinares, com base numa revisão sistemática da evidência encontrada na literatura, pela opinião dos especialistas e com a participação dos prestadores.

A *medicina baseada em evidência* busca sumarizar os resultados de pesquisas por meio de dois processos: a revisão sistemática e a meta-análise. A meta-análise é um processo que usa o método estatístico para combinar os resultados de diferentes estudos. A medicina baseada em evidência justifica-se pelas seguintes razões: as evidências estão sendo constantemente geradas e devem ser incorporadas à prática clínica; o conhecimento médico evolui muito rapidamente e a performance clínica deteriora-se com o tempo; permite aos clínicos manterem-se atualizados.

A Contratualização por metas e a Gestão por resultados

Novas formas de gestão são necessárias para enfrentar os desafios contemporâneos colocados pela descentralização dos serviços de saúde. A autonomia (política e administrativa) que se confere aos serviços regionalizados deve ter “contrapartidas” em termos de impactos que sua implementação desencadeia no sistema de saúde como um todo. O fenômeno de descentralização aqui dada através da regionalização, guarda elementos de centralização embora de menor peso relativo. Isso confere ao nível central a capacidade de negociar com os serviços regionalizados através de mecanismos de contratualização um pacote de metas que mantenham o desempenho local desses serviços estrategicamente alinhados com a Política Nacional de Saúde.

A gestão por resultados é o gerenciamento por parte dos resultados a serem alcançados a partir dos objetivos predefinidos. Ela decorre de iniciativas mais indutíveis do que dedutíveis.

A contratualização é um termo que procede do contrato de gestão.

O contrato de gestão é um instrumento gerencial originado da administração por objetivos, também denominada administração por resultados ou administração sistêmica por objetivos e resultados (LIMA, 1996). É um instrumento para a criação de pactos internos e externos visando ao cumprimento dos objetivos da organização e não como um sistema puramente de controle. Ele não implica rigorosamente a reprodução de um contrato jurídico entre as partes, mas se propõe a ser um método gerencial que busca equilibrar elementos como os objetivos, negociação, participação, descentralização, autocontrole e auto-avaliação. O contrato de gestão consiste no estabelecimento periódico e sistemático de compromissos negociados e acordados entre o nível local e o central, acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, com o intuito de induzir a uma maior participação e co-responsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas em cada período. É um processo feito em dupla mão, compromete tanto o nível central como o nível regional/local. Opera-se uma descentralização dos recursos com autonomia no como fazer, com negociação sobre o que fazer, e com uma centralização da prestação de contas sobre o que foi feito, sem descuidar a importância da prestação de contas no interior da organização, como um fator de transparência e de coesão entre os atores. De um lado representa as “intenções” dos atores e de outro a materialização em “ações e atividades”.

Trosa (2001) no seu trabalho intitulado, *Gestão Pública por Resultados*, traz à discussão os conceitos de serviços prestados e o impacto. Segundo ela, é preciso adotar uma noção genérica de “resultados”, alguns deles são imediatos (serviços prestados), outros, intermediários, indicando se os objetivos iniciais estão em via de serem alcançados (impactos intermediários), outros sendo os impactos finais sobre os usuários, “high level impacts” que com frequência requerem estudos avaliativos. Os serviços prestados (output) são tangíveis e mensuráveis. Os impactos (outcome) suscitam a cultura de responsabilidade. Em alguns casos, o “gap” entre os serviços prestados e impactos é grande e quando se trata de escolher entre serviços prestados e impactos na saúde é indispensável controlar continuamente os dois aspectos. A autora exemplifica no caso da saúde, como essa contradição pode ser cotidiana, *“as vezes é impossível reduzir as filas de espera e dispensar mais tempo aos doentes: o que fazer? O que escolher? Em*

quais casos a eficiência e a qualidade são incompatíveis e em quais casos são compatíveis? Em que casos os serviços prestados e os impactos poderiam ser contraditórios”?

O caso das filas de espera é de fato probatório e demonstrativo de problemas e argumentos contraditórios: pode ser bom dar mais tempo aos pacientes, sejam quais forem eles, pois o tempo é uma garantia de melhor tratamento (argumento 1), mas o preço é de fazer esperar indevidamente os que poderiam precisar de cuidados imediatos. E pode acontecer o inverso, de ser bom reduzir o tempo de espera, sendo rígido quanto ao tempo dispensado ao paciente (argumento 2), pois a qualidade dos tratamentos não é necessariamente ligada ao tempo que o paciente passa com o médico. O argumento 1 pende para os impactos, mas em detrimento dos serviços prestados. E no caso da equidade entre os usuários, o argumento 2 se situa do lado dos serviços prestados, mas pode ter efeitos perversos em termos de impactos em longo prazo.

O impacto pode ser um instrumento decisivo de gerenciamento quando não se tratar de uma meta última e inatingível e é um indicador que permite saber se a ação está no bom caminho e se ele é um prelúdio à avaliação (TROSÁ, 2001).

Os impactos podem ser absolutos, tais como a taxa da mortalidade infantil, mas eles podem também ser indicadores quantitativos de progresso, tais como a evolução da mortalidade infantil. Os impactos não deveriam ser compreendidos como indicadores quantitativos de impacto, mas como indicadores qualitativos de direção, para ajudar a redefinir as políticas.

O Estado em todos os países é pressionado pela opinião pública a prestar contas. Não as contas tradicionais, os longos relatórios autojustificativos, mas sim prestar contas dos serviços prestados aos cidadãos, com quais custos e com que eficácia (TROSÁ, 2001).

Para a autora, a pressão tem as seguintes procedências:

- Ela pode vir do poder político. Há uma preocupação dos governos em ver seus objetivos efetivamente realizados. O corolário é a obrigação organizada de prestar contas;

- Ela pode vir dos próprios funcionários. A crise de legitimidade do Estado favorece a transparência: as administrações preferem prestar contas a se verem constantemente atacadas;

- Ela pode vir do orçamento. Os mecanismos orçamentais recaem, cada vez amiúde, sobre as comparações de desempenho e de resultado;

É cada vez mais evidente que dada a complexidade da gestão dos sistemas de saúde é necessário o alargamento da noção de gestão dos meios para o campo da gestão dos resultados. É importante saber quantas consultas médicas foram realizadas ou quantas internações foram feitas, mas mais que isso, é importante saber o quanto isso impactou na saúde do indivíduo e da população em geral.

Na organização profissional (como na saúde) os outputs são difíceis de mensurar, suas metas não podem ser facilmente concordadas (MINTZBERG, 2003:224). Entretanto elas devem ser negociadas ou contratualizadas para poderem ser aferidas.

Avaliação continuada e Sistema de Monitoramento

A regionalização deve favorecer a avaliação e o monitoramento do desempenho dos serviços de saúde descentralizados. Esta suposição baseia-se no fato de que para identificar os pontos de estrangulamento e desenhar estratégias de uma política de melhoria contínua é necessário ter as ferramentas de avaliação e de monitoramento funcionando. Eles fornecem os inputs necessários para os ajustes estratégicos das grandes linhas de intervenção constantes no Plano Diretor da Regionalização.

A implementação de um sistema de avaliação e de monitoramento quebra a cultura da realização de intervenções sucessivas sem um questionamento da efetividade das mesmas, através de ferramentas de avaliação.

Matus (1996) define a responsabilidade dentro da organização como um pressuposto que procura permanentemente avaliar os resultados produzidos e conseqüentemente ajustá-los aos objetivos da organização e imprimindo-lhes direcionalidade. Um dos três elementos do “triângulo de ferro”²¹ do jogo organizacional proposto por este autor é o subsistema de “petição e prestação de contas” que expressa o grau de compromisso da organização com o alcance de resultados predefinidos e decorrentes de sua missão. Ela expressa as regras de responsabilidade que estabelecem a exigibilidade dos compromissos e manifestam-se mediante as características do sistema de cobrança e prestação de contas por desempenho, que vigora na avaliação do cumprimento das missões e funções assumidas. Para Matus, uma organização realiza-se em suas práticas

²¹ O triângulo de ferro é formado pelo: a) sistema de configuração da Agenda do dirigente. Neste sistema cria-se o foco de atenção sobre os temas importantes, com apoio do plano, sem isso, os temas importantes acabarão por ser dominados pelos casos de urgência; b) sistema de gerência por operações. Aqui é decidida a batalha pela eficiência e pela eficácia, ou entre gerência rotineira e gerência criativa; c) sistema de cobrança e prestação de contas (apresentado no corpo do texto); Matus, C. **Adeus, Senhor Presidente: Governantes governados** (1996).

de trabalho e justifica-se pelos resultados das mesmas. A dinâmica destas características permite distinguir dois tipos de sistemas organizacionais: de alta e de baixa responsabilidade.

**QUADRO 2. REGRAS DE RESPONSABILIDADE ORGANIZACIONAL
(MATUS, 1996)**

Sistemas do triângulo	Baixa responsabilidade	Alta responsabilidade
Agenda do dirigente	Predomínio de casos urgentes e da improvisação	Predomínio dos temas importantes e do planejamento
Cobrança e prestação de contas	Não há cobrança nem prestação de contas por desempenho	Cobrança e prestação sistêmica de contas por desempenho
Gerencia operacional	Predomínio da rotina	Predomínio da criatividade

Fonte: Adeus, Senhor Presidente: Governantes governados, Matus (1996)

Matus postula que,

“ as regras de responsabilidade dominam o jogo e determinam as características do triângulo de ferro de uma organização. Nas circunstâncias de baixa responsabilidade, o planejamento é supérfluo, o governante é governado pelas circunstâncias e a qualidade da gestão pública é necessariamente medíocre. Não importa a inteligência e a vontade do governante. Em circunstâncias de alta responsabilidade, ninguém está isento da prestação de contas, nem de ter de cobrá-las de outrem, sistematicamente, pelo desempenho real em relação aos compromissos assumidos. A responsabilidade obriga à criatividade, e a criatividade obriga à descentralização”, Matus (1996:354-355).

Para que o princípio da responsabilidade seja exercido na sua plenitude é necessário definir à priori os indicadores de avaliação dos diferentes processos e produtos/resultados pactuados no contrato de gestão ou negociados em outros moldes com os atores chaves da organização. Para esse monitoramento faz-se necessário definir ainda que tipos de indicadores para medir as relações de interdependência entre os atores, os processos e as estruturas que fazem parte da rede da região sanitária como um todo. A dificuldade em definir os produtos do setor saúde, dada as suas complexidades, torna o processo de avaliação e monitoramento um desafio à criatividade, para não cair comumente no controle sobre indicadores tradicionais referentes aos produtos intermediários (número de consultas, de internações, de exames, etc.). Os indicadores do tipo “custos por unidade de procedimento”, “tempos médios de permanência”, a “gestão da lista de espera”, as “taxas de infecção hospitalar”, a “referência correta dos

pacientes dentro da rede” e outros, são negligenciados pela gerência interna e externa da organização.

Para a avaliação e monitoramento de desempenho das organizações de saúde, dois tipos de metas devem ser definidos e avaliados – as intermediárias (eficiência) e as de resultados (eficácia e efetividade).

A avaliação econômica dos serviços de saúde é crescente e decorre da crise financeira dos sistemas de serviços de saúde, da natureza econômica singular dos bens e serviços de saúde, do fato de que a demanda por serviços de saúde é infinita, da crescente consciência sobre a escassez de recursos e da necessidade de buscar formas mais eficientes de oferta e utilização de recursos de saúde.

O objetivo é buscar evidências de como são alocados e gastos os recursos, de modo que se maximize a “quantidade de saúde” produzida em função dos recursos escassos disponíveis e dos ganhos para o sistema de serviços de saúde.

Na análise econômica para a avaliação das intervenções em saúde são aplicados vários tipos de análise, sendo entre os principais, a Análise de Minimização de Custos (CMA), a Análise de Custo-Consequência (CCA), a Análise de Custo-Efetividade (CEA), a Análise de Custo-Benefício (CBA) e a Análise de Custo-Utilidade, Drummond²² (1987).

A avaliação dos resultados será feita sobre os indicadores de processos e de resultados previamente identificados para esses fins. As avaliações, contudo não se devem restringir unicamente a análise econômica. Elas devem incluir avaliações de qualidade da assistência oferecida e conseqüentemente a percepção dela pelos usuários, o grau de satisfação e os valores que agregam à sociedade.

A maioria dos impactos (outcome), mesmo os intermediários, é o resultado de várias causas. Um médico só cura com a ajuda de seus pacientes. O impacto se situa na filosofia da co-produção da saúde. Os resultados do serviço público não podem ser atingidos senão como co-produtos junto aos usuários a que eles se destinam (TROSA, 2001). Para a autora, todo indicador quantitativo tem efeitos perversos e é importante antecipá-los e gerenciá-los. Na saúde o resultado de produção de alguns serviços entram como insumos para a produção de outros serviços mais finalísticos. Esta relação é dada, por exemplo, entre os serviços de diagnóstico e as consultas ambulatoriais. O resultado

²² Para maior detalhes ver Drummond (1987): *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*; Oxford University Press.

final do processo (a consulta) depende parcialmente dos resultados intermediários (exames feitos no laboratório).

Outras ferramentas de gestão (colegiada) das unidades de produção de cuidados são as diferentes comissões que são formadas no interior dos serviços, pelos pares que permitem a discussão sobre a qualidade dos procedimentos aplicados. São entre outros, as seguintes comissões:

- Comissão de verificação de óbitos,
- Comissão de Farmácia e Terapêutica,
- Comissão de revisão de prontuário;
- Comissão de ética.

Essas comissões funcionam como aferidoras dos mecanismos de padronização, avaliação de desempenho profissional e de supervisão, buscando os melhores procedimentos possíveis para os usuários.

REGIONALIZAÇÃO COMO MODELO DE INTEGRAÇÃO

Integração Sistêmica dos Serviços e Redes em Saúde

O conceito de integração sistêmica remete para a integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

É dado a entender nesta compreensão conceitual, um maior enfoque na integração de serviços e redes com destaque para o necessário diálogo e cooperação entre os diferentes atores “motivados” pela finitude dos recursos e a infinitude das demandas numa determinada população, seja ela atual ou futura. Estes autores propõem duas subdimensões para a integração sistêmica: a integração normativa e a integração sistêmica.

A *integração normativa* visa garantir a coerência entre o sistema de representações e valores dos atores em simultaneidade com as interfaces da integração clínica e funcional.

A *integração sistêmica* interessa-se pela coerência das diferentes modalidades integracionais em todos os níveis de atuação (organização, território, região, estado...), compreendendo que um projeto de intervenção sanitária que responda à complexidade e à incerteza dos problemas de saúde, não pode resultar apenas das relações entre organizações e profissionais, as relações locais repercutindo nos demais níveis e instâncias políticas decisórias (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Estes dois autores definem os sistemas integrados de saúde como um processo que consiste em criar e manter uma governança comum de atores e organizações autônomas, com o propósito de coordenar sua interdependência, permitindo-lhes cooperar para a realização de um projeto de intervenção clínico ou coletivo. Eles apontam que essa perspectiva tem como representação nuclear, uma rede de cuidados com múltiplas dimensões de integração entre os diferentes subsistemas relacionando a clínica e a governança às representações e valores coletivos.

Na mesma linha de pensamento Mendes (2002), chama atenção para o fato de que, os sistemas de serviços de saúde constituírem um sistema complexo, composto por diferentes atores sociais em situação e portadores de diferentes objetivos, interesses e representações. A cooperação entre esses atores não é automática, eles devem negociar entre si e estabelecer acordos que permitam obter vantagens que não seriam alcançadas na ausência de uma cooperação formalizada. Ou seja, deve-se procurar soluções que produzam um excedente cooperativo (MENDES, 2002).

Hartz e Contandriopoulos (2004) referem-se a integração sistêmica como um “sistema sem muros” eliminando as barreiras de acesso entre os diferentes níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado -, ligados por corredores virtuais que ultrapassam de fato as fronteiras municipais para se constituírem em uma rede regionalizada com vista à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados. Esta perspectiva embora consensual em seus princípios, tem-se mostrado de difícil realização devido a conflitos de interesses pela disputa dos recursos dentro de um mesmo território regionalizado, demandando estudos de avaliação que contribuam para a sua efetiva implementação.

Com o mesmo enfoque, é interessante constatar o paralelismo existente com as propostas emanadas do conceito de *interdisciplinaridade*, que segundo Nunes(2002),

“jamais será a destruição do limite, desde que o limite não se reduza à uma fronteira fechada, hostil às relações de vizinhança e de cooperação. Ela deve ser a valorização da linha divisória enquanto enlace, terra de parceria e de cumplicidade produtivas. O que acontecerá sempre que a interdisciplinaridade souber se deslocar do território da concorrência para a terra da complementaridade. Por isso, o projeto da interdisciplinaridade inclui todo um esforço de desterritorialização” (NUNES, 2002).

Segundo Rovere (1993), a noção da rede corresponde a *uma linguagem dos vínculos*. Por isso, ele chama a atenção para não se transformar a idéia de redes dos serviços de saúde num novo fetiche, mas transformá-lo num artefato em si. Isto quer dizer não trabalhar o conceito de “*redes em si*, mas *redes para*, redes como meio, redes como forma de dar melhores respostas aos problemas das pessoas” (ROVERE, 1993). As redes dos serviços de saúde não são concêntricas, são formas de articulação multicêntricas. Por isso, as redes de saúde se opõem à lógica das pirâmides ou formas hierárquicas de organização. Ao contrário dos sistemas, as redes dos serviços de saúde não homogeneízam, elas assumem a heterogeneidade e permitem imaginar heterogeneidades organizadas. Para o autor, *as redes dos serviços de saúde são a terceira via* entre o dilema da homogeneização hierárquica – a pirâmide – e por outro a dispersão fragmentada dos serviços de saúde. A lógica das redes de saúde é de uma organização com muitas conexões. Assim a heterogeneidade organizada através de redes de saúde reduz a demanda de organização piramidal.

As redes dos serviços de saúde podem ter múltiplos “nós”, e em vários lugares de articulação têm nós (conexões) de diferentes densidade.

A idéia de rede pressupõe arranjos diferenciados.

Por analogia, segundo Rovere,

“as redes de saúde são como os trânsitos, têm ruas principais, têm zonas congestionadas, têm zonas periféricas com menos densidade de tráfico. Não são, nem círculos nem triângulos. As redes de saúde terão que ser tão heterogêneas como as cidades, heterogênea geográfica e culturalmente, heterogênea em capacidade de resposta às necessidades diversas” (ROVERE, 1993).

Diferentemente dos sistemas fragmentados, os sistemas integrados de serviços de saúde são aqueles “*organizados através de uma rede contínua de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua a uma população definida – no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com custo certo – e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a esta população*” (MENDES, 2002).

Na concepção integrada dos serviços, a concepção de sistema piramidal hierarquizado é substituída por uma outra, de uma rede horizontal integrada. Aqui não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, mas a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas, sem hierarquia entre eles.

Para autores como Mendes (2002) numa rede de serviços de saúde, o espaço de fluxos está constituído por alguns lugares intercambiadores que desempenham o papel coordenador para a perfeita interação de todos os elementos integrados na rede e que são os centros de comunicação e por outros lugares onde se localizam funções estrategicamente importantes que constroem uma série de atividades em torno da função-chave da rede e que são os *nós da rede*, cujos centros de comunicação estão localizados na atenção primária à saúde.

Para desempenhar o papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema integrado de serviços de saúde, a atenção primária à saúde (APS) deve organizar-se de acordo com os princípios do primeiro contacto, da longitudinalidade, da integralidade, da coordenação da atenção, da focalização na família e da orientação comunitária. Ainda terão entre outros papéis os seguintes; o papel resolutivo para a grande maioria dos problemas de saúde da população, o papel de organizador dos fluxos e contrafluxo dos cidadãos pelos diversos pontos de atenção à saúde e o papel de co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam dentro da rede (MENDES, 2002).

O papel dos profissionais de saúde no nível da atenção primária de saúde é definido com a mesma similaridade como sendo um filtro (gatekeeper) cuja razão principal tarefa deveria ser a “*prevenção quarteária*” para a atenção especializada, nos países com sistemas nacionais de saúde. Nos países com sistemas de Seguro Social, os pacientes têm acesso direto aos especialistas ambulatoriais. Segundo Gérvas (2004), o médico generalista-filtro defende seus pacientes de “abusos e perigos” da atenção especializada. A prevenção quarteária minimiza, diminui ou evita a intervenção médica mórbida, exacerbada e inútil. Assim o autor lista uma série de tarefas que o médico generalista

filtro deveria cumprir no nível de atenção primária: 1) reverter a lei dos cuidados inversos; 2) proteger os pacientes através da prevenção quarteária; 3) limitar as possíveis cascatas diagnósticas e terapêuticas desnecessárias; 4) impedir ou atenuar a “dependência” que geram os especialistas sobre os pacientes; 5) assegurar a distribuição geográfica homogênea dos médicos generalistas. O autor relata resultados de estudos ecológicos que confirmam a associação entre melhor saúde das populações e uma APS forte, (GÉRVAS, 2004).

Nessa mesma linha de pensamento, Cecílio (1997), defende de que, a responsabilidade de garantir a integralidade do atendimento é do sistema como um todo e não uma batalha individual e solitária de cada paciente.

Como um enfoque estratégico, Rivera (2003) desdobra a noção da rede de saúde como uma possibilidade de cooperação entre as estruturas de saúde através do “estabelecimento de redes de cooperação interna e externa, e um tipo de estrutura organizacional coerente com essa perspectiva” (RIVERA, 2003). Para o estabelecimento dessa cooperação, o autor apóia-se em autores como Crémadez e Grateau (1992) que reconhecem a possibilidade de quatro tipos de cooperação eventual:

- *Parceria vertical*: corresponde a coordenar os papéis dos estabelecimentos de serviços de saúde no seio de um mesmo processo de prestação de cuidados. Exemplo, a implementação de um sistema de referência e contra-referência entre os diferentes níveis da pirâmide sanitária, como elemento de integração.

- *Integração Conjunta*: corresponde ao compartilhamento de uma tecnologia, especialmente de recursos raros.

- *Adicionamento ou Acréscimo*: articulam-se estabelecimentos ou unidades em torno de serviços completos. Há a constituição de um potencial comum. Neste caso, a concorrência virtual cede o lugar à competição interna.

- *Complementaridade*: consiste na valorização das contribuições complementares, na geração de uma prática diferenciada útil para todos os cooperantes.

A rede dos serviços de saúde, segundo Rivera (2003), deve ser vista como o resultado de uma imbricação das oportunidades de diferentes formas de cooperação, de que se oferecem aos atores que compõem um sistema. É um conceito que repousa sobre a capacidade de negociação e contratualização dos diferentes atores envolvidos.

Com um enfoque similar, Rovere (1993) considera que a “*unidade da rede, seria a unidade do vínculo*”. Na rede dos serviços de saúde se conectam pessoas. A unidade

básica do vínculo é a relação entre sujeitos. Nos serviços de saúde existem múltiplas redes formais e informais.

No processo de construção de redes de serviços de saúde, Rovere afirma existirem níveis, cujo conhecimento serve para monitorar o grau de profundidade de consolidação de uma rede. Esses níveis seriam: a) o reconhecimento da existência de outros serviços de saúde; b) o conhecimento sobre os outros serviços de saúde; c) a colaboração entre os serviços; d) a cooperação entre os serviços; e e) a associação entre os serviços. Cada um dos níveis serve de apoio para a progressão ao nível seguinte.

O *nível reconhecimento*, expressa a aceitação do outro, de que o outro tem direito a existir. Não há formas de criar redes com outros serviços de quais não reconhecemos o seu direito à existência. Na saúde esse reconhecimento pode ser expresso por meio de confiança de que as práticas médicas de uma estrutura de saúde em qualquer ponto da rede são reconhecidas pelos pares e geram confiança.

O *nível conhecimento*, surge logo que o outro é reconhecido como par, como interlocutor válido e começa-se a entender o mundo a partir do lugar do outro. No sistema de serviços de saúde este nível seria expresso pelo conhecimento das realidades, competências que cada estrutura de saúde possui, dentro dos limites impostos pelo pacote funcional da hierarquia de cuidados que pode e não pode oferecer. Este conhecimento deve gerar o sentimento de complementaridades sucessivas dentro da rede de saúde.

O *nível colaboração* (colaborar no sentido de trabalhar com), expressa uma ajuda sistemática. Não é uma ajuda organizada, mas espontânea que começa a estruturar uma série de vínculos de reciprocidade. Numa rede de serviços de saúde este nível significa a construção de sistemas de referência e de contra-referência, em que os pacientes de uma determinada estrutura de saúde seriam referidos para níveis de maior complexidade e nestes existiria certo grau de confiança em estabelecer a contra-referência com a garantia prévia de que seria mantida a continuidade do cuidado ao paciente.

O *nível cooperação* (co-operação no sentido de operação conjunta), expressa um processo mais complexo porque supõe que existe um problema comum, uma co-problematização para o qual existe um compartilhamento sistemático de atividades. Nos sistemas de saúde em que os recursos são escassos este nível de cooperação pode se dar na partilha de tecnologias comuns entre as estruturas de saúde (mamógrafo, especialidades raras) buscando gerar economias de escala. Neste nível de cooperação a regionalização dos serviços de saúde surge como uma das expressões mais factíveis.

O *nível associação*, expressa a profundidade das atividades conjuntas em forma de contrato ou acordo que significa compartilhar recursos. É um nível de maior complexidade que pode ser expressa com a criação de mesoregões sanitárias, através de associação de um conjunto de microregiões de saúde.

É de uma maior relevância para que os atores envolvidos na implementação de uma política de regionalização que tenham ciência de que ela implica necessariamente um ambiente de negociação para o ganho comum, de parceria, de cooperação, de reconhecimento mútuo dos problemas e de construção de habilidades para soluções criativas.

Quadro 3. Níveis de vínculos para construção da rede em saúde.

Nível	Ações	Valor
5. Associar	Compartilhar objetivos e projetos	Confiança
4. Cooperar	Compartilhar atividades	Solidariedade
3. Colaborar	Prestar ajuda esporádica	Reciprocidade
2. Conhecer	Conhecimento do que é o outro	Interesse
1. Reconhecer	Destinadas a reconhecer que o outro existe	Aceitação

Fonte: Rovere, M (1993);

Uma das bases da lógica de redes em saúde é a autonomia, em conseqüência está claro de que a sua construção é voluntária. Quando as instituições de saúde querem começar a gerar redes, em vez de reduzir a autonomia, deveriam aumentá-la, enfatiza Rovere. A autonomia gera responsabilidade e esta gera criatividade, reforça Matus. Maior ou menor autonomia para as estruturas de saúde gera paradigmas diferentes para a regionalização e descentralização dos serviços de saúde, postula Mendes.

Artmann e Rivera (2006) caracterizam o conceito de vínculo na sua dimensão coletiva, contendo o acolhimento como potencial, quando articulado à idéia de uma população adstrita ou vinculada a uma determinada equipe profissional, com um sentido de território. Ainda acrescentam que essa possibilidade de um território populacional estar ligado organicamente a uma equipe contribui para um sentido de permanência, de

constância, de regularidade e de confiança que fortalece a noção de vínculo intersubjetivo, que abrange a idéia de acolhimento.

Uma outra proposta de conformação do modelo tecno-assistencial é postulada por Cecílio (1997). O autor formula a idéia de uma rede organizada em forma de círculo, com possibilidades de “múltiplas portas de entrada” no sistema e que possa enquadrar as reais demandas da população. Nessa proposta, os hospitais desempenhariam o papel de centros de referência dos pacientes para as estruturas de menor complexidade técnica e não só limitar-se a fazer as contra-referências, ou seja, os centros de saúde e postos médicos passariam a ser o centro do sistema²³. Para o autor, o centro de saúde teria um papel importante de articular o acesso dos usuários aos outros pontos do sistema. Ao mesmo tempo em que, deveria se qualificar bem para ser *uma das portas* de entrada do sistema, não devendo mais ser pensado como a porta de entrada hegemônica.

A estrutura em rede interna, vista como alternativa à diferenciação desmedida, é definida como a organização das relações entre indivíduos multipertencentes, que assumem papéis flexíveis em processos de integração, suscetíveis de valorizar o potencial de riqueza e de inovação ligado a uma diferenciação incitada ou estimulada (RIVERA, 2003).

As principais características de uma organização em rede interna seriam segundo Crémadez e Grateau (1992) citados por Rivera (2003), as seguintes:

- A dinâmica organizacional supera as formas estruturais;
- Um profissional pode ser responsável por uma dimensão da organização e subordinado ao responsável de uma outra dimensão. Esta estrutura estimula a capacidade de liderança da organização.
- A missão da liderança formal seria mobilizar o potencial de iniciativa da organização a serviço de uma perspectiva estratégica.
- O dirigente deve se preocupar com a adesão dos atores aos eixos de colaboração. A deshierarquização da participação nas instâncias de integração é um imperativo.
- Em uma estrutura em rede, a estratégia e as opções em geral são elaboradas em conjunto, em uma perspectiva global.
- O poder se fundamenta na capacidade de fazer chegar a informação aos indivíduos que estão mais bem localizados para utilizá-la, sem retê-la.

²³ A idéia do “centro” do sistema de saúde não deveria estar acoplada ao grau de complexidade tecnológica das estruturas, mas sim à idéia de volume da demanda, que em situações desejáveis se daria nas unidades que prestam os cuidados de atenção primária à saúde.

- A solidariedade predomina, o desempenho é coletivo.
- Os processos são de auto-organização.
- Não se deve descurar do ambiente externo, que é um perigo implícito na excessiva preocupação com as relações internas das organizações.

Uma rede regionalizada estaria composta por pólos (nós de conexão da rede) que combinam as unidades de base em função de conexões que visam a obtenção da integração desejada. Ou seja, de superar a rígida atomização entre as unidades de base correspondentes às tradicionais especialidades médicas, procurando articulá-las a partir dos critérios supracitados, considerados em um sentido abrangente (RIVERA, 2003).

Utilizando-se da analogia da Internet e Intranet, como imaginários de redes, Rovere (1993) afirma que *“quando se escuta falar de redes ao princípio só se pensa na relação com o “exterior”, mas que também é necessário estabelecer novas formas vinculares no “interior” das estruturas de saúde, através de mecanismos de redes intra-institucionais”*. Pode-se organizar um hospital a partir da lógica de redes, que é uma estrutura diferente da lógica das pirâmides, com organogramas das estruturas de poder (quem controla quem, quem reporta a quem). Organizar os serviços de saúde em redes seria como um duplo jogo, a vinculação entre eles e dentro deles (ROVERE, 1993).

Para garantir a integração sistêmica, são necessários mecanismos de regulação, que possam assegurar o cumprimento da missão dos sistemas. Nessa ótica, Mendes (2002) cita Contandriopoulos (1994), que classifica quatro formas de regulação: a regulação estatal, a auto-regulação, a regulação social e a regulação mercadológica.

A regulação estatal é um modelo tecnocrático em que o estado está investido de mediador coletivo e exercita um conjunto de diferentes funções para direcionar os sistemas de serviços de saúde. Para serviços regionalizados este modelo de regulação se manifesta através de regulações normativas propostas pelo nível central e que devem ser de alguma forma as coordenadas estratégicas para os serviços descentralizados, obviamente guardada a autonomia implícita conferida pela descentralização.

A integração dos cuidados consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A política de integração sistêmica dos serviços de saúde fundamenta-se em três linguagens: a estrutural (modificação das fronteiras das organizações), a clínica

(modificações nas práticas profissionais), e a da cooperação (novos formatos de negociação e de acordos entre atores e organizações). Em qualquer dessas linguagens em que a integração se expresse, a incerteza é permanente, uma vez que os diversos atores e organizações envolvidos não têm os mesmos recursos, interesses ou competências para se engajar em um projeto clínico nessa nova modalidade de cooperação (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Cecílio e Merhy (2003) criticam o conceito estabelecido de que os sistemas de saúde levem a entendimentos de que, por serem referidos como sistemas, trazem a idéia implícita de um funcionamento harmonioso entre as partes, cada qual com sua função, que contribua para o bom funcionamento do todo. Eles apontam que na verdade, o chamado sistema de saúde, é um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora. Mais do que um “sistema”, dever-se-ia pensar em uma rede móvel (não estática), assimétrica e incompleta de serviços que operam distintas tecnologias de saúde e que são acessados de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam.

Uma das conseqüências apontadas é a imensa dificuldade de se conseguir a integralidade do cuidado, quando o ponto de observação é o usuário e não esse ou aquele serviço de saúde. A integralidade do cuidado, de que cada pessoa real necessita frequentemente transversaliza todo o sistema. Não há integralidade radical sem a possibilidade de transversalidade. *A integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede.* Pode haver algum grau de integralidade focalizada quando uma equipe, em um serviço de saúde, através de uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender da melhor forma possível, as necessidades de saúde trazidas por cada um (CECÍLIO e MERHY, 2003).

Na prática comum, observa-se que, se de uma parte o próprio sistema de saúde se preocupa com a integralidade do cuidado, visando entre outras vantagens a racionalização, os próprios usuários têm a sua representação sobre que significado essa integralidade tem na percepção deles, ou seja, o que e como eles focalizam essa integralidade. Obviamente que esse conceito de integralidade irá variar a partir de que entidade a constrói, o sistema ou o usuário.

Por isso mesmo, Cecílio e Merhy (2003) questionam por que as pessoas continuam buscando atendimento nos serviços de urgência dos hospitais? Uma forma de explicar esse fenômeno tão observado, segundo estes autores, é reconhecê-lo como uma estratégia intuitiva das pessoas na busca da integralidade. Um aparente paradoxo, mas também um sintoma que os serviços deveriam examinar sem nenhum preconceito ou *a priori* e, mais do que isso, buscar inventar novos dispositivos e novas formas de escuta de tais ruídos. Estes autores propõem como ponto de partida, a organização de equipes de acolhimento nos serviços de urgência capacitadas para o reconhecimento e encaminhamento de pacientes que necessitam de cuidados mais regulares e apropriados em outros serviços da rede de saúde mais adequados para responder as necessidades desses usuários e facilitar a construção de vínculos duradouros²⁴. Neste caso, seria o hospital a fazer a referência para outros serviços, colocando em questionamento a idéia do senso comum de que a alta complexidade está no topo, lá onde fica o hospital. Para ilustrar essa situação, os autores exemplificam que o hipertenso ou portador de qualquer doença crônica, seja adulto ou criança, o topo, em determinado momento da vida, é acessar a rede básica, ser acolhido e estar vinculado a uma equipe (CECÍLIO e MERHY, 2003). Considerando as questões apontadas acima, os autores propõem uma modelagem na gestão baseada na redução dos níveis decisórios “*achatamento dos organogramas*” e a condução colegiada das decisões, tanto na alta direção, como nas equipes prestadoras de serviço. Descentralização e democratização: os dois eixos capazes de reinventar um hospital de tradição centralizadora e com fortes esquemas instituídos de dominação e controle.

Convivem nos hospitais e centros de saúde múltiplas formas de coordenação, apoiadas em lógicas bem diferentes. Há um modo de coordenar que se apóia, claramente, na lógica das profissões²⁵, sejam médicas ou não.

Um outro modo de se fazer a coordenação segue a lógica de unidades de produção, ou seja, é uma coordenação voltada para produtos ou serviços, envolvendo, necessariamente, múltiplos tipos de trabalhadores ou uma equipe nos distintos pontos da rede dos serviços de saúde, como ocorre nas chamadas áreas-meios. Por exemplo, as

²⁴ A existência de normas de classificação de riscos nos serviços de urgências facilitaria esta tarefa de situar o hospital na rede. Ver a discussão sobre a classificação de riscos nas urgências na Parte IV deste trabalho.

²⁵ Para Mintzberg (2003) existem nas estruturas de saúde duas formas principais de coordenação: a administrativa e a técnica. Para este autor nas organizações profissionais como é o caso da saúde, o poder é detido pelo núcleo operacional que detém o conhecimento técnico e as autoridades administrativas trabalham para servir o núcleo operacional. Mintzberg, H. **Criando organizações eficazes**. 2003.

unidades de produção do laboratório, da nutrição, da maternidade, etc. Nas unidades de produção assistenciais não existem chefias únicas, elas estão organizadas por profissões. Os autores questionam se seria possível afirmar que o chefe médico do CTI coordena de fato toda a equipe? Sabe-se que não. E perguntam como se consegue essa coordenação? O cuidado ao paciente é realizado através de uma terceira lógica de coordenação: *o processo de coordenação do cuidado*.

A coordenação de cuidados se faz através de dois mecanismos principais. O primeiro é a criação de pontes ou pontos de contato entre as lógicas da profissão: médicos e enfermeiros e os outros profissionais têm que conversar para que o cuidado se realize. Uma coordenação em ato, o encontro de duas práticas, de dois saberes, em geral caracterizada por uma situação tipo comando-execução, tipicamente fayoliano, principalmente entre médico e enfermeiros.

Esses pontos de contato, esses canais, nem sempre são livres, bem definidos e vistos ou aceitos como regras do jogo institucional e, por isso mesmo, são fontes permanentes de ruídos, de tensões e de disputas, que por vezes se traduzem em conflitos, no sentido aristoteliano, que induz a negociação e não a disputa. Estes conflitos poderão assumir contornos formais ou informais (MORGAN, 2006).

A segunda estratégia para o sucesso da coordenação na lógica do cuidado é o papel quase silencioso da prática de enfermagem, no cotidiano, de garantir todos os insumos necessários ao cuidado: a enfermagem articula e encaminha todos os procedimentos necessários à realização de exames complementares, supervisiona as condições de hotelaria, dialoga com a família, conduz a circulação do paciente entre as áreas, é responsável por uma gama muito grande de atividades que resultam, afinal, no cuidado. A proposta de se fazer a gestão a partir da integralidade do cuidado tenta dar conta dessas complexas questões.

A própria lógica em si, da produção do cuidado, e sua micropolítica, transbordam o processo de coordenação e as atribuições de uma equipe assistencial, na medida em que só pode ser realizada de forma transversalizada, isto é, percorrendo várias unidades de cuidado do hospital. Mais do que isso, pode-se dizer que, na perspectiva da integralidade, a transversalidade do cuidado se realiza numa rede mais ampla de serviços, em que o hospital é apenas uma estação no meio do circuito.

Posto isso, Cecílio e Merhy (2003) questionam como construir a gestão de forma que a responsabilização pelo cuidado se desse em uma linha de produção de cuidado, contínua e que se transversaliza, atravessando, sem descontinuidade, vários lugares do hospital

ou mesmo outros serviços de saúde? Estes autores entendem que as linhas de produção do cuidado são centradas em processos de trabalho marcados de modo muito claro pela micropolítica do trabalho vivo em ato, enquanto as linhas de produção de insumos, como regra, obedecem a outros arranjos de micropolítica, nos quais as dimensões do trabalho morto é muito mais presente.

Nessa lógica de coordenação é importante definir quais as unidades de cuidados (número de unidades de cuidado) enquanto estruturas dos serviços e quais as linhas de produção de cuidados (a composição das linhas de produção de cuidados) existentes em cada hospital ou serviços que interagem para garantir a existência de uma linha de produção de um cuidado específico no conjunto da rede de assistência.

Cada unidade de produção de cuidado, que pode ser atravessada por mais de uma linha de produção de cuidado, tem uma coordenação unificada, isto é, um coordenador responsável por todo o trabalho de equipe. O coordenador de unidade pode ser enfermeiro, médico ou outro profissional ligado à produção de cuidado. Esse modelo de organização é comum aos programas de saúde pública que para um problema específico (atenção materno-infantil) envolve toda a rede de saúde para a produção do cuidado nas suas distintas formas, a consulta pré-natal nos serviços básicos de atenção primária à saúde, o parto no hospital, a imunização da criança e do seu acompanhamento de novo na rede básica.

Esses autores descrevem as principais atribuições dos coordenadores de linhas de produção:

1. Facilitar e estimular uma boa articulação funcional entre as várias unidades de cuidado atravessadas pela linha, buscando a maior integralidade possível da sua produção. Exemplo, uma assistência qualificada ao parto depende de uma boa articulação entre os profissionais que fazem a recepção da paciente, a garantia de vaga na maternidade, o acesso à sala de parto, os cuidados com a puérpera e com o neonato, a eventual necessidade de leito em unidade de terapia intensiva para a mãe e para o filho, o uso do banco de leite. Portanto uma linha contínua e articulada de cuidados que se realiza em unidades de cuidados diferentes;
2. Apoiar os coordenadores das unidades de cuidado no exercício de suas atribuições;
3. Fazer interlocução direta com médicos e enfermeiros em todos os aspectos de sua vida funcional e profissional, tendo sempre a perspectiva do cuidado. A

lógica de coordenação das corporações respeitada, mas inserida na perspectiva horizontal do cuidado.

Essa perspectiva organizacional induz à criação de uma diretoria colegiada do hospital e da rede de serviços de saúde, composta pelos coordenadores de linha de produção do cuidado, pelos coordenadores das linhas de produção de insumos e pela coordenação da linha de ensino e pesquisa e de outros profissionais da rede.

Trabalhando com a concepção do hospital, como uma estação de uma intrincada rede de cuidados, os coordenadores das linhas de produção do cuidado terão, como uma das suas atribuições, que ajudar na criação e estabilização de linhas que *rompem os limites do hospital* e se transversalizam por outros serviços, visando a integração sistêmica do cuidado na rede. Os coordenadores de linha de cuidado deverão ter a preocupação de buscar melhor articulação entre as várias estações cuidadoras em toda a rede, que constitui os serviços regionalizados de saúde. Basta pensar como uma linha de cuidados cirúrgicos, por exemplo, lida com pessoas que “vêm de algum lugar” e depois “deverão ir para outro lugar”, para imaginar a constituição da integralidade do cuidado. “*A integralidade do cuidado é tarefa da rede*” (CECÍLIO e MERHY, 2003).

O mundo dos serviços de saúde é um sistema de entrelaçamento contínuo. Dividi-lo em fatias, embora necessário para compreendê-lo, inevitavelmente o distorce²⁶. As necessidades que ficam à margem ou sobrepostas em duas categorias tendem a ser forçadas – artificialmente – em uma ou outra. Para o paciente cuja doença se enquadra satisfatoriamente em uma das especializações, não surgem problemas de coordenação. Para outros – por exemplo, o paciente que se situa entre a psiquiatria e a clínica geral -, isto significa várias transferências na busca do departamento correto, um processo demorado quando o tempo é fator crítico (MINTZBERG, 2003).

Mintzberg (2003) também aponta para o problema de que,

“[...] a autonomia não apenas permite a certos profissionais ignorar as necessidades de seus clientes; também encoraja muitos deles a ignorar as necessidades da organização. São leais à sua profissão e não ao

²⁶ Esta prática resulta do pensamento cartesiano de entender o todo estudando as partes. Entretanto as teorias da física quântica reportam que as partes podem ser mais do que o todo ou mesmo menos do que o todo. A especialização e sub-especialização médica decorrente do relatório Flexner (1910) dominam a forma de organização dos serviços de saúde ainda hoje. Mas também é um pensamento contemporâneo fortemente enraizado no pensamento fordista e taylorista;

local onde a praticam. Entretanto, a organização também necessita de lealdade para apoiar suas próprias estratégias”.

A mudança (reformas) nas estruturas de saúde ocorrem de forma lenta e geram resistências passivas e ativas por parte dos profissionais de saúde. Essa lentidão afigura-se por vezes com caráter de resistência, devido às representações da tecnocracia hegemônica.

Cecílio (1997), é elucidativo quanto à forma da organização piramidal dos serviços de saúde, quando diz que, a despeito da justeza dos princípios que representa, tem sido mais um desejo dos técnicos e gerentes do sistema, do que uma realidade com a qual a população usuária possa contar.

III. ESTUDO DE CASO: CENÁRIOS SOBRE A REGIONALIZAÇÃO NA REGIÃO SANITÁRIA SANTIAGO NORTE - CABO VERDE

“Chacun devrait s’intéresser à l’avenir
puisque c’est là qu’il va passer le reste de sa
vie”²⁷.

Michel Godet (2004)

Introdução

O objetivo deste estudo de caso é de analisar o comprometimento dos atores-chave com o processo de regionalização na Região Sanitária de Santiago Norte (RSSN) de Cabo Verde. Esse comprometimento foi manifestado através dos discursos na primeira pessoa do singular dos sujeitos de pesquisa, que originaram as variáveis-chave estudadas e suas estratégias para a construção dos cenários prospectivos sobre a temática de regionalização em Cabo Verde, particularmente da RSSN. Ainda esse comprometimento foi traduzido na análise estrutural das variáveis-chave feita pelos sujeitos de pesquisa, bem como na definição do nível de influência e controle dos recursos críticos dos diferentes atores comprometidos com o processo de regionalização sobre essas mesmas variáveis-chave da regionalização em curso.

A pesquisa de campo foi realizada em Cabo Verde durante o primeiro trimestre do ano de 2007 e abrangeu uma perspectiva temporal de cinco anos (2008-2012). A delimitação geográfica do estudo se circunscreve à Região Sanitária Santiago Norte e o objeto de estudo é a regionalização e o comprometimento dos atores com a sua implementação.

A importância deste estudo de caso não estará vinculada ou atribuída ao grau de acerto de seus cenários futuros, mesmo que haja a tentação e a predisposição em fazê-lo por algum leitor *apostador*, fascinado e vislumbrado perante uma hipotética bola de cristal. A sua importância reside fundamentalmente nas reflexões que o método prospectivo proporciona e ao exercício de aprendizado que este estudo de caso possibilitou, enquanto uma ferramenta de auxílio para a gestão estratégica e na tomada de decisões para os gestores dos sistemas de saúde. Nos processos de reformas muitas variáveis se

²⁷ “Todos deveriam se interessar pelo futuro, pois é lá que se vai passar o resto da vida” – tradução livre.

interagem (algumas sem governabilidade dos reformistas) e a dúvida que persiste é se as reformas provocarão mudanças positivas ou negativas no sistema. Uma reforma contém em si uma grandeza de incerteza. A relevância está, na verdade, no uso que pode ser feito, *hoje*, dos cenários traçados, das tendências dos eventos positivos (passíveis de serem incrementados) ou negativos (passíveis de serem anulados ou minimizados) para que as previsões positivas se concretizem (PIOLA et col; 2002).

Esta mesma interpretação tem o Godet (1993) ao definir o cenário como “*um olhar sobre o futuro orientado a esclarecer, iluminar a ação presente*”.

Para se saber se os cenários são eficazes basta verificar se alguém mudou de comportamento porque *viu o futuro* de modo diferente.

Rivera (2003) apóia-se em Matus (1994) para explicar que a palavra cenário provém do teatro e significa,

“a criação de um entorno adequado e pertinente para representar ou situar uma obra. Indica o lugar e as circunstâncias em que se desenvolve o tema. O tema é o texto e o cenário é o contexto que o determina. Algo semelhante ocorre com o plano. O conteúdo propositivo do plano é o texto, mas esse texto é ambíguo sem as condições explícitas de seu contexto ou cenário. Assim, o cenário é o conjunto de condições e pressupostos em que se situa o plano” (RIVERA, 2003:151).

É nesta perspectiva que este estudo de caso se situa, ao identificar as variáveis-chave consideradas como pressupostos fundamentais para a implementação e o sucesso da regionalização dos serviços da saúde na RSSN. O tema seria a regionalização e o contexto do cenário seriam as variáveis-chave explicativas e determinadoras de sua implementação.

O termo cenário²⁸ neste trabalho é entendido estritamente como visão prospectiva (*forecasting*). Para Godet (1993) “*cenário é um conjunto formado pela descrição coerente de uma situação futura e pelo encaminhamento dos acontecimentos que permitem passar da situação de origem à situação futura*”. Para ele, um cenário não é a realidade futura, mas um meio de representá-la, com o objetivo de nortear a ação presente, à luz dos futuros possíveis e desejáveis. Este autor define três tipos de cenários: os *cenários possíveis* (todos os que a mente humana poder imaginar), os

²⁸ Para Schwartz (1996) os cenários são uma ferramenta para nos ajudar a ter uma visão de longo prazo em um mundo de grandes incertezas, e para ordenar a percepção dos ambientes alternativos futuros [...]. Para este autor, os cenários seriam como que histórias do futuro. In. Marcial, E. C. e Grumbach, R. J. S.: **Cenários prospectivos: como construir um futuro melhor** (2001)

cenários realizáveis (todos os possíveis de ocorrer e que levam em conta os condicionantes do futuro) e os *cenários desejáveis*. Os cenários desejáveis encontram-se em qualquer parte do possível e não são todos necessariamente realizáveis. Ainda define que o método de cenários compreende duas fases: a construção da base e a elaboração de cenários.

Para a construção do método, Godet propõe seis etapas:

1. Delimitação do sistema constituído pelo fenômeno estudado e pela sua envolvente geral (político, econômico, tecnológico, etc.);
2. Determinação dos variáveis-chave e de suas tipologias (explicativas, de ligação, resultado e autônomas);
3. Retrospectiva e estratégia dos atores;
4. Geração de cenários alternativos;
5. Testes de consistência, ajuste e de disseminação;
6. Opções estratégicas e planos/monitoração estratégica;

Para a elaboração dos cenários, o autor considera que tendo em conta fatores motores, tendências, estratégias dos atores identificados na fase anterior, aplica-se o método dos cenários fazendo intervir os mecanismos de evolução e confrontando os projetos e as estratégias dos atores.

Rivera (2003) define os seguintes passos para a elaboração de cenários prospectivos:

- Passo 1.- Definição e listagem das variáveis de alto impacto sobre o cenário futuro de um sistema (todas as variáveis);
- Passo 2. - Análise estrutural dos impactos das variáveis e definição das variáveis-chave (forças motrizes ou condicionantes) do cenário;
- Passo 3. - Definição e análise de governabilidade (controle dos recursos críticos) dos atores sobre as variáveis-chave;
- Passo 4. - Definição dos eventos de tendência central à luz das estratégias e do jogo de poder dos atores;
- Passo 5.-Construção dos cenários possíveis e prováveis, combinando as tendências das variáveis-chave;

III.1 APRESENTAÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO

DOMÍNIO PROBLEMÁTICO

A regionalização dos serviços de saúde é um fenômeno novo em Cabo Verde. A realidade de o país ser um arquipélago, coloca a necessidade de responder a questão de como formalizar este processo em cada ilha e entre as ilhas. No país não existem experiências organizacionais consolidadas sobre esta matéria mesmo em outros setores do aparelho estatal. O desafio colocado pela regionalização através do princípio da gestão colegiada, a *federação* das estruturas de saúde, do princípio da complementaridade dos serviços prestados visando obter ganhos de economia de escala, remete para o comprometimento político²⁹ dos diversos atores com a causa da regionalização. Esse comprometimento passa pelo conhecimento, prévio se possível, dos jogos de interesses entre os atores (políticos, gestores, profissionais de saúde, população), suas expectativas, capacidades de negociação e de elaboração de consensos. O sucesso de um projeto desta natureza e envergadura dependerá do alinhamento estratégico que se construir (ou se tem) entre todos estes fatores e elementos intervenientes.

Daí como construir, harmonizar e obter este comprometimento político com o enunciado proposto da implementação do processo de regionalização na Região Sanitária Santiago Norte?

Como se manifesta esse comprometimento político, político no sentido filosófico do termo, com a regionalização que é um espaço para gestão de grupos, de negociação e produção de consensos?

IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS-CHAVE

A partir das entrevistas foram analisadas as expressões-chave e as idéias centrais dos depoimentos (Lefèvre & Lefèvre, 2005; Rivera, 2003) e extraídas um conjunto de variáveis de alto impacto, que foram consolidadas pelo autor por afinidades temáticas e

²⁹ O termo *político* aqui entendido no sentido aristoteliano, para quem a noção política nasce da idéia de que quando os interesses são divergentes, a sociedade deverá oferecer meios que permita aos indivíduos reconciliarem as suas diferenças através da consulta e negociação de modo a criar uma ordem social não coerciva. Ordem na diversidade para evitar regras totalitárias. Para Aristóteles o reconhecimento e intercambio de interesses conflitantes mediados pela política como meio de garantir a necessidade de unidade da polis grega, com o fato de que esta polis era um “agregado de muitos membros”. Cf. Morgan, 2006.

segundo os critérios godetianos de similitude e densidade de relações em oito variáveis-chaves consideradas como elementos fundamentais para o futuro da regionalização na RSSN.

Essas variáveis são apresentadas a seguir:

- V1: Sustentabilidade financeira da Região Sanitária;
- V2: Disponibilidade de recursos humanos qualificados na Região Sanitária;
- V3: Comprometimento político com a Região Sanitária;
- V4: Marketing social da Região Sanitária;
- V5: Articulação entre as estruturas da Região Sanitária;
- V6: Capacidade de resposta técnica na Região Sanitária;
- V7: Política Nacional de Saúde;
- V8: Capacidade de gestão na Região Sanitária;

Sobre a **sustentabilidade financeira da região sanitária** (V1) existem várias trajetórias possíveis e não consensuais relativas à sua operacionalização.

Segundo os diferentes atores entrevistados, ainda não está definido sob que condições se dará a própria questão da autonomia financeira para a RSSN. Mas existe uma consciência sobre a importância da sua clarificação. Esta pertinência é trazida aqui pelo entrevistado H. que alerta para o fato de *“se queremos de fato uma região forte e que se desenvolva com meios financeiros, como os Hospitais Centrais que têm autonomia financeira e administrativa, também a região deveria ter”*.

Já na fala de T., ele mostra a sua convicção sobre de que forma vai se dar essa autonomia,

“[...] vão cobrar e fazer a gestão de seus próprios recursos. Eles vão vender seus serviços, e tudo o que conseguirem arrecadar. A autonomia financeira significa de que eles terão o seu próprio orçamento e farão a sua gestão. Não há uma intervenção direta do Ministério da Saúde na gestão desses meios. Eles fazem a gestão e prestam a conta tanto ao MS como as instâncias judiciais, ao Tribunal de Contas. Esta autonomia resulta disso mesmo. O Estado vai ter de conceder algum subsídio, tal como acontece com os Hospitais Centrais. Fazem a gestão de seu orçamento. Esse orçamento é constituído pelas receitas que eles

cobram, de donativos que eles recebem e o Estado atribui uma fatia do seu orçamento a essas estruturas, porque realmente são estruturas que não tem vocação para o lucro, vão prestar um serviço público que não é totalmente pago, mas sim a base de participações”.

Mas confrontado com a questão de como o orçamento será gerido, se haverá um orçamento único ou orçamentos vários para as Delegacias de Saúde dos municípios que formam a região, as incertezas emergem.

Prossegue o T.,

*“Eu não sei se haverá exatamente um orçamento dessa região ou um orçamento das estruturas integrantes. Não tenho uma opinião formada sobre esta matéria. A gente para ter uma opinião formada tem que ter alguma experiência nessa matéria. Eu não tenho nenhuma experiência. E não sei dizer se esta ou aquela alternativa será boa ou má. **Então prefiro esperar para ver”.***

No entanto esta questão parece encaminhar mais para o modelo de orçamentos distintos para as estruturas de saúde dos municípios que formam a RSSN. Essa suposição não explícita provém do fato de que está sendo preparado um Diploma Lei que confira autonomia financeira às Delegacias de Saúde para a utilização das receitas próprias para apoiar o funcionamento corrente dos serviços. A parte que interessa à região sanitária como um todo é a decisão por meio deste Diploma de encaminhar 10% do total das receitas para a coordenação da região (Gabinete Técnico) e sua utilização para a gestão da região no seu todo, buscando a reorientação e redistribuição desses recursos para áreas de consolidação gerencial da região, atividades de promoção e ainda no financiamento de ações dentro da rede que garantam a equidade e beneficiem as comunidades e estruturas mais carentes.

Para B. os futuros pontos críticos para a sustentabilidade financeira da RSSN *“vai-se colocar principalmente a nível dos medicamentos e dos consumíveis. Aí é que vai haver problemas. É o problema mais agudo. Haverá também custos com a estadia nos hospitais”.*

A propósito da autonomia financeira, W., apóia-se no documento da Política Nacional de Saúde para lembrar que *“a PNS com perspectiva para até 2020, não fala em autonomia financeira. Talvez pensar em daqui a 10 anos, em autonomia financeira. Não é que não se quer, é a situação de Cabo Verde que não permite isso. É como a questão dos municípios, cuja independência é limitada”.*

Sobre esta questão L., é mais cauteloso ao reconhecer que *“a autonomia financeira ainda está a ser estudada. Autonomia financeira pressupõe a possibilidade de funcionar com subsidio de Estado e a possibilidade de gerar recursos para as necessidades das estruturas da região. E acho por enquanto ninguém está preparado para isso, nem os Hospitais Centrais”*. E prossegue, *“para lhe dar a autonomia financeira, aquilo que é chamado de Institutos Públicos, a RSSN vai ser capaz de gerar no mínimo, pelo menos metade do necessário para as suas necessidades”*. E remata, *“nem sequer estamos preparados para isso mentalmente”*.

Entretanto o Decreto-Lei nº. 58/2006 no seu artigo 3º. Define que *“a RSSN é um serviço dotado de autonomia financeira [...]”*.

Relativamente à questão sobre a **afetação, estabilidade, suficiência de técnicos de saúde qualificados na região sanitária (V2)**, a preocupação prende-se com a fraca afetação de técnicos não médicos e não enfermeiros, nomeadamente para as áreas de diagnóstico, farmácia, manutenção de equipamentos, assistentes sociais, gestores, epidemiologistas, estatísticos, etc.

Mais do que um problema de afetação de RH, a região sanitária irá enfrentar um problema maior que é o da estabilidade dos técnicos de saúde nos seus postos de trabalho. Existe uma grande mobilidade do pessoal da saúde para os Hospitais Centrais do país. A esse propósito W., vaticina de que *“[...] dificuldade é a questão de RH qualificados, devido à questão de fuga de quadros. Nós formamos hoje, formamos amanhã e depois já não temos. E esse vai ser um problema também que a RSSN vai ter que enfrentar como o resto do país”*.

E ainda defende que para haver uma sustentabilidade segura e orientada é preciso gerir bem. E complementa que *“um dos problemas que temos em Cabo Verde é a gestão. Investiu-se muito na saúde, mas não se investiu em RH de gestão. Isso é um erro. Nenhum serviço de saúde funciona só com médicos e enfermeiros. Nós descuramos dos gestores. Um dos elementos importantes para a RSSN é a parte da gestão”*.

Mas a questão da qualificação dos técnicos aponta para outra direção, que tem a ver como o cuidado é prestado. Portanto não é uma qualificação exclusivamente técnica. Aqui fica o registro de preocupação de B., sobre o atendimento aos utentes, afirmando que *“estamos com a convicção de que teremos um grande hospital, mas a parte humana não vai acompanhar. A pessoa que vai lá se não tiver um bom atendimento, não é encaminhado, é mal atendido [...], há uma preocupação da parte dos eleitos*

municipais. Programas de humanização da prestação dos cuidados deveriam ser estimulados”.

E ainda esclarece que,

“não estou a falar dos médicos em formação ou especialistas. Estou a falar no sistema de atendimento, aconselhamento, de tratamento integrado. A pessoa é atendida não somente do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista psicológico, do encaminhamento, bom relacionamento. Penso que nesses aspectos ainda estamos atrasados. E é um perigo termos estas grandes infra-estruturas e não termos esta base que é o mínimo”.

O **comprometimento político com a região sanitária** (V3) tem a ver com o grau e a forma com que os vários atores assumirem o seu engajamento para com a implementação real da RSSN e conseqüentemente do seu sucesso. Ele se manifesta através dos pactos dos atores-chave implicados no processo e quão pertinente este processo se posiciona na agenda desses atores, nos diferentes níveis de governo, local e central, e todo o processo de negociação que a regionalização vai desencadear. Existe muita vontade política entre os atores para a materialização da RSSN, bem como de sua divulgação para outros espaços geográficos a nível nacional. E o processo de descentralização que se consolida no país em outras áreas de poder (dezessete anos de experiência municipal) é um sinal disso. Como afirma T., *“a descentralização para mim é o futuro e o impacto será positivo. [...] a expansão da região a outras latitudes do país [...] é um objetivo a longo prazo”.*

E sobre as parcerias T., prossegue,

“[...] a saúde é um setor multisetorial. Nessas regiões geralmente tem outras estruturas que estão implantadas, caso dos serviços de saneamento básico, agricultura, e que realmente tem algo a ver com a saúde. Essa multisetorialidade deve ser levada em conta, porque a saúde não é só do setor da saúde propriamente dito. Outros serviços deveriam ser assegurados, de encontrar outras formas de cooperação com o setor da saúde, para que a saúde seja assegurada por todos e não somente pelo setor da saúde”.

Esta participação de diferentes parceiros permite ter uma visão diferenciada sobre o próprio processo de regionalização em curso e os trilhos que deve percorrer. *“Há muita gente principalmente na área de política, que legitimamente se preocupam com a questão da organização e formação do pessoal na parte do atendimento”* afirma B.,

Essa legitimidade é dada pelo espaço que esses atores ocupam. Entretanto para o sucesso da RSSN esta preocupação não deveria ser contemplativa.

Para evitar esse entendimento W., lembra que,

“a saúde não é só do Ministério da Saúde, tem que haver uma multidisciplinaridade. Para haver saúde tem que haver saneamento, habitação, água, educação, acho que vários fatores vão interferir de uma maneira em geral. O problema é que em Cabo Verde, é que as pessoas quando se fala em prevenção de saúde ou em doença é só problema de saúde. Tem que haver uma grande decisão política. Acho que o ponto principal da regionalização é o querer politicamente fazer isso. Porque se realmente haver todo esse apoio político, a regionalização vai acontecer”.

Entretanto este discurso briga por falta de coerência desse mesmo ator entrevistado quando assume que “*quem está a implementar a região é o MS*”. Vê-se que ainda existe uma cultura organizacional enraizada no “eu” que resiste às mudanças. O “eu” deveria dar lugar a “nós”. Essa constatação deveria servir para todos os atores envolvidos. Mas é um caminho de aprendizagem.

Outro indicador do comprometimento político com a RSSN é o papel que lhe é reservado no futuro das reformas sanitárias em curso no setor da saúde no país.

Para L.,

“[...] a RSSN é um laboratório do processo de descentralização para o MS, no melhor sentido do termo. Nós vamos ter que seguir, identificar problemas, corrigir, depois priorizar, contribuir, melhorar o processo da RS para vermos se a transferimos para outras regiões (Sto. António, Fogo). Faz parte do movimento de reforma do MS”.

A extensão da noção sobre o comprometimento político dos atores recai sobre outros setores governamentais que não só o Ministério da Saúde, “*mas também o Ministério das Finanças, o Ministério da Solidariedade Social que tutela o INPS, como também ele tutela os pobres. A região tem uma boa percentagem de pobres. O MF não só por causa do dinheiro, mas as Finanças têm muitas experiências e influências em termos de reformas da administração*” complementa R..

A RSSN é uma nova realidade a ser construída no país. A necessidade de uma **divulgação para a sociedade** (V4) sobre a sua missão é importante para garantir a adesão de todos os que estão envolvidos neste processo, a população beneficiária, os profissionais de saúde, os atores políticos locais e do nível central.

“A região não pode ficar fechada em si”, alerta CT., “Esses tipos de experiências ultrapassam a própria região sanitária. São processos paralelos que estão (devem) acontecendo”.

O processo de divulgação da região sanitária, segundo R., vai além da informação e deve ser visto como um elemento de gestão.

E afirma R., que é necessário a,

“[...] realização do marketing social do que é a RSSN, para dar a conhecer a RSSN. Se fizermos um bom serviço de marketing, as pessoas irão sim às estruturas de saúde da RSSN e serão atendidas. Para isso a questão de um bom atendimento é extremamente importante. Esse atendimento não só em forma clínico, mas também é o rosto da instituição, o acolhimento das pessoas. Esses são aspectos importantes para que as pessoas sintam o espaço para a estrutura de saúde, um espaço deles, que devem respeitar, mas também um espaço onde devem encontrar lá os cuidados. E encontrar os cuidados não significa ter lá tudo, como sabe estamos a falar de uma rede hierarquizada e essa pessoa tem que saber que cada nível tem que dar cuidados integrados. A integração de cuidados é fundamental para que as pessoas não comecem a dizer que esses cuidados só são oferecidos num determinado hospital. Mas informar aos pacientes de que ‘você está numa região, está numa rede e está definido para esta estrutura o que é possível dar. No entanto este espaço é seu, você é um cliente/utente’. Cada nível de estrutura é importante para criar a confiança no utente, para que as pessoas comecem a sentir esta idéia de integração”.

Mas essa divulgação e marketing sobre a região sanitária devem ser promovidos também entre os profissionais de saúde, como enfatiza S.,

“Ter um bom conhecimento da região, qual a funcionalidade. Nos Centros de Saúde para que todos tenham uma idéia clara de o que é a região. A falta de conhecimento por parte dos técnicos seria uma dificuldade. A população eu questiono se têm um conhecimento claro em termos do que é a região e como deverá funcionar. Eu questiono também os profissionais de saúde se sabem”.

A importância do processo de comunicação para o sucesso da RSSN é sintetizada nesta expressão de K., de que é fundamental *“a boa comunicação. Eu acho que se faltar isso, faltará tudo”*.

Para nova realidade, novas maneiras de agir e novas mentalidades. É o que sugere W. quando afirma que *“o que nós temos necessidade de fazer é de muita informação e formação das pessoas. Sabemos que as mentalidades são difíceis de mudar, mas mudam com o tempo. Em Santiago Norte as pessoas já deviam estar fazendo trabalho/spots de informação para explicar as pessoas como é que vai funcionar”*.

A questão da informação e divulgação sobre esta inovação organizacional piloto no Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde, desperta preocupação para B., que inclusive vê como uma *“possibilidade de risco [...] fazer esta reforma sem uma boa informação. As pessoas podem aproveitar esta falta de informação para fazer mais desinformação ainda. Mas estando as partes envolvidas desde o início, explicando as pessoas as vantagens que tem, a resistência do início será ultrapassada. Calculo que toda a reforma traga no seio ansiedades, preocupações, e principalmente resistências”*.

A propósito da **articulação entre as estruturas de saúde na RSSN (V5)** é pertinente considerar aspectos como a institucionalização das relações entre as estruturas. Essa institucionalização ganha relevância, sobretudo quando existem questões não totalmente formalizadas, como a região sanitária se transformar numa federação de Delegacias de Saúde. Outros mecanismos como a coordenação, a supervisão, a partilha de recursos escassos e os instrumentos de referência e contra-referência na transferência de utentes reforçam a sedimentação desta articulação. Coloca-se nesta discussão de articulação entre as estruturas, a questão das autonomias administrativas das Delegacias de Saúde e do Hospital Regional. Para H. *“a autonomia é da região e não do hospital”*. É o mesmo que dizer que as estruturas de saúde na região sanitária seriam entes dependentes dentro da RSSN.

Sobre essa questão H. opina o seguinte, tendo como exemplo a autonomia do Hospital Regional;

“Julgo que a autonomia do Hospital Regional pode ser um ponto de conflito interno dentro da região. É preciso que fique bem claro qual o papel do diretor do hospital, qual o seu lugar na região, para não ser uma estrutura estranha dentro da região. O

HR vai nascer com um novo figurino para ser parte da região, mas se optar para um papel de órgão diferenciado pode vir a ter esta questão de um certo conflito”.

Entretanto esta preocupação não encontra eco no Decreto Legislativo nº. 58/2006 que no seu artigo 6º estipula os limites de intervenção da RSSN de seguinte forma,

“No exercício das suas funções, a RSSN e os seus órgãos respeitarão as atribuições e competências próprias das delegacias de saúde e do hospital regional instalados na sua área de intervenção territorial [...]”.

Ainda sobre a amplitude da articulação e autonomia das estruturas no interior da região sanitária, H. é crítico e afirma que,

“até neste momento a RSSN foi definida como uma junção, aglomeração das Delegacias de Saúde (DS) da Região Norte. A meu ver não há uma integração efetiva e plena das DS na região. Ou seja, as DS mantêm uma certa autonomia. Isso pode vir a ser um ponto de conflito interno dentro da região”. Para H. a aceitação plena do conceito de regionalização passa por uma “certa unidade financeira da região para acabar com a independência das DS. Para mim a região significa o fim da autonomia das DS de forma a garantir a unidade da região. Não vejo as pessoas preocupadas com a unidade da região”.

Posição contrária é manifestada por CT., que vê *“com muito bons olhos esta gestão conjunta, mas mesmo assim é preciso uma certa autonomia para cada DS para internamente também poder tomar algumas decisões e realizar algumas ações diretamente sem ter que aguardar ou depender de uma decisão da região”.*

No entendimento de B., o importante *“é os responsáveis de saúde desta região terem uma voz única, nós queremos é a integração. Não se vai trabalhar cada um por si. E haverá aquela figura da região a funcionar como um chapéu. Penso que as estruturas estão devidamente orientadas para funcionarem em rede”.*

O papel do Gabinete Técnico de coordenação da RSSN e o conhecimento pessoal entre os responsáveis locais da saúde é enfatizado por X. para quem,

“O GT terá um papel preponderante na construção desta articulação. Mas penso que a articulação entre os Delegados de Saúde seria uma saída viável, todas as DS deveriam funcionar em articulação [...] É lógico que esta articulação permitirá a melhoria da prestação de cuidados. Um paciente que dá entrada

no CS de [...] está automaticamente dentro da rede da região. Esta articulação é fundamental entre as DS. O fato de conhecimento pessoal entre os Delegados de Saúde facilita essa relação”.

Por ser uma experiência nova no país, A. apóia-se nº. DL 58/2006 que cria a RSSN para dizer que *“tudo existe no papel. Falta ver é como vai funcionar, porque ainda é um processo. Isso também pode ajudar para facilitar e consolidar a democracia”.*

Na mesma linha opina R., para quem a Lei que cria a RSSN mesmo sendo clara ao estabelecer os limites de intervenção, padece de insuficiências.

E complementa que,

“como sabemos a lei em si não é suficiente, há que haver entendimentos entre os atores, esse sentido de reunir os atores e chegar a consensos. Nunca será um espaço perfeito, portanto tem que se transformar num espaço aberto para aprender a partilhar. De modo que a região será um espaço de concertação. A integração tem que ser amparada nas normas e nas leis”.

Baseando-se na necessidade de partilha de recursos no território da região sanitária, K., salienta o fato de que se tratando de,

“[...] oferta de cuidados, eles vão obrigatoriamente de ter que se relacionarem, pacientes que terão de ser evacuados de uma DS para o HR, as deslocações dos especialistas para fazer consultas nos ambulatórios dessas outras DS. Portanto neste processo de referência e contra-refêrencia de pacientes, obrigatoriamente vão ter que se relacionar. Um outro tipo de relacionamento vai-se dar quando vão discutir interesses para a região e não para as DS. Aí os órgãos que estão a ser instalados têm um papel fundamental”. Essa idéia é também comungada por R. que reforça que “a integração de cuidados é fundamental para que as pessoas não comecem a dizer que esses cuidados só são oferecidos num determinado hospital”.

A **capacidade de resposta técnica na região sanitária** (V6) inclui entre outros aspectos as condições técnicas disponíveis na região para a prestação dos serviços e a garantia da funcionalidade das estruturas de saúde com relação às suas missões específicas.

É a condição que é mais valorizada na percepção dos utentes, na qualidade de beneficiários finalísticos de toda esta intervenção na região. É o elo que vincula a população à região, evidentemente sem descartar outros aspectos não tangíveis que também são importantes.

A importância da capacidade de resposta técnica no nível local e regional é corroborada na fala de W., que ressalta entre outros olhares o seguinte,

[...] E eu digo uma coisa, a população não é tão ignorante assim. A população se não encontrar as condições técnicas, pessoas com formação e boa respostas em termos de tratamento elas virão para cidade da Praia (onde existe o Hospital Central). Só ganhando a confiança das pessoas da RS é que vão atender e procurar os serviços. A nossa população já não quer ir ao enfermeiro, muito menos a um agente sanitário. E se formos ver em relação a Santiago Norte, se não tiver os especialistas também, a população quer essas especialidades específicas. Se não houver essas facilidades e se não houver os meios de diagnósticos, os reagentes, tudo isso não vai funcionar. Acho por isso que deve existir uma certa independência. É bom fazer a hierarquização, mas você não vai obrigar ninguém a ir para Santiago Norte se essa pessoa não vai ser atendida lá. Por isso os fatores importantes são a decisões política, a parte de RH qualificado e suficiente, e acho também a melhoria da qualidade de atendimento. Porque eu acho que temos um problema grave em Cabo Verde, que é não saber atender as pessoas. Se não se mudar a maneira como os profissionais atendem os doentes, eu acho que por mais especialistas que tivermos, por mais meios de diagnóstico que tivermos e bons hospitais, as pessoas vão ficar sempre insatisfeitas. A questão é da qualidade do atendimento”.

Para este entrevistado a questão central neste processo é ganhar a confiança do utente nos profissionais de saúde que trabalham na região.

A mesma constatação é feita por A., ao afirmar que o atendimento oferecido na região deve ser de alta qualidade percebida,

“[...] de maneira a merecer a confiança das pessoas, a confiança naquelas estruturas, a confiança naqueles técnicos. Para que as pessoas digam ‘eu tenho agora aqui em Sta Catarina ou Tarrafal gente bem formada. Se eu tiver problemas de saúde, vou lá, não fico a espera, tenho as análises necessárias, e o necessário para eles descobrirem o que eu tenho. E eu sei que eles vão me atender da melhor maneira possível, se não for possível, eles vão me enviar para o HR e no HR eu vou encontrar tudo, em termos de medicina, cirurgia, pediatria, radiologia, o essencial nesse nível para puderem saber o que é que eu tenho e para me tratar. E sei também que se eles não conseguirem vão me mandar para o Hospital Central”.

Segundo A., é urgente a hierarquização dos cuidados do nível primário e secundário.

Na perspectiva de A.,

“nem toda a gente obedece a esta hierarquização. Neste aspecto vamos ver se se consegue disciplinar isso. Mas até ao momento, os profissionais de saúde não conseguiram criar um clima de confiança para a população, porque a população não está interessada em vir para a Praia (onde funciona o Hospital Central). O impacto não vai depender da organização. O impacto vai depender do comportamento das estruturas técnicas na região”.

Mas existe um outro olhar sobre esta situação trazida aqui por X., para quem,

“a disponibilidade de RH em tempo e hora, a formação dos RH em tempo e hora terão repercussões no funcionamento da região e automaticamente ficaremos lesados no fornecimento de alguns serviços. Ou então poderemos estar a funcionar inicialmente com técnicos não vocacionados para a área [...]. De certa forma quando algo começa mal, se desacredita e para reganhar a confiança leva tempo. Algumas infra-estruturas ainda não têm RH, mesmo que as estruturas estejam financiadas. Penso que no futuro deverá haver mais rigor na implementação futura de regiões que possam vir a existir”.

Aqui de novo se recoloca a questão da suficiência de técnicos, que na verdade está intimamente ligada à capacidade de resposta técnica na região, equilibrando neste processo a afetação de RH e a afetação de infra-estruturas e equipamentos. Na mesma linha do discurso anterior, L., refere que o pacote mínimo de cuidados estabelecido para cada estrutura *“deve ser cumprido e satisfeito. Se a população coberta tem a necessidade de 20 médicos tem que ser disponibilizado”.*

A região como um todo se apresenta como uma unidade, com capacidade para responder as demandas da população, respeitando o perfil dos cuidados oferecidos nessas estruturas. A relação integração e capacidade de resposta técnica na região são também salientadas na fala de X., que exemplifica que no caso do *“Centro de Saúde de (...) não irá ter todas as atividades, algumas funções não estarão disponíveis nesta estrutura, porque tem uma população reduzida, um custo - benefício dos equipamentos reduzido, etc. [...].*

A regionalização dos serviços de saúde em Cabo Verde terá garantia de sua continuidade se fizer parte das **prioridades do Ministério da Saúde e constar na sua agenda política de reformas para o setor** (V7). A sua materialização poderá se dar

mediante a institucionalização da política de regionalização no resto do país e não ficar como um projeto isolado. Esta preocupação é manifestada por N., segundo o qual *“o problema é que não se deve fazer a RSSN e excluir o resto da ilha de Santiago senão corre o risco de ser incompreendido pela população e também pelos políticos”*. Realmente não existe uma posição consensual sobre a questão da regionalização no sentido lato entre os atores de diferentes latitudes políticas no país. O Encontro Internacional sobre a Regionalização em Cabo Verde que decorreu no primeiro semestre de 2007 debateu vários cenários relativamente ao fator geográfico na regionalização do país. Essa falta de consenso se coloca, sobretudo, por Cabo Verde ser um arquipélago formado por uma dezena de ilhas. As propostas principais foram no sentido de: cada ilha ser considerada uma região de desenvolvimento, um grupo de ilhas constituir uma região de desenvolvimento (os que defendem uma economia de escala maior) e ainda uma proposta de um grupo de municípios com contigüidade territorial formar uma região de desenvolvimento. Mas anterior a este evento existe o Programa Nacional de Descentralização (1998) que propõe a descentralização de determinadas competências do nível da administração central para a administração local. E paralelamente a esse período, o Ministério da Saúde elaborou a Carta Sanitária (1998) do país em que apresenta mapas de cobertura sanitária dos municípios, os fluxos de demanda sanitária e propõe a criação de cinco (5) regiões/distritos sanitárias, entre elas a Região Sanitária Santiago Norte (RSSN). É enfática a fala de R. quando afirma que *“a RSSN está enquadrada num processo de descentralização do país”*. E a questão colocada pelo entrevistado anterior a propósito das delimitações geográficas no processo de reformas, também é colocada por G., quando aborda a questão da comparticipação nos custos da saúde. Segundo ele *“não será fácil conseguir a comparticipação dos cidadãos se não for para Cabo Verde no seu todo”*.

Pensando na forma como está se dando esta descentralização na saúde N. reivindica que *“é pedir mais ação por parte do MS e dos políticos para traduzir a idéia que esteve na base da regionalização. Não é a desconcentração, é chegar a descentralização com poder de decisão administrativa e política para assegurar a materialização da RSSN”*.

Mas alguns atores, como T., vêm a regionalização como um processo de descentralização que,

“permitirá a gestão direta dos recursos que estará afeta a região, permitirá o desanuviamiento das tarefas que as DG’s têm e permitirá mais tempo para pensar, planificar. Neste momento

as DG's de uma maneira geral são um pouco pressionadas, sem tempo para pensar, planificar, formular as políticas”.

Dessa forma independentemente de razões políticas que estão na base da reforma em curso, existem razões técnicas.

E prossegue T., com a convicção de que,

“a descentralização [...] é o futuro e o impacto será positivo. Eu creio que, as lições desta experiência contribuirão para a reforma do SNS de uma forma geral, e concretamente no que se refere a descentralização e desconcentração de atribuições e de competências. Permitira ao MS assumir uma função de coordenação e não de execução direta de determinadas ações”.

Entretanto, nem todos partilham desta convicção sem turbulências. Segundo G., um cenário possível perante prováveis dificuldades na implementação da RSSN seria entendida *“como uma ameaça séria a tentativa de recentralização do projeto por parte do governo, devido a possíveis dificuldades iniciais. As dificuldades não devem ser razões para a recentralização”* acrescenta³⁰.

A forma como vai se dar a descentralização merece questionamentos por parte de H., quando este processo enfrentar a cultura organizacional do nível central.

Sobre a cultura organizacional do nível central, H., coloca inúmeras questões pertinentes. Para ele será que,

“[...] externamente à região, podemos questionar se os órgãos centrais do MS assumirão plenamente, conscientemente esse processo de regionalização? Estão conscientes de uma certa incidência da descentralização nas suas próprias atribuições? Primeiro (...) no planeamento e programação dos cuidados de saúde. Depois as outras DG's que têm trabalhado desde sempre de uma forma muito centralizada quanto aos recursos que eles têm para distribuir para as estruturas do resto do país com um praxis que se repete a o longo de muitos anos. Será que estão capacitados para desenvolver novas ações que poderão vir da região? Depois há todo um processo de reforma de Estado que se fala e que se não for coincidente com a definição atual da região, o que é que vai acontecer? Para além de determinadas praxis da administração central do Estado principalmente do Ministério das Finanças frente a um processo inovador de gestão que propõe a região”.

³⁰ Nas reformas do NHS (1991-1997) devido aos efeitos perversos da “devolução” ocorreu uma recentralização (neo - nacionalização) da gestão. Light, D.W. (1998).

Um outro pressuposto para a regionalização em curso é o fortalecimento da estratégia dos serviços prestadores de cuidados primários e a diminuição da dependência do sistema de saúde ao modelo hospitalocêntrico vigente.

A estratégia sobre os cuidados primários de saúde embora sofrendo de uma falta de definição e elaboração técnica de como ela será oferecida na RSSN, a “vontade” da sua materialização é forte e reúne consenso entre os entrevistados como sendo uma área a considerar prioritária no processo de reformas. O consenso existe entre os atores de que o desenvolvimento desta estratégia diminuirá os custos com os cuidados diferenciados oferecidos nos hospitais, facilitará a hierarquização dos cuidados, e tornará mais visível as vertentes promocionais e de prevenção. Na visão de H., a regionalização “*seria a de racionalização de recursos, principalmente da utilização de recursos, da conformação da rede sanitária, mais conforme com a realidade do país e mais conforme as aspirações da população e da capacidade financeira do país*”.

No seu depoimento K., enfatiza esta problemática de seguinte modo, dizendo que,

“[...] o HR [...] vai ter um âmbito de atuação específico. Vai ser dotado para dar resposta às suas funções. Mas eu acho que as DS que têm funções mais largas, estão definidas, mas não terá aquela limitação que terá o HR e que para questões de gestão, favorece o hospital. Portanto as DS têm que fazer um forte trabalho de promoção da saúde, um forte trabalho de prevenção, quer dizer que comparado com o trabalho de tratamento em si, normalmente está num nível inferior. E isso seria o principal desafio neste momento para a região. Com a separação, o trabalho curativo vai ser entregue a uma estrutura fundamentalmente e a determinados profissionais de saúde. Não partilhar tarefas de promoção e de prevenção, mas não estão no dia-a-dia mais, não estão preparados para o fazer, estarão preparados mas não com a mesma intensidade como fazem para os cuidados curativos. E então agora, que se dá estas responsabilidades exclusivas, é aí aonde nós podemos encontrar dificuldades maiores”.

E prossegue, é preciso fazer “*uma inversão deste processo educativo que está centralizado no atendimento da doença e ver então a vantagem que tem o investimento na pessoa como a comunidade em volta, para prevenir as doenças*”.

Também existe a compreensão de que a RSSN deve dar respostas no sentido de diminuir a procura de cuidados no Hospital Central na cidade da Praia, essencialmente os cuidados primários. Esta situação é aqui ilustrada por W., ao afirmar que,

“um dos principais pontos a ter em conta nesta parte da regionalização é descongestionar o HC. Para que o HC seja considerado de referência.

Porque se continuar esse avalanche de cuidados primários a nível dos HC's, nós nunca conseguiremos desenvolver os nossos HC's para a referência que nós queremos [...]. Um dos objetivos é a estratificação e hierarquização dos cuidados de saúde, é fazer com que, não só que as pessoas tenham um atendimento a nível primário mas ter um atendimento primário de muita boa qualidade. Havendo um bom trabalho preventivo a nível dos CS e das DS, isso vai fazer com que haja menos necessidade de pessoas passarem para os hospitais de referência. E quanto menos pessoas passarem nos hospitais de referência, maior vai ser o serviço a prestar a nível destes hospitais”.

É claro que a alusão ao Hospital Central é também válida para o Hospital Regional, que ainda atende cerca de 70% de cuidados considerados passíveis de serem resolvidos com um serviço de atenção primária bem estabelecido e qualificado.

Esta situação é definida por L. como “*uma inversão na procura de cuidados*”.

O espaço da RSSN será um espaço de muitas negociações entre os atores que participam no processo de implementação da região sanitária. São atores diversos e com interesses que devem se consolidar como um interesse comum da região. Para a obtenção dessa **unidade de intervenção e de gestão na região** (V8), deverão existir instrumentos que facilitem a racionalização dessas intervenções na busca de elos comuns para que a região se reveja como um espaço aglutinador. Instrumentos como normas, protocolos de intervenção técnica, a supervisão, a existência de uma prática de controle e de prestação de contas, os órgãos colegiais de gestão, criam as bases indispensáveis para a afirmação da RSSN como uma entidade capaz de atender as aspirações das reformas em curso no setor da saúde para esta região.

É nesta perspectiva que CT., faz quase que um chamamento no sentido de que,

“as ações fossem articuladas com os municípios, com as Câmaras, que não houvesse um divórcio, um trabalho de costas voltadas entre as Câmaras Municipais e estruturas de saúde/DS. Todo esse trabalho na base de cooperação, do diálogo e sem entrar nas esferas de competência de cada um. Não que as (...) entrassem na esfera de competência das (...) ou da região nem o contrário. Mas que houvesse um clima de diálogo, de colaboração mútua”.

Esta necessidade de um corpo coeso de gestão na região é também apontado por R., como primordial ao lembrar de que existe “*alguma necessidade de afinar, são várias pessoas a trabalhar, é preciso entender tudo (...) sobre as normas para poder trabalhar*

à volta de um objetivo. São aspectos importantes estas questões de participação, há pontos de vista diferentes. A gestão da rede de participação, é necessário ter em conta os conflitos, questões políticas”. E prossegue falando dos instrumentos de uniformização da gestão,

“[...] há a questão das normas e dos protocolos, tudo isso, eu penso são aspectos importantes. As normas para a pessoa saber para onde vai, porque haverá muita gente a trabalhar nesse espaço, e já não chega o verbo, o falar, vai ser preciso ter instrumentos escritos perfeitamente escritos, validados e, sobretudo serem respeitados. Há também a outra questão da auto-avaliação que tem que se fazer, falar conosco mesmo, falar para os atores da própria região, falar de que estamos a conseguir fazer alguma coisa”.

A pouca prática de controle e prestação de contas é também uma preocupação defendida por A. como sendo necessária para a coesão da gestão na região. Assim, ele alerta para o fato de que *“quem não controla não faz gestão. Cada profissional deve saber o que esperam dele. E isto em Cabo Verde não se faz”.*

A importância da unidade de gestão ainda é trazida por H. em dois aspectos complementares. O primeiro prende-se com a necessidade da existência de *“um plano da região e não um somatório dos planos das Delegacias”.* O segundo tem a ver com a necessidade de *“uma certa unidade financeira da região para acabar com a independência das Delegacias de Saúde”.* Para este ator *“para a região funcionar, o Gabinete Técnico de coordenação precisará de verbas próprias para se impor dentro da região, para efetuar todas as atribuições próprias dentro da região. Não sei se isso está previsto ou não”.*

Como principal dificuldade a enfrentar em matéria de gestão na região sanitária H. aponta a criação do que chama de,

“[...] corpo técnico da região, o Comitê Executivo. Há muitos novos médicos na região, todos pretendem sair. A falta de estabilidade de pessoal pode impedir um desenvolvimento harmonioso da região. Uma coisa fundamental é criar um corpo coeso para a gestão da RSSN. Para além da definição dos órgãos da região é preciso que esses diversos intervenientes nos diversos órgãos estejam cientes do que se quer e sejam capazes de assumir as funções que terão que executar, de fazer. O papel que a região está a conquistar vai limitar o seu desempenho. Para concretizar, os Delegados de Saúde até agora são gestores um pouco autônomos nos seus municípios. Os DS da RS estão

habilitados para assumir a região como um chapéu, um órgão diretor deles? Ou vão querer manter a sua independência?

Mas é claro que “acabar com a independência das Delegacias de Saúde” não deve significar uma recentralização face às Delegacias de Saúde. Essa possibilidade pode gerar conflitos de poder no interior da região.

ANÁLISE ESTRUTURAL DAS VARIÁVEIS

Após a listagem das variáveis-chave, por uma necessidade de uniformização da compreensão sobre as variáveis, decidiu-se **operacionalizar a definição de cada variável** à luz dos depoimentos dos atores entrevistados. Essa uniformização do entendimento sobre o que cada variável comporta em si, permitiu uma avaliação mais clara e criteriosa dos atores-chave, no momento em que tinham que decidir sobre o quanto cada variável da matriz de impactos cruzados, exerce influência sobre a outra. Também permitiu discernir em que grau, os diferentes atores-chave sobre o processo da regionalização, controlam os recursos necessários à sua consecução.

A operacionalização das variáveis é apresentada em seguida:

V1: Sustentabilidade financeira da Região Sanitária;

(inclui a questão da participação financeira nos custos, autonomia financeira, investimentos futuros, fontes de financiamento, orçamento regional ou por Delegacias de Saúde);

V2: Disponibilidade de recursos humanos qualificados na Região Sanitária;

(inclui a questão da estabilidade, suficiência, comprometimento profissional, formação continua)

V3: Comprometimento político com a Região Sanitária;

(inclui os pactos sobre reforma do Estado, negociações com os parceiros, inclusão na agenda governamental dos diferentes níveis de poder).

V4: Marketing social da Região Sanitária;

(inclui a divulgação da região, resistências à inovação organizacional, informação sobre a região, formação de uma opinião sobre a região)

V5: Articulação entre as estruturas da Região Sanitária;

(inclui a institucionalização das relações entre as estruturas, a federação das estruturas, hierarquização dos cuidados, transferência de utentes, supervisão, partilha de recursos, referência e contra-referência)

V6: Capacidade de resposta técnica na Região Sanitária;

(inclui as condições técnicas disponíveis, funcionalidade dos serviços, credibilidade junto dos utentes, humanização dos cuidados)

V7: Política Nacional de Saúde;

(inclui as prioridades do Ministério da Saúde, a agenda política, a institucionalização da política de regionalização no país, as estratégias sobre os cuidados primários e os cuidados diferenciados)

V8: Capacidade de gestão na Região Sanitária;

(inclui a existência de um corpo coeso de gestão, autonomia administrativa, capacidade de negociação, existência de normas e protocolos, racionalização da gestão, controle e prestação de contas).

Para se ter uma idéia de como os grupos de atores por unidade institucional analisaram as variáveis a partir de suas percepções na construção da matriz de análise estrutural das variáveis, decidiu-se construir matrizes distintas segundo os diferentes níveis de intervenção dos atores. Isto sem prejudicar, no entanto a elaboração de uma matriz global que reflita a opinião consolidada de todos os atores. Essa aplicação da metodologia permitiu descortinar o que os diferentes grupos de atores elegeram como variáveis-chave determinadoras/motrizes, segundo os seus jogos de interesses. Possíveis diferenças esperadas poderiam indicar que, mesmo que algumas variáveis não se revelarem predeterminadoras na matriz sintética, não exclui a importância de algumas variáveis tidas como motrizes por um grupo específico. Esses olhares diferentes sobre o objeto da pesquisa deverão ser preservados durante todo o trabalho. A abertura desta possibilidade de leitura tem a ver com o quadro heterogêneo dos atores. De um lado, existe um corpo de gestores centrais do sistema no Ministério da Saúde de Cabo Verde

com funções de formulação e coordenação da política nacional de saúde e de outro lado existem os gestores locais de saúde com uma função mais executiva das políticas formuladas pelos primeiros, nas quais têm pouca participação. Em contrapartida, os atores políticos municipais (Perfeitos) têm quase que nenhuma intervenção no sistema de saúde, exceto no nível de uma proclamada gestão das unidades sanitárias de base (USB) que deveriam estar a seu encargo. É evidente que esta diferença é propensa a produzir olhares diferentes sobre este processo, não obstante que na formulação, execução e acompanhamento da implementação da RSSN sejam chamados a participar todos estes atores. Mas isso compreende essa nova abordagem gerencial e participativa que o processo de regionalização oferece.

A utilidade da metodologia de análise estrutural segundo Godet (2004), é que impõe uma visão global sobre o tema estudado. Mas este autor também alerta para o fato de que os olhares por vezes subjetivos dos atores-chave visam apoiar a reflexão do pesquisador e não substituí-lo. E como limite desta metodologia, explica que “*uma matriz jamais será a realidade, mas um meio de observá-la, uma fotografia. E como toda a fotografia, a análise estrutural mostra uma parte da realidade, mas também revela o talento do fotógrafo e a qualidade de seu equipamento*” (GODET, 2004:174). E é com esse espírito que as diferentes matrizes de análises estruturais feitas pelos distintos grupos de atores-chave e aqui apresentadas (três e uma global) deverão ser apreciadas.

As variáveis de maior poder de determinação, em termos de número de variáveis que influência na matriz, e da intensidade do impacto que exerce sobre as outras variáveis, são denominadas de *variáveis motrizes* (ou variáveis explicativas), cuja evolução futura marcará de maneira decisiva o sistema global. Na matriz, elas constituem o resultado observado no total das linhas. As *variáveis dependentes* mostram o quanto uma variável é influenciada por outras e ela corresponde ao resultado total obtido nas colunas. As variáveis que apresentam simultaneamente um alto grau de motricidade e de dependência são conhecidas como *variáveis de ligação*³¹. Estas últimas são consideradas dimensões de incerteza significativas a ter em conta (RIIVERA, 2003:154) e dependem muito da dinâmica viva dos atores. A escolha das variáveis-chave do

³¹ São as variáveis que fazem a ligação (dá o nome) entre as variáveis explicativas (ou motrizes) e as variáveis resultado. Por sua natureza instável, qualquer ação sobre elas terá repercussão sobre as outras e um efeito de retorno sobre si própria que virá ampliado ou atenuado em função da impulsão inicial (MARCIAL, E. e GRUMBACH, R. J. S., 2001) In: **Cenários prospectivos: como construir um futuro melhor.**

cenário, segundo este autor, implica hierarquizar as próprias variáveis sistêmicas motrizes, privilegiando umas poucas incertezas críticas (variáveis de ligação), que estabelecerão a diferença entre os cenários.

Para a análise estrutural das variáveis foi utilizado o método do Sistema de Matriz de Impactos Cruzados (MIC)³². Assim passamos a apresentar as matrizes construídas e as respectivas análises, bem como a identificação das principais variáveis motrizes. Para a construção das matrizes foi considerada para cada célula a média das avaliações dos atores sobre a ação de cada variável sobre as outras. Na construção da matriz global/sintética foi considerada a média das médias.

TABELA 20. MATRIZ DE ANÁLISE ESTRUTURAL (GESTORES CENTRAIS DO SISTEMA DE SAÚDE)

Ação de/sobre	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	Total
V1		2,6	2,3	2	2,3	2,6	2,5	2,8	17,1
V2	2,5		2,8	1,6	2,3	2,1	3	2,3	16,6
V3	2	2,5		1,6	1,6	2,3	2,5	2,1	14,6
V4	2,1	2,5	2		2,1	2,5	1,6	2,3	15,1
V5	1,8	3	1,6	1,6		2,5	2	2,6	15,1
V6	2,3	2,8	1,6	1,5	2,8		2,3	2,6	15,9
V7	2	2,6	2,8	2,1	2,5	2,6		2,3	16,9
V8	2,5	2,8	2	1,3	3	2,5	2,3		16,4
Total	15,2	18,8	15,1	11,7	16,6	17,1	16,2	17	

Escala de 0 a 3 valores, sendo nenhuma (0), baixa (1), média (2) e alta (3) intensidade

Fonte: A partir das matrizes preenchidas pelos entrevistados

Na matriz de análise estrutural dos gestores centrais do sistema de saúde (fig. 3) observa-se que as variáveis V1 (Sustentabilidade financeira), V7 (Política Nacional de Saúde) e V8 (Capacidade de gestão) apresentam uma maior *motricidade*, portanto são determinadoras. As variáveis V2 (Disponibilidade de recursos humanos qualificados) e V6 (Capacidade de resposta técnica) se apresentam como *variáveis de ligação* forte.

³² A matriz de impactos cruzados é uma abordagem metodológica para a construção de cenários prospectivos. Foi desenvolvido o método para suprir a deficiência de diversos métodos de previsão, como Delphi, a análise morfológica e o *brainstorming*, que não consideram as relações existentes entre as diversas variáveis em estudo, projetando-as de forma isolada. Cf. em Marcial e Grumbach (2001);

Nesta matriz, por três vezes os seis entrevistados avaliaram de forma consensual com o mesmo grau de influência *variável x variável* três células (aqui apresentadas com “notas” de três (3)).

O ponto médio de motricidade (PM)³³ para esta matriz é de 15,85 pontos. E o valor do ponto médio da dependência (PD) é de 15,25 pontos.

Em seguida é apresentada a matriz analisada pelos gestores locais de saúde (tabela 21).

TABELA 21. MATRIZ DE ANÁLISE ESTRUTURAL (GESTORES LOCAIS DE SAÚDE)

Ação de/sobre	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	Total
V1		2,6	2,8	2,4	2,4	2,8	2,8	2,4	18,2
V2	1,8		2,8	1	1,6	1,8	3	1,8	13,8
V3	2,4	1,8		1,6	1,2	2	3	2	14
V4	1,8	2,6	1,8		1,4	2,4	1,8	1,8	13,6
V5	1,4	2,6	1,4	1,8		2,4	2,2	3	15,8
V6	2,2	3	1,8	1,4	2,2		2	2,8	15,4
V7	1,4	1,8	2,4	1,8	1,6	1,6		1,4	12
V8	2	2,8	1,8	1,2	2,6	2,2	1,4		14
Total	13	17,2	14,8	11,2	13	15,2	16,2	15,2	

Escala de 0 a 3 valores, sendo nenhuma (0), baixa (1), média (2) e alta (3) intensidade

Fonte: A partir das matrizes preenchidas pelos entrevistados

Na matriz elaborada a partir da avaliação feita pelos gestores locais de saúde, observa-se que as variáveis V1 (Sustentabilidade financeira) e V5 (Articulação entre as estruturas) se expressam como *variáveis motrizes*. Enquanto que a variável V2 (Disponibilidade de recursos humanos qualificados) é uma *dependente*. A variável V6 (Capacidade de resposta técnica) se manifesta como uma *variável de ligação*.

A homogeneidade nas avaliações neste grupo foi bem mais marcante com mais avaliações/“notas” consensuais e idênticas para cinco células da matriz.

³³ O ponto médio de motricidade (PM) é igual à soma do valor mais alto da motricidade (VM) e do valor mais baixo da motricidade (vM) dividido por dois. E o ponto médio da dependência (PD) é igual à soma do valor mais alto da dependência (VD) e do valor mais baixo da dependência (vD) dividido por dois. Cf. Marcial e Grumbach (2001).

Estes pontos médios servem para apoiar a construção do gráfico de distribuição de motricidade e dependência das variáveis nos diferentes quadrantes para a definição dos sistemas em estáveis ou instáveis. Cf. Rivera (2003).

Entretanto com relação à matriz avaliada pelos gestores centrais do Serviço Nacional de Saúde, existe uma opinião consensual de que a variável V1 (sustentabilidade financeira) continua a ser uma *variável motriz* e a variável V6 (capacidade de resposta técnica) reúne consenso entre estes dois grupos, como uma *variável de ligação*. Portanto não existem contradições radicais entre estes dois grupos de sujeitos coletivos quanto à avaliação apresentada. Embora possam insinuar-se algumas situações de olhar enviesado a partir da posição que os atores entrevistados ocupam no SNS, nomeadamente para o caso da variável V2 (disponibilidade de recursos humanos qualificados), que para os gestores centrais é uma *variável de ligação* e para os gestores locais de saúde se afigura como uma *variável dependente*. Vale sublinhar que a variável de ligação guarda em si um comportamento de alta motricidade e de dependência simultaneamente, fazendo dela uma “incerteza crítica” (RIVERA, 2003).

O ponto médio da motricidade para esta matriz é de 16,1 pontos e o ponto médio da dependência é de 15,1 pontos.

Em seguida é apresentada a avaliação da matriz feita pelos atores políticos municipais.

TABELA 22. MATRIZ DE ANÁLISE ESTRUTURAL (ATORES POLÍTICOS MUNICIPAIS)

Ação de/sobre	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	Total
V1		2	2,6	2,3	2,3	2	2	2,6	15,8
V2	2,3		2,3	1,6	2	1,6	2,6	2,6	15
V3	1	1,6		1,6	1	1,6	2,6	2	11,4
V4	1	2	2		2,3	2	2	2,6	13,9
V5	1,6	2,3	1,6	1,6		2,3	2,3	2,6	14,3
V6	3	3	2	1,6	2,6		2,3	2,6	17,1
V7	1,3	2	2	1,3	1,3	1,3		1,3	10,5
V8	2,3	2,6	2	1,3	2,3	2,6	1,6		14,7
Total	12,5	15,5	14,5	11,3	13,8	13,4	15,4	16,3	

Escala de 0 a 3 valores, sendo nenhuma (0), baixa (1), média (2) e alta (3) intensidade

Fonte: A partir das matrizes preenchidas pelos entrevistados

Na matriz avaliada pelos atores políticos municipais (tabela 22), as variáveis V6 (Capacidade de resposta técnica) e V1 (Sustentabilidade financeira) são consideradas de

maior *motricidade*. Já a variável V8 (Capacidade de gestão) é *dependente*. A variável V2 (Disponibilidade de recursos humanos qualificados) é avaliada como uma *variável de ligação*. Vale ser destacado que a variável V1 (sustentabilidade financeira) é tida como variável motriz pelos três grupos de atores. E a variável V6 (capacidade de resposta técnica) aparece neste grupo como uma *variável motriz* em oposição aos dois grupos anteriores que consideraram esta variável como de ligação. Nos discursos dos eleitos municipais a temática sobre a capacidade de resposta técnica na região sanitária foi muito enfatizada e ficou aqui expressa a sua importância nas avaliações. No entanto, sejam os gestores centrais do SNS, sejam os gestores locais dos serviços de saúde avaliam esta variável como pertinente (*variável de ligação*). Merece destacar que a variável V8 (capacidade de gestão na RSSN) considerada como variável motriz pelos gestores centrais do SNS, teve na consideração dos políticos locais, uma avaliação de variável dependente, passível de descarte. Ora esta constatação chama a atenção pelo fato de que os atores políticos locais são chamados a participarem de forma ativa nos diferentes corpos colegiais de gestão da RSSN, nomeadamente na comissão deliberativa e na comissão consultiva.

Nesta matriz, os atores políticos municipais avaliaram de forma consensual um elevado número de variáveis com as mesmas “notas” por dez vezes nas células da matriz de análise, demonstrando com isso, uma maior homogeneidade/consenso de opinião dentro do grupo. Mas essa suposta homogeneidade pode ter sido influenciada por esse grupo de sujeitos de pesquisa ter sido o menor em termos de amostragem (três) com relação aos anteriores.

O ponto médio da motricidade desta matriz é de 14,25 pontos e o ponto médio da dependência é de 13,8 pontos.

Em seguida é apresentada uma matriz de análise estrutural que sintetiza as três matrizes (tabela 23) anteriormente apresentadas, por forma a facilitar a geração de uma visão global sobre a avaliação que os atores entrevistados fizeram das variáveis-chave.

**TABELA 23. MATRIZ DE ANÁLISE ESTRUTURAL (GLOBAL – SINTÉTICO
TODOS OS ATORES)**

Ação de/sobre	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	Total
V1		2,4	2,5	2,2	2,3	2,4	2,4	2,6	16,8
V2	2,2		2,6	1,4	1,9	1,8	2,8	2,2	15,1
V3	1,8	1,9		1,6	1,2	1,9	2,7	2	13,1
V4	1,6	2,3	1,9		1,9	2,3	1,8	2,2	14
V5	1,6	2,6	1,5	1,6		2,4	2,1	2,7	14,5
V6	2,5	2,9	1,8	1,5	2,5		2,2	2,6	16
V7	1,5	2,1	2,4	1,7	1,8	1,8		1,6	12,9
V8	2,2	2,7	1,9	1,2	2,6	2,4	1,7		14,7
Total	13,4	16,9	14,6	11,2	14,2	15	15,7	15,9	

Escala de 0 a 3 valores, sendo nenhuma (0), baixa (1), média (2) e alta (3) intensidade

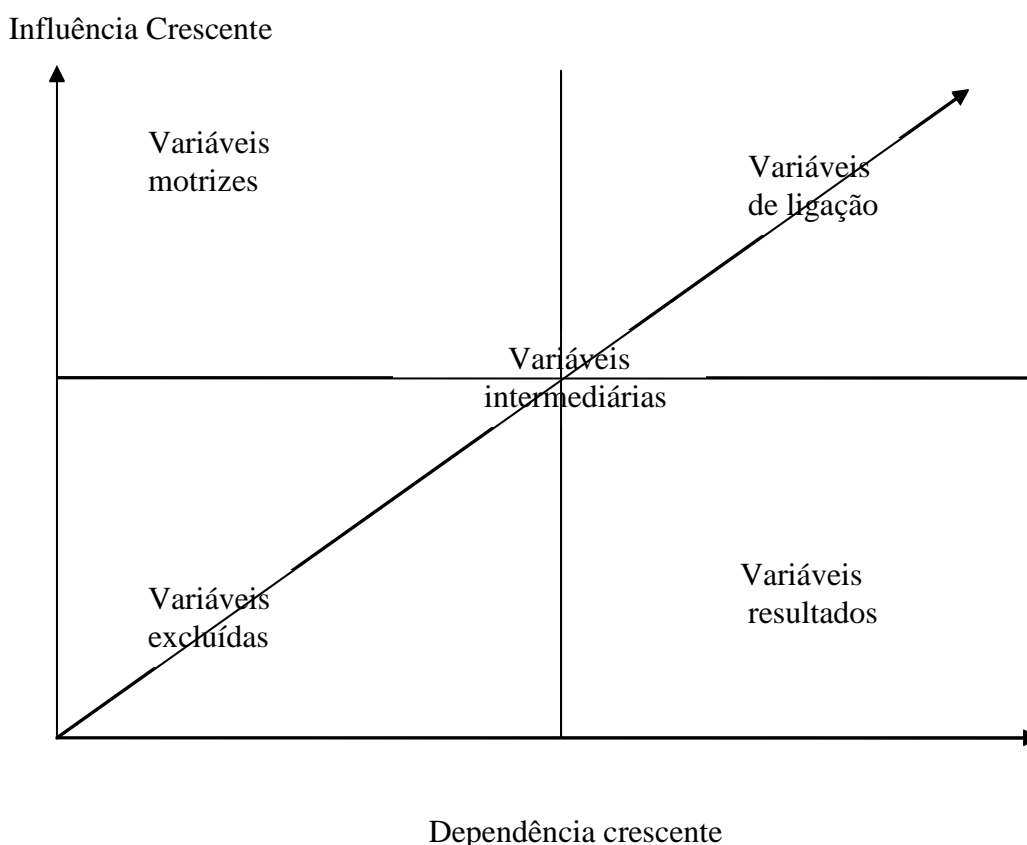
Fonte: A partir das matrizes preenchidas pelos entrevistados

Esta matriz representa a avaliação global de todos os atores que participaram desta pesquisa de estudo de caso sobre as variáveis-chave. As avaliações aqui apresentadas são as médias das médias obtidas a partir das três matrizes anteriormente apresentadas. Como se pode observar, as variáveis V1 (Sustentabilidade financeira) e V6 (capacidade de resposta técnica) apresentam maior *motricidade*. E as variáveis V2 (Disponibilidade de recursos humanos qualificados) e V8 (Capacidade de gestão) se apresentam como *variáveis de ligação*. Na sua maioria as variáveis-chave aqui avaliadas se comportam como variáveis de ligação e conferem um caráter de “incertezas críticas” que irão depender muito das dinâmicas de negociações e obtenção de consensos entre os atores. Não é evidente de que entre as oito variáveis existam situações de variáveis que explicitamente se comportem como *dependentes* e por isso passíveis de descartar no momento de priorização das ações de implementação do processo de regionalização. Nesta matriz global, uma média das médias classificadas na célula da matriz ($v4 \times v3$) é coincidente com as médias verificadas nas três matrizes anteriores e por 16 vezes, pelo menos duas das três médias das células se mostraram coincidentes com as das três matrizes anteriores.

O ponto médio de motricidade da matriz global é de 14,85 pontos. E o ponto médio da dependência é de 14,05.

A partir desta matriz global é construído o gráfico de influência/dependência das variáveis em análise para determinar a distribuição das variáveis (fig.3). Essa distribuição pode ser de dois tipos: compatível com um *sistema estável* ou *sistema instável* (RIVERA, 2003).

FIGURA 3. ARQUÉTIPO DA DISTRIBUIÇÃO DE MOTRICIDADE E DE DEPENDÊNCIA DAS VARIÁVEIS



Fonte: Rivera (2003:156)

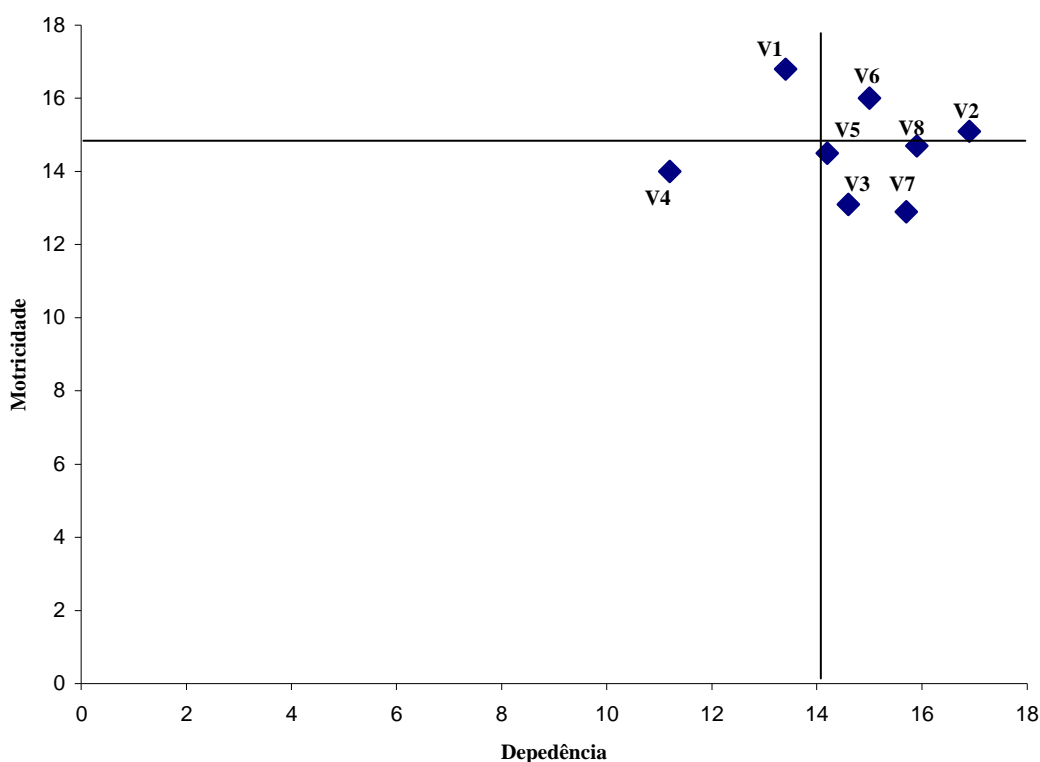
A partir das quatro matrizes de análise estrutural apresentadas pode-se observar que existe tendencialmente um predomínio das *variáveis de ligação* sobre as variáveis motrizes, conforme mostra o gráfico 16. Esta configuração caracteriza o modelo de distribuição de variáveis denominado de *sistema instável* (RIVERA, 2003).

Neste ambiente de “incertezas críticas” segundo Rivera (2003) a partir de Godet (1993), o puro exercício do planejamento tradicional normativo não dá conta dos desafios propostos pela construção dos diversos cenários. A análise prospectiva deveria estar associada a uma reflexão em termos do jogo dos atores envolvidos no processo de

implementação da regionalização, já que a dialética dos atores se apresenta como determinante na construção dos cenários.

Em seguida é apresentado o gráfico 16 de distribuição das variáveis-chave de acordo com o grau de motricidade e de dependência obtidas para a regionalização dos serviços de saúde da RSSN de Cabo Verde, a partir da avaliação dos atores que participaram das entrevistas.

GRÁFICO 16. DISTRIBUIÇÃO DAS VARIÁVEIS SEGUNDO MOTRICIDADE E DEPENDÊNCIA



Fonte: A partir de dados da matriz sintética

Como se pode observar a partir do cruzamento dos valores da motricidade e da dependência, as variáveis situaram-se predominantemente no quadrante superior direito do gráfico, reforçando a condição de neste caso estar-se a trabalhar num ambiente classificado como um *sistema instável* (RIVERA, 2003). Esta leitura é totalmente válida quando se considera toda extensão do gráfico a partir dos pontos “zeros”. Quando ao mesmo gráfico são plotados os pontos médios da motricidade e da dependência (PM e PD), a realidade fica bem diferente. Nesta ótica a variável V1 (sustentabilidade financeira) torna-se uma variável motriz. A variável V4 (Marketing Social da Região

Sanitária) aparece no quadrante III mostrando-se como uma *variável autônoma* com pouca motricidade e pouca dependência. As variáveis autônomas são geralmente tendências de peso ou fatores desligados do sistema, e que não constituem determinantes do futuro, podendo ser excluídas da análise (MARCIAL e GRUMBACH, 2001). As variáveis V3 (comprometimento político com a Região Sanitária) e V7 (Política Nacional de Saúde) aparecem como *variáveis de resultado* sendo pouco motrizes e muito dependentes e seus comportamentos futuros serão explicados pelas variáveis de ligação. As variáveis V2 (disponibilidade de recursos humanos qualificados), V6 (capacidade de resposta técnica na região) V8 (capacidade gestão na região) continuam ainda nesta perspectiva como variáveis de ligação. E a variável V5 (articulação entre as estruturas da região) comporta-se como uma *variável intermediária*. Reportando-se à *figura 3* e às matrizes anteriormente apresentadas, percebe-se que a condição anterior de todas as variáveis se comportarem como variáveis de ligação, surge como consequência de os sujeitos da pesquisa terem altamente valorizado as variáveis. Para um máximo de vinte e um pontos possíveis, os atores em média avaliaram as variáveis em torno de quinze pontos, sendo que as diferenças entre as avaliações se situaram em torno de uma unidade ou mesmo em alguns casos por décimos de unidade. Uma das explicações para este fato é a possibilidade dos entrevistados terem pouco diferenciado entre as variáveis, aquelas que são importantes, das que realmente são decisivas. Entretanto, a heterogeneidade dos atores entrevistados proporciona esse tipo de desafios que, aliás, são bem mais próximas da realidade que é complexa, quando se aborda temas que demandam negociações, partilha de recursos, partilha de poder, mudanças organizacionais, a gestão participativa, entre outros elementos. O que se deve inferir deste gráfico (ou sistema instável) é a necessidade de operacionalizar instrumentos de gestão que tenham como suporte o cálculo estratégico como metodologia de gestão em oposição ao planejamento normativo tradicional. Isso implica a flexibilização da gestão, o comprometimento dos atores-chave com o processo, a definição da missão e da visão da região sanitária e a divulgação e apropriação dos valores que devem nortear todo o processo de implementação da regionalização em apreço. E ainda estimular como atitude gerencial a cultura de prestação de contas e o comprometimento com os resultados, seja por via de contratualização não-formal, seja por pactos que reforcem esse laço com os objetivos estratégicos propostos.

Neste estudo de caso a reflexão que o predomínio das *variáveis de ligação* traz é a de compreender as condições que estão por detrás deste universo de risco e de incertezas. *Primeiramente*, está-se a trabalhar com a perspectiva *forecasting*. Os futuros são múltiplos e incertos e não totalmente previsíveis para as instituições e organizações. *Segundo*, a heterogeneidade dos atores que participaram deste estudo é marcante, mesmo que possam ser analisados em alguns momentos em grupos distintos do universo geral dos participantes da pesquisa. Cada grupo (nível central, nível local subordinado ao nível central e atores políticos nos municípios) detém expectativas diferenciadas e interesses institucionais não necessariamente convergentes, exigindo para isso toda uma aprendizagem da cultura de negociação. *Terceiro*, o processo de regionalização em curso no país é um processo novo, sem experiência prévia a nível nacional. E por isso mesmo, é um projeto piloto de *testagem* desta inovação organizacional dos serviços de saúde em Cabo Verde.

Provavelmente, esta complexidade de fatores em que se vai operacionalizar a regionalização dos serviços de saúde explica o predomínio das *variáveis de ligação* como suporte para o delineamento da construção dos cenários.

ANÁLISE DA INFLUÊNCIA DOS ATORES SOBRE AS VARIÁVEIS

Somente a análise estrutural das variáveis não confere todos os requisitos básicos para a construção dos cenários. Para Rivera (2003), a análise estrutural isolada das variáveis seria como que “*uma análise desencarnada, sem vida*”. A análise da influência dos atores-chave sobre as variáveis expressa uma fase explicativa anterior à exploração das estratégias dos mesmos face às principais tendências possíveis dos cenários. Godet (2004) define os atores-chave como sendo “*aqueles que jogam um papel importante no sistema por intermédio das variáveis que caracterizam os seus projetos e que eles mais ou menos controlam*”.

Para a análise da influência dos atores, Rivera (2003) não se utiliza do modelo godetiano quantitativo baseado na teoria dos jogos *Conflict Analyses*, mas se inspira na análise qualitativa dos atores-chave baseada no modelo matusiano de análise estratégica do Planejamento Estratégico-Situacional (PES). E propõe assim uma matriz de análise do poder de influência, do grau de controle de recursos ou da governabilidade dos atores sobre as variáveis mais determinantes. Essa influência é ponderada em termos de alta (A), média (M), baixa (B) e nenhuma (N). A partir da análise da matriz de influência

dos atores, forma-se uma idéia da governabilidade que esses atores detêm no processo e permite definir quais deles terão maior poder de influência sobre o comportamento futuro de que variáveis³⁴ (RIVERA, 2003).

Tendo como base as questões do roteiro de entrevistas aplicadas aos atores-chave que responderam à questão “4. *Que atores (internos e externos) você acha que podem influenciar o processo de regionalização na RSSN?*”

Foram identificados sete (7) atores-chave, conforme apresentado em seguida;

A1: População da Região Sanitária (*inclui as associações, os parceiros sociais, ONG's*);

A2: Delegacias de Saúde e Hospital Regional (*inclui os gestores locais de saúde e os profissionais de saúde*);

A3: Câmaras Municipais (*Prefeitos*);

A4: Ministério da Saúde (*Gestores nacionais dos serviços de saúde*);

A5: Gabinete Técnico da Região Sanitária (*inclui os órgãos colegiais de gestão*);

A6: Cooperação Internacional (*inclui as agências de cooperação bilateral e multilateral*);

A7: Ministério das Finanças (*Gestor do orçamento de Estado, fiscalização financeira*);

Em seguida é apresentada a matriz de análise da influência dos atores-chave sobre as variáveis. As ponderações apresentadas nas células da matriz são os somatórios da avaliação de todos os que participaram da pesquisa (quatorze). Os números em arábico no interior das células refletem quantas vezes foi indicada a referida ponderação para avaliar a variável em apreço. Por exemplo, na célula “A1XV3”, o conteúdo 5A4M4BIN deve ser lido como cinco indicações de que a influência do ator (A1 – População da Região Sanitária) é alta, quatro de que é média, quatro de que é baixa e uma de que não existe nenhuma influência sobre a variável (V3 – Comprometimento político com a

³⁴ Esta análise de influência dos atores é importante, pois a maioria das rupturas de tendências é causada pelos movimentos desses atores. São eles que têm capacidade para fazer com que o sistema evolua em função de suas ações. Caso o comportamento de uma variável esteja em desacordo com a estratégia de um ator, certamente esse comportamento será alterado para responder às expectativas do ator, por enquanto tiver valor. Cf. Marciel e Grumbach (2001);

Para Godet (2004) o ator é possuidor de intuições e paixões.

Região Sanitária). Essa forma de apresentação retém o julgamento original dos participantes da pesquisa tal como foi expressa. E ainda possibilita fazer leituras de tendências sobre que atores foram considerados como detentores de controle sobre os recursos necessários para a realização de quais variáveis-chave e com que peso.

QUADRO 4. MATRIZ DA INFLUÊNCIA DOS ATORES SOBRE AS VARIÁVEIS

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
A1	3A8M3B	1M10B3N	5A4M4B1N	6A6M2B	4M9B1N	2M6B6N	3A6M5B	1A8B5N
A2	8A5M1B	2A7M4B1N	1A6M5B2N	8A5M1B	14A	12A2B	3A9M1B1N	13A1M
A3	2A8M4B	1A3M9B1N	9A5M	8A5M1N	4M7B3N	2M10B2N	7M6B1N	1A6M3B4N
A4	13A1M	14 ^a	12A2M	3A10M1B	6A7M1B	7A7M	14 ^a	4A9M1B
A5	5A7M2B	1A8M4B	2A6M6B	7A5M1B1N	8A6M	5A6M3B	2A7M4B1N	10A4M
A6	2A10M2B	1A9M4B	2M8B4N	2M10B2N	2M5B7N	1A6M7B	2A3M4B5N	4M7B3N
A7	13A1B	11A3M	6A4M4B	3M6B5N	1M7B6N	2A6M3B3N	4A6M1B3N	2A6M4B2N

Escala: A – alto; M – médio; B – baixo; N – nenhuma

Fonte: A partir das matrizes preenchidas pelos entrevistados

Nesta matriz (quadro 4) pode-se observar uma forte concordância entre os participantes da pesquisa sobre o grau de governabilidade dos atores sobre as variáveis estudadas. Em três células distintas, todos os entrevistados coincidiram na avaliação máxima possível (14) que fizeram sobre a influência dos atores sobre as variáveis (A2xV5, A4xV2 e A4xV7), não obstante a pesquisa ter decorrido separadamente³⁵. Esse consenso se manifesta ainda mais robusto se considerarmos de que em quatorze vezes, a avaliação feita sobre a governabilidade dos atores sobre as variáveis foi igual ou superior a dez (10 votos).

Para melhor visualizar as tendências expressadas sobre a influência dos atores-chave relativamente às variáveis, foi construída uma matriz sintética (quadro 5) que operacionalizou a redução do domínio dos coeficientes explicadores do grau da influência dos atores para um universo mínimo e de fácil visão global das influências

³⁵ A obtenção dos julgamentos separados dos atores foi apoiada com a utilização do método Delphy. Os atores foram interrogados individualmente por meio de sucessivos questionários e entrevistas (total três vezes), minimizando assim os problemas típicos dos grupos (Cf. Marciel e Grumbach, 2001) quais sejam:

- pressão social para que os membros concordem com a maioria;
- atribuição, por vezes, de mais importância ao volume de comentários pró e contra uma opinião do que a sua validade;
- influência exagerada exercida pela personalidade dominante sobre a opinião do grupo;
- influência de interesses particulares de um indivíduo, ou de parte do grupo, na decisão; e
- polarização do grupo, ou de parte dele, para uma cultura, classe ou tecnologia;

sobre as variáveis. Nas células em que foram indicados pelo menos oito (8=>57%) do total de quatorze (14=>100%) votos máximos possíveis, foi considerado um único descritor de influência (A, M, B ou N). Nos casos de células com indicações menores de oito (8) foram considerados pelo menos dois descritores de influência, de modo a guardar a coerência com o que foi expresso pelos entrevistados. E esses descritores quando mais que um, são apresentados e ordenados de acordo com o peso dos valores das ponderações dadas pelos entrevistados.

QUADRO 5. MATRIZ DA INFLUÊNCIA DOS ATORES SOBRE AS VARIÁVEIS (*SINTÉTICO*)

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8
A1	M	B	A/M	A/M	B	B/N	M/B	B
A2	A	M/B	M/B	A	A	A	M	A
A3	M	B	A	A	B/M	B	M/B	M/N
A4	A	A	A	M	M/A	A/M	A	M
A5	M/A	M	M/B	A/M	A	M/A	M/B	A
A6	M	M	B	B	N/B	B/M	N/B	B/M
A7	A	A	A/M	B/N	B/N	M/B	M/A	M/B

Escala: A – alto; M – médio; B – baixo; N – nenhuma

Fonte: A partir das matrizes preenchidas pelos entrevistados

Pode-se observar que o ator-chave A2: *Delegacias de Saúde e Hospital Regional*, bem como ao ator A4: *Ministério da Saúde*, são reservados ou pelo menos se espera deles por parte dos entrevistados, uma importante influência no processo de implementação da regionalização na RSSN. Compreende-se essa lógica de avaliação tendo em conta que o A2 é o responsável pela gestão local da saúde e o ator A4 é o gestor nacional dos serviços de saúde. Um executa as políticas e diretrizes formuladas pelo outro. Entretanto, é preocupante como os outros parceiros deste processo são tidos como coadjuvantes ou em alguns casos mesmo, como simples contempladores. Isto é válido para o ator A1: *População da Região Sanitária* que é o principal beneficiário desta inovação organizacional e que deveria ter capacidade de influenciar todo o processo através de suas representações sociais (ONG's, associações, etc.). Esta compreensão está ancorada numa visão cultural de que os problemas de saúde deverão ser resolvidos pelos responsáveis de saúde e pelos profissionais de saúde.

A governabilidade que o ator A5: *Gabinete Técnico da Região Sanitária* que inclui os órgãos colegiais de gestão terá sobre as variáveis da regionalização é considerada com uma ponderação de influência média na sua maioria, contrastando com os atores A2 e A4 que também são órgãos do Ministério da Saúde. Uma provável explicação é que este órgão está nascendo com a implementação da RSSN e precisa conquistar o seu espaço, por outro lado os outros parceiros são representados nele através dos órgãos colegiais, a comissão deliberativa e a comissão consultiva. Uma outra possível explicação é que está reservado a este ator um mero papel de coordenação ou de uma gestão distanciada. Uma posição diferente encontrada na experiência internacional (Canadá, Reino Unido e Brasil).

A situação observada sobre o ator A3: *Câmaras Municipais (Prefeitos)* é considerada na sua maioria entre média e de baixa influência. Entretanto se de um lado existe uma manifestação discursiva e até política de interesse pela participação deste ator como um ator que intervém efetivamente, a relação de governabilidade que lhe é atribuída aqui sobre as variáveis, não é condizente com a intenção. Pressupõe-se que ele tenha um maior controle de recursos para variáveis (V3: *Comprometimento político com a região sanitária* e V4: *Marketing Social da região sanitária*) que foram consideradas dependentes ou de resultado na matriz de análise estrutural. Em relação às variáveis motrizes a sua governabilidade é baixa. Contudo, vale mencionar que este ator é detentor de uma importante rede institucional de relações seja no país (incluindo principalmente o interior dos municípios), seja no exterior, com possibilidades de mobilização de recursos financeiros, técnicos e de cooperação.

ANÁLISE DAS ESTRATÉGIAS DOS ATORES FACE ÀS VARIÁVEIS-CHAVE

A partir da análise estrutural das variáveis-chave e da análise de influência dos atores sobre as variáveis, é construída a matriz das estratégias dos atores (quadro 6) com as principais possibilidades de comportamento das mesmas (as variáveis) face à posição de cada ator. Segundo Rivera (2003:159), esta matriz permite “*relacionar ou narrar as estratégias de atuação potencial dos atores de maior governabilidade e deduzir das mesmas as possibilidades de comportamento possível de cada variável.*”

Nesta matriz é possível simular as estratégias dos atores com base nas entrevistas recolhidas dos atores-chave do processo de implementação da RSSN.

QUADRO 6. MATRIZ DAS ESTRATÉGIAS POSSÍVEIS DOS ATORES FACE ÀS VARIÁVEIS

Atores/ variáveis	V1: Sustentabilidade financeira	V2:Disponibilidade de RH qualificados	V3:Comprometimento político	V4:Marketing social	V5:Articulaçã o entre estruturas	V6:Capacidad e de resposta técnica	V7: Política nacional de saúde	V8:Capacidade de gestão na região
A1 População da RSSN	A população aumenta a sua participação nos custos da prestação dos cuidados de saúde.		Pressiona aos eleitos na elaboração da agenda política sobre a saúde – RSSN	Disponibilidade em ser um vetor de divulgação e formação de uma opinião sobre a RSSN				Participa através dos órgãos representativos na Comissão consultiva da RSSN
A2 Delegacias de saúde e HR	Melhora a sua capacidade de prestação de serviço e sua gestão financeira, incluindo arrecadação de receitas.	Formação continua do pessoal a todos os níveis. Amplia a sua capacidade de barganha por técnicos Qualificados		Estabelece canais de comunicação para os profissionais e a comunidade sobre a RSSN	Adota os instrumentos de referencia e de contra-referencia como prática de gestão de casos	Amplia a capacidade de resposta técnica, incluindo de diagnóstico, apoio e de consumíveis.	Apóia na formulação de estratégias sobre cuidados primários e diferenciados	Adota normas e protocolos como instrumentos de gestão de patologia. Participa na gestão da RSSN
A3 Câmaras Municipais	Amplia a sua participação nas despesas com a saúde da população local. Reduz a emissão de atestados de pobreza.		Aumenta a capacidade de reivindicação por mais recursos para a RSSN. Fortalece o vínculo político do nível central com a RSSN.	Organiza campanhas de divulgação sobre a RSSN e sensibilização da sociedade à inovação organizacional proposta		Apóia na busca de outras fontes financiamento e mobilização de recursos técnicos.		Fortalece a capacidade de negociação da RSSN junto dos parceiros sociais.
A4 Ministério da Saúde	Aumenta o orçamento para as estruturas da RSSN de acordo com critérios como n. de população e perfil epidemiológico	Garante a suficiência e a estabilidade dos RH's qualificados de acordo com os indicadores nacionais. Promove políticas de estímulo e de estabilidade dos técnicos para a RSSN	Promove a regionalização em saúde como uma das estratégias para a reforma do Estado.		Institucionaliza as relações entre as estruturas que formam a RSSN.	Define a hierarquização de cuidados por tipo de estruturas e garante a sua operacionalização	Elege a regionalização como prioridade do MS na reforma organizacional dos SS.	Cria mecanismos de petição sobre a prestação de contas da RSSN. É membro do Comitê de Pilotagem
A5 Gabinete Técnico da RSSN	Estimula o controle e a prestação de contas. A programação e orçamentação das atividades.	Promove uma gestão de RH's equitativa na RSSN. Estabelece o perfil e o número de técnicos para cada município/estrutura de saúde.	Estimula a participação da sociedade civil organizada na defesa da regionalização junto dos poderes locais e centrais e seu comprometimento.	Cria instrumentos de divulgação da RSSN nos meios de comunicação social e publicita a imagem da RSSN.	Promove a supervisão entre as estruturas como instrumento de aprendizado e divulgação de boas práticas técnicas e de gestão.	Operacionaliza o funcionamento da RSSN como uma rede única e de entradas múltiplas dos utentes.	Divulga a experiência da regionalização na RSSN como um modelo organizacional ao país.	Promove a formação de uma equipe coes de gestão na RSSN. Estimula o comprometimento dos profissionais da saúde com a RS
A6 Cooperação Internacional	Disponibilidade em apoiar investimentos futuros	Acompanhamento da evolução da RSSN no cumprimento da sua missão social e política.						Realização de avaliações externas de desempenho da gestão da RSSN
A7 Ministério das Finanças	Mostra favorável ao aumento do orçamento de funcionamento e de investimento para a RSSN		Reflete no orçamento o grau de comprometimento político do governo com a RSSN					Realiza auditorias financeiras à RSSN

Fonte: A partir dos depoimentos dos entrevistados

Em seguida são apresentados no quadro 7 os eventos alternativos em *três perspectivas*, uma *otimista* de desenvolvimento das estratégias dos atores, uma *central* e uma outra *pessimista*, relativamente aos que foram apresentados no quadro 6. A intenção é abrir as estratégias dos atores para várias possibilidades e dimensões por forma a “*quebrar a rigidez de posições* (RIVERA, 2003)”. Ainda segundo este autor, esta forma de análise estimula a lógica do raciocínio condicional: “*se acontece tal cenário, atuo assim. Se muda, atuo de outra forma. Aprender a aprender a mudar é o objetivo*”.

Este aprendizado permite uma gestão flexível, reduzindo os “eventos surpresa” e adaptando as estratégias às realidades cambiantes dos ambientes (interno e externo) da organização ou mesmo proceder a correções das mesmas.

QUADRO 7. MATRIZ DE EVENTOS ALTERNATIVOS (CENTRAIS, OTIMISTAS E PESSIMISTAS)

Eventos Variáveis	V1: Sustentabilidade financeira	V2: Disponibilidade de RH qualificados	V3: Comprometimento político com a RSSN	V4: Marketing social da RSSN	V5: Articulação entre estruturas	V6: Capacidade de resposta técnica	V7: Política nacional de saúde	V8: Capacidade de gestão na região RSSN
Eventos centrais	Aumento do orçamento de funcionamento para as estruturas de saúde da região, especialmente para o Hospital Regional. Expansão e reforço das fontes de mobilização de recursos financeiros.	Aumento de número de profissionais qualificados. Institucionalização de programas de formação contínua para os profissionais de saúde	Maior engajamento das Câmaras Municipais e de outros departamentos governamentais (INPS, PNLP, etc.).	Criados instrumentos para a divulgação da região. Realizado trabalhos de divulgação da missão da região entre os profissionais de saúde e a população.	Existe partilha de recursos escassos na região (meios de diagnóstico e especialistas) Adotado mecanismos de transferência e de contra-referência para a gestão de casos. Existência de normas e de protocolos sobre patologias.	Aumento da capacidade de resposta técnica na região. Hospital regional com capacidade para oferecer cuidados diferenciados	Mantém a política de regionalização dos serviços de saúde como prioridade para a RSSN	Atribuída autonomia de gestão para a região. Reforço da capacidade de gestão na região
Eventos otimistas	Atribuída autonomia financeira. Adotado um orçamento geral único para a RSSN.	RSSN atrativo para técnicos de saúde qualificados.	A regionalização consta na agenda política dos diferentes níveis de poder. Mobilização dos parceiros sociais adequada à missão da RSSN.	RSSN como referência organizacional e de inovação Humanização dos cuidados de saúde pelos profissionais.	Estruturas de saúde funcionando numa perspectiva de partilha de recursos. Obtenção de economia de escala e de escopo.	Meios técnicos e humanos suficientes e qualificados	Difusão da estratégia de regionalização para outros espaços geográficos.	Disponibilidade de gestores sanitários em número suficiente e qualificados (epidemiologia, estatística, saúde pública, gestão e administração, etc.).
Eventos pessimistas	Manutenção dos níveis de orçamento atual Resistência dos utentes em participar nos custos de saúde	Perfil do profissional inadequado. Instabilidade e insuficiência crônica de técnicos de saúde.	RSSN como uma experiência pontual RSSN transformada em espaço de conflitos e interesses políticos.	Desconhecimento dos propósitos da RSSN pelos profissionais de saúde e pela população.	Desintegração da rede Ausência de protocolos e normas de circulação dos utentes	Aumento da demanda de cuidados para fora da RSSN Oferecimento do pacote mínimo de cuidados	Mudanças de prioridades do Ministério da Saúde.	Gestores sanitários insuficientes e não qualificados

Fonte: A partir dos depoimentos dos entrevistados

DEFINIÇÃO DOS EVENTOS DE TENDÊNCIA CENTRAL

Os eventos (E) constituem as hipóteses de comportamento das variáveis e são definidos tendo em conta a análise estrutural das variáveis, a análise da governabilidade dos atores sobre os recursos necessários à realização das variáveis, assim como a análise das estratégias dos atores. São tidos como eventos de uma maior probabilidade de ocorrência. Para Godet (2004) o evento “*é um sujeito (ser) abstrato cuja única característica é de se realizar ou não se realizar. Ele pode ser considerado como uma variável que não pode assumir mais do que dois valores, em geral <1> se o evento se realizar, <0> se não se realizar*”.

Para sair do enfoque quantitativo de Godet para um enfoque qualitativo, os depoimentos com todos os seus atributos foram analisados com base nas figuras metodológicas oferecidas pelo Discurso de Sujeito Coletivo.

A elaboração dos diferentes eventos centrais foi obtida com o recurso metodológico de construção do *Discurso do Sujeito Coletivo* (DSC), a partir dos depoimentos dos peritos entrevistados. Para a construção destes discursos, utilizou-se de três figuras metodológicas de análise qualitativa dos sentidos dos discursos presentes na matéria-prima discursiva dos atores-chave entrevistados: *as expressões-chave, as idéias centrais e o discurso do sujeito coletivo* (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005). Segundo estes autores, as *expressões-chave* (ECH) seriam os pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso e que revelam a essência do depoimento e de seu conteúdo. É a “*prova discursivo-empírica da verdade*” das idéias centrais. As *idéias centrais* seriam uma expressão lingüística que revela e descreve de maneira sintética o sentido das expressões-chave a partir de discursos homogêneos. Não seria a interpretação, mas a descrição do sentido dos depoimentos dos sujeitos.

Para Lèfevre e Lèfevre (2005) é necessário em pesquisas qualitativas situar a oposição do discurso *da* realidade versus o discurso *sobre* a realidade, isto porque o discurso *da* realidade versa sobre um plano descritivo e “*deixa a realidade descrever-se mais autonomamente*”, do que o discurso *sobre* que é *hétero* descrita e é mais adequado ao momento interpretativo da pesquisa qualitativa.

O Discurso do Sujeito Coletivo, para estes autores,

*“é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa (coletiva) do singular e composto pelas ECH que têm a mesmas idéias centrais. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse **eu** fala pela ou em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social [...]. Neste sentido, o pensamento coletivo é um idioma “segundo”, uma segunda língua, ou, na terminologia chomskiana, uma competência social, que, na medida em que viabiliza e permite a troca entre indivíduos distintos de uma mesma cultura, constitui, como o idioma “primeiro”, condição imprescindível para a vida humana em sociedade. Este idioma é obtido indubitavelmente, por abstração, a partir de um conjunto de falas individuais de sentido reputado semelhante ou complementar, com a finalidade [...] de expressar e representar um pensamento coletivo”.* (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005:16).

Considerando estes pressupostos sobre a análise dos depoimentos discursivos do material das entrevistas, construiu-se para cada *tema* um ou mais DSC observando os seus princípios de *coerência, posicionamento próprio, tipos de distinção entre os discursos e a produção de uma “artificialidade natural”* dos discursos, Lefèvre e Lefèvre (2005). Esta análise permitiu descortinar as tendências dos eventos centrais para cada tema.

Em seguida são apresentados os principais eventos centrais sobre o processo de regionalização dos serviços de saúde na Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), Cabo Verde.

V1 => E1: ***a tendência é expandir e reforçar as fontes de mobilização de recursos financeiros.*** A questão principal relacionada a esta temática é de como enfrentar a escassez de recursos financeiros para o SNS que são cada vez mais pertinentes *vis-à-vis* ao aumento da demanda e o perfil da complexidade desta demanda, a incorporação de meios de diagnósticos mais caros, o peso de doenças crônicas, o custeio dos medicamentos dispensados, etc. A partir de Maio de 2007 foi atualizada uma nova tabela de preços para os cuidados de saúde. Desde Setembro de 2006 que os funcionários públicos foram admitidos no sistema previdenciário, elevando o número de beneficiários de 30% para 60% da população. Existe uma abertura para o aumento do orçamento de Estado alocado para a RSSN. As Câmaras Municipais vão continuar a apoiar as populações carentes, assim como o governo no âmbito da luta contra a pobreza. Está sendo proposta para que 10% das receitas próprias das Delegacias de

Saúde sejam revertidas para o Gabinete Técnico que coordena a região sanitária e que faria uma redistribuição destes recursos para a realização de atividades de interesse comum para a região e ainda reforçar o apoio financeiro para as estruturas de saúde com menor capacidade de arrecadação de receitas, buscando a socialização dos recursos financeiros com o objetivo de promover uma maior equidade na disponibilização desses meios.

O financiador principal continuará a ser o governo, mas devem ser encontradas outras fontes para mobilização de recursos, nomeadamente as comparticipações dos usuários.

A autonomia financeira da região ou das estruturas da região será limitada a uma gestão financeira local dos recursos financeiros e não propriamente a uma autonomia que signifique geração autônoma e suficiente de recursos financeiros.

A tendência é que deve existir um modelo de orçamentos separados para as Delegacias de Saúde, o Hospital Regional e para o Gabinete Técnico.

Estas tendências estão ancoradas nos “discursos do sujeito coletivo”, elaborados a partir dos instrumentos de análise de discursos a seguir apresentadas. Para esta temática, *sustentabilidade financeira da região sanitária*, produziram-se *quatro* discursos do sujeito coletivo:

QUADRO 8. TEMA: SUSTENTABILIDADE FINANCEIRA DA RSSN

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
N	<i>As cobranças deveriam definir através da nova tabela um jogo claro de comparticipação das instituições, INPS, as Câmaras, o MS para permitir o GT a conciliar objetivos de produção de cuidados de saúde a custos necessários para sustentar essa produção e garantir um acesso equitável, sem a necessidade de concentração de recursos.</i> <i>Autonomia financeira sim, não em termos de financiar, mas o poder de gestão de ser financiado, ser estudado. Mas o financiador principal deve ser o Estado e logo deve ter autonomia, mas, no entanto fiscalizada, e não fazer isso mediante a compra e envio de faturas. Mas ter a capacidade de mobilização de recursos.</i>	(1ª) O financiador principal deve ser o Estado com a participação de outras instituições como o INPS, as Câmaras Municipais, etc. (2ª) É preciso ter a capacidade de mobilização de recursos para garantir a produção de cuidados de saúde a custos sustentáveis.
D	<i>As DS para funcionarem dependem muito destes recursos. Se for centralizado será mais difícil.</i>	As Delegacias de Saúde para funcionarem dependem muito dos recursos.
L	<i>A sustentabilidade do setor é uma prioridade, senão teremos problemas a frente. Não é só uma questão de autonomia financeira, mas também da comparticipação dos utentes.. Portanto autônomo, mas com investimento do Estado.</i>	A sustentabilidade do setor (RSSN) é uma prioridade e deve contar com investimentos do Estado e a comparticipação dos utentes.

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
H	<p><i>A questão da cooperação passa a ser o GT. Nos estatutos prevêem-se ações de procura de apoios a instituições quer nacional ou internacional. Há que ver como é que se vai articular e concertar, como é que essa função [...].</i></p> <p><u><i>Para a região funcionar o GT precisará de verbas próprias para se impor dentro da região, para efetuar todas as atribuições próprias dentro da região. Não sei se isso está previsto ou não.</i></u></p> <p><u><i>Para ter autonomia financeira, parte-se de uma base de que a região vai ter um orçamento próprio de Estado. Se quisermos de fato uma região forte e que se desenvolva com meios financeiros, como os HC que tem autonomia financeira e administrativa, também a região deveria ter.</i></u></p> <p><u><i>Se o HR tiver uma autonomia administrativa e financeira, lógico que a região tem que ter, ou pelo menos a autonomia financeira das receitas que recolherem. Julgo que a autonomia do HR pode ser um ponto de conflito interno dentro da região. É preciso que fique bem claro qual o papel do diretor do hospital, qual o seu lugar na região, para não ser uma estrutura estranha dentro da região. O HR vai nascer com um novo figurino para ser parte da região, mas se optar para um papel de órgão diferenciado pode vir a ter esta questão de um certo conflito.</i></u></p>	<p>(1ª) O GT (coordenação) precisará ter verbas próprias para se impor dentro da região e cumprir as suas atribuições.</p> <p>(2ª) A RSSN deveria ter autonomia administrativa e financeira.</p> <p>(3ª) Existe possibilidades de conflitos com as autonomias de outras estruturas de saúde na RSSN.</p>
T	<p><i>Há o problema do país que temos, os recursos são sempre diminutos, para as aspirações das populações. Creio que uma das dificuldades a enfrentar é essa falta de recursos. Os recursos humanos, nem por isso. Agora os recursos financeiros, o país é pobre depende muito da cooperação internacional.</i></p> <p><u><i>[...] comparticipação nos custos é um assunto incontornável, se queremos continuar a dispensar os mesmos cuidados.</i></u></p> <p><i>O orçamento efetivo da RSSN está em estudo para que em 2008 se apresente ao governo exatamente o orçamento que a região sanitária deve ter. Quanto ao financiamento deste orçamento a gente vai tentar encontrar outras fontes, é o Estado, são as seguradoras, os utentes.</i></p> <p><i>Como será esta autonomia financeira? Eles vão cobrar e fazer a gestão de seus próprios recursos. Eles vão vender seus serviços, e tudo o que conseguirem arrecadar. A autonomia financeira significa de que eles terão o seu próprio orçamento e farão a sua gestão. Não há uma intervenção direta do MS na gestão desses meios. Eles fazem a gestão e prestam a conta tanto ao MS como as instancias judiciais, TC. Esta autonomia resulta disso mesmo. O Estado vai ter de conceder algum subsídio, tal como acontece com os HC.</i></p> <p><u><i>Eu não sei se haverá exatamente um orçamento dessa região ou um orçamento das estruturas integrantes. Não tenho uma opinião formada sobre esta matéria. A gente para ter uma opinião formada tem que ter alguma experiência nessa matéria. E não sei dizer se esta ou aquela alternativa será boa ou má. Então prefiro esperar para ver. Isso é mais uma questão política do que outra coisa.</i></u></p>	<p>(1ª) O país depende muito da cooperação internacional e para continuar a dispensar os cuidados a comparticipação nos custos é incontornável.</p> <p>(2ª) O orçamento para a RSSN será financiado pelo Estado, as seguradoras, os utentes e através de outras fontes.</p> <p>(3ª) Falta definir se haverá um orçamento único para a RSSN ou se haverá orçamentos separados para as Delegacias de Saúde que formam a região.</p>
B	<p><u><i>Temos que estimular as pessoas a comparticiparem com os custos na saúde.</i></u></p> <p><u><i>Não é o Estado a dar tudo, alguém terá que custear estes cuidados e as partes terão que estar de acordo para saber quem paga o quê.</i></u></p> <p><u><i>[...] vejo a própria CM que detêm uma rede importante de informação sobre os municípios em matéria de capacidade de pagamento e rendimento que pode dizer que este ou aquele município não está em condições de pagar, portanto tem que beneficiar de algum apoio institucional para que possa aceder aos cuidados de saúde.</i></u></p>	<p>(1ª) Não é o Estado a dar tudo, a população deve ser estimulada a participar com os custos de saúde.</p> <p>(2ª) A população carenciada deve beneficiar de apoio institucional para aceder aos cuidados de saúde.</p>

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
	<p><u>O sistema tem que ser sustentável, é preciso ter inteligência para discuti-lo, ir a base, discutir nas associações de base, sindicato, a mutualidade, discutir com toda a gente e depois implementar. É preciso socializar.</u></p>	<p>(3ª) É preciso socializar a política de comparticipação dos custos de saúde.</p>
W	<p><u>Em CV ainda não é possível ter orçamentos independentes. Se ainda não existe uma lei que regula, como é que vamos saber como é que vai ser a regionalização. De acordo com a lei das finanças o orçamento do MS ainda é conjunto para cuidados primários de saúde. Portanto isso ainda vai depender de uma decisão política de determinar quando houver uma regionalização geral que cada região tenha o seu próprio orçamento.</u></p> <p><u>[...] a possibilidade de se começar a ter em conta a comparticipação da população para a melhoria dos cuidados da saúde. Porque isso vai permitir ter a idéia base da descentralização, o governo fornecer um determinado orçamento básico para os cuidados primários básicos, e tudo o resto realmente vai ter que ser arrecadada através das estruturas, através da comparticipação para melhorar a saúde. Claro que quando falamos de comparticipação, estamos a falar de pessoas que podem pagar. Existe uma lista de comparticipação tendo em conta a situação econômica de cada família. Dependendo dessa condição econômica cada pessoa irá pagar uma comparticipação mínima 1% até mais. São poucas as pessoas que irão pagar 100% dos medicamentos. Vamos passar de um extremo para outro. Primeiro as despesas vão ser maiores, em termos de orçamento vai-se duplicar o orçamento de RS. A idéia é ter um orçamento básico que o governo dá e o resto complementar com a arrecadação. A autonomia exige condições.</u></p>	<p>(1ª) O MS tem um orçamento único, ainda não é possível ter orçamentos independentes.</p> <p>(2ª) O governo fornece o orçamento básico e a população comparticipa.</p> <p>(3ª) A comparticipação vai depender da capacidade de pagamento dos utentes.</p> <p>(4ª) Em termos de orçamento vai-se duplicar o orçamento da RSSN.</p>
G	<p><u>Nós consideramos que temos cerca de 40% de pobres na região norte, dificilmente podemos ter todos os recursos de que precisamos através das comparticipações dos utentes.</u></p> <p><u>Sem a autonomia financeira não haverá a RSSN. Há uma necessidade de autonomia financeira para enfrentar as despesas com pagamento de pessoal, para a gestão do património, para as evacuações de doentes entre as estruturas [...]. Esses recursos deverão ser procurados no Poder Local, Governo e contribuintes.</u></p> <p><u>Não será fácil conseguir a comparticipação dos cidadãos se não for para CV no seu todo.</u></p>	<p>(1ª) A bolsa de pobreza existente na RSSN será uma dificuldade para garantir os recursos através da comparticipação.</p> <p>(2ª) Não será fácil conseguir a comparticipação dos cidadãos se não for para Cabo Verde no seu todo.</p>
A	<p><u>Autonomia financeira pressupõe a possibilidade de funcionar com subsídio de Estado e a possibilidade de gerar recursos para as [...] necessidades. E acho por enquanto ninguém está preparado para isso, nem os HC.</u></p> <p><u>[...] o MS está a estudar a consolidação mais ou menos desta autonomia com os recursos arrecadados a nível local. É preciso legalizar a utilização de receitas locais. O HR para lhe dar a autonomia financeira, aquilo que é chamado de Institutos Públicos, vai ser capaz de gerar no mínimo, pelo menos metade do necessário para as suas necessidades.</u></p> <p><u>Nem sequer estamos preparados para isso mentalmente. Para se dar a autonomia financeira tem que se dar bem. Quais são as possibilidades de recuperar os fundos, de bem gerir para conseguir fazer face às despesas. Para resumir, autonomia financeira sim, mas em setores que têm que ser bem estudados e pressupondo que esta autonomia financeira tem gestores capazes de assegurá-la. Se se chegar aí, porque não.</u></p>	<p>(1ª) A autonomia financeira da RSSN será apoiada com subsídio do Estado e os recursos arrecadados a nível local.</p> <p>(2ª) Para a autonomia financeira da RSSN nem mentalmente estão preparados os atores e as instituições.</p>

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
K	<p><i>Eu acho que não vai ter uma autonomia financeira de início como têm os HC, vai ter uma situação de meio-termo. Para algumas rubricas sim, para outras esta gestão está centralizada, o que não quer dizer de que não vão ter orçamento. Neste momento precisamos saber o que é que custa para funcionar o hospital.</i></p>	<p>A RSSN não vai ter autonomia financeira de início, vai ser uma situação de meio-termo.</p>
R	<p><i>CV é um país que depende bastante de recursos externos [...]. Por outro lado as variáveis externas podem condicionar a situação de desempenho das políticas, não só em termos de ambiente externo, mas em termos de recursos. Nós temos que estar em condições de [...] rapidamente granjear recursos para fazer face à situações de imprevisto.</i></p> <p><i>A nível central não restam dúvidas de que é o MS, mas também o ministério das finanças, o ministério da solidariedade social que tutela o INPS, como também ele tutela os pobres. A região tem uma boa percentagem de pobres. O Ministério dos Negócios Estrangeiros que de resto tutela a cooperação e a região para ter ajuda externa terá de contar com algum apoio externo pelo menos nos próximos tempos. A região não é só donativos [...], o CS de Tarrafal é empréstimo, a própria formação dos técnicos é empréstimo. Portanto vamos ter que ter vários parceiros. Podemos também falar de agências internacionais de cooperação bilateral que são parceiros do MS como a OMS, FNUAP, UNICEF, etc..[...] temos que ter cuidado com a necessidade de coordenação dessas parceiras.</i></p> <p><i>Naturalmente não será a região a trabalhar diretamente a questão do pagamento e participação direta ou indireta. As pessoas vão ter que participar, mas é uma questão que também será estudada junto do MF sobre o pagamento indireto.</i></p>	<p>(1ª) Cabo Verde é um país que depende bastante de recursos externos e deve granjear recursos para fazer face à situações de imprevisto.</p> <p>(2ª) A região tem uma boa percentagem de pobres.</p> <p>(3ª) Deve ser estudada junto do Ministério das Finanças a questão de pagamento indireto sobre os custos de saúde.</p>
CT	<p><i>Além destes custos a Câmara ainda apóia as famílias carenciadas na aquisição de medicamentos, na evacuação dos doentes, na realização das análises clínicas. Portanto é uma serie de apoios financeiros que nós damos às famílias carenciadas em termos de saúde. Se me perguntarem qual é o peso no nosso orçamento, eu diria que é um peso grande que até preferíamos ver aliviados.</i></p> <p><i>Porque é um peso grande no nosso orçamento. Também preferíamos que a manutenção e combustível também fossem por conta da saúde, inclusivamente nós estamos na disposição de fazer a transferência de título de propriedade das [...] ambulâncias para a DS.</i></p> <p><i>Para ser sincero, não só a região sanitária deveria ter uma autonomia financeira, mas as próprias DS deveriam ter uma maior autonomia para poderem funcionar melhor, para poderem enfrentar as dificuldades no dia-a-dia.</i></p>	<p>(1ª) As Câmaras Municipais apóiam as famílias carenciadas nas despesas com os cuidados de saúde.</p> <p>(2ª) O apoio às famílias carenciadas é um peso para as Câmaras Municipais.</p>

Fonte: Depoimentos dos entrevistados

Discursos do Sujeito Coletivo sobre o Tema Sustentabilidade Financeira da RSSN

DSC – 1 (O financiador principal é o Estado, mas devem ser encontradas outras fontes para mobilização de recursos, nomeadamente as participações dos utentes).

Sujeitos (N, L, T, B, W, A, R, G).

O financiador principal deve ser o Estado que, no entanto fiscaliza. Quanto ao financiamento a gente vai tentar encontrar outras fontes além do Estado, por exemplo, as seguradoras, as Câmaras Municipais, os utentes e apoio da cooperação internacional. Cabo Verde é um país que depende muito da cooperação internacional.

A idéia é ter um orçamento básico que o governo dá e o resto complementar com a arrecadação. Naturalmente não será a região a trabalhar diretamente a questão do pagamento e participação direta ou indireta. As pessoas vão ter que participar, mas é uma questão que também será estudada junto do MF sobre o pagamento indireto.

[...] a participação nos custos é um assunto incontornável, se queremos continuar a dispensar os mesmos cuidados. O país vai querer garantir uma saúde de qualidade com várias valências.

Na RSSN vamos passar de um extremo para outro. Primeiro as despesas vão ser maiores, em termos de orçamento vai-se duplicar o orçamento de RS. Por isso, temos que estimular as pessoas a participarem com os custos na saúde. Não é o Estado a dar tudo, alguém terá que custear estes cuidados e as partes terão que estar de acordo para saber quem paga o quê.

[...] a possibilidade de se começar a ter em conta a participação da população para a melhoria dos cuidados da saúde. Porque isso vai permitir ter a idéia base da descentralização, o governo fornecer um determinado orçamento básico para os cuidados primários básicos, e tudo o resto realmente vai ter que ser arrecadada através das estruturas, através da participação para melhorar a saúde.

Mas a participação deve considerar que a região tem uma boa percentagem de pobres. Nós consideramos que temos cerca de 40% de pobres na região norte, dificilmente podemos ter todos os recursos de que precisamos através das participações dos utentes E por outro lado, não será fácil conseguir a participação dos cidadãos se não for para Cabo Verde no seu todo.

DSC – 2 (Devem existir orçamentos separados para as Delegacias de Saúde).

Sujeitos (D, T, CT).

As Delegacias de Saúde para funcionarem dependem muito destes recursos. Se for centralizado será mais difícil.

Eu não sei se haverá exatamente um orçamento dessa região ou um orçamento das estruturas integrantes. Não tenho uma opinião formada sobre esta matéria. A gente para ter uma opinião formada tem que ter alguma experiência nessa matéria. E não sei dizer se esta ou aquela alternativa será boa ou má. Então prefiro esperar para ver. Isso é mais uma questão política do que outra coisa.

Para ser sincero, não só a região sanitária deveria ter uma autonomia financeira, mas as próprias Delegacias de Saúde deveriam ter uma maior autonomia para poderem funcionar melhor, para poderem enfrentar as dificuldades no dia-a-dia. Deveria haver uma certa autonomia financeira pelo menos em termos de realização de despesas, na arrecadação de receitas próprias da Delegacias de Saúde e algum fundo também proveniente do próprio MS para as Delegacias de Saúde. Só assim poderemos ter um serviço de qualidade.

DSC – 3 (Deveria existir um orçamento único para a região sanitária).

Sujeitos (H, T, W).

Para a região funcionar o GT precisará de verbas próprias para se impor dentro da região, para efetuar todas as atribuições próprias dentro da região. Não sei se isso está previsto ou não.

Eu não sei se haverá exatamente um orçamento dessa região ou um orçamento das estruturas integrantes. Para ter autonomia financeira, parte-se de uma base de que a região vai ter um orçamento próprio de Estado. Se quisermos de fato uma região forte e que se desenvolva com meios financeiros, como os HC's que têm autonomia financeira e administrativa, também a região deveria ter. Se o HR tiver uma autonomia administrativa e financeira, lógico que a região tem que ter, ou pelo menos a autonomia financeira das receitas que recolherem. Julgo que a autonomia do HR pode ser um ponto de conflito interno dentro da região. É preciso que fique bem claro qual o papel do diretor do hospital, qual o seu lugar na região, para não ser uma estrutura estranha dentro da região.

Em CV ainda não é possível ter orçamentos independentes. Se ainda não existe uma lei que regula, como é que vamos saber como é que vai ser a regionalização? De acordo com a lei das finanças, o orçamento do MS ainda é conjunto para cuidados primários de saúde. Portanto isso ainda vai depender de uma decisão política de determinar quando houver uma regionalização geral que cada região tenha o seu próprio orçamento.

DSC – 4 (Os significados da autonomia financeira para a região sanitária).

Sujeitos (A, K, N).

Como será esta autonomia financeira? Eles vão cobrar e fazer a gestão de seus próprios recursos. Eles vão vender seus serviços, e tudo o que conseguirem arrecadar. A autonomia financeira significa de que eles terão o seu próprio orçamento e farão a sua gestão. Não há uma intervenção direta do MS na gestão desses meios. Eles fazem a gestão e prestam a conta tanto ao MS como as instancias judiciais, TC. Esta autonomia resulta disso mesmo. O Estado vai ter de conceder algum subsídio, tal como acontece com os HC.

Autonomia financeira pressupõe a possibilidade de funcionar com subsídio de Estado e a possibilidade de gerar recursos para as [...] necessidades. E acho

por enquanto ninguém está preparado para isso, nem os HC. Nem sequer estamos preparados para isso mentalmente. Para se dar a autonomia financeira tem que se dar bem. Quais são as possibilidades de recuperar os fundos, de bem gerir para conseguir fazer face às despesas. Para resumir, autonomia financeira sim, mas em setores que têm que ser bem estudados e pressupondo que esta autonomia financeira tem gestores capazes de assegurá-la. Se se chegar aí, porque não.

Eu acho que não vai ter uma autonomia financeira de início como têm os HC, vai ter uma situação de meio-termo. Para algumas rubricas sim, para outras esta gestão está centralizada, o que não quer dizer de que não vão ter orçamento. Neste momento precisamos saber o que é que custa para funcionar o hospital.

Autonomia financeira sim, não em termos de financiar, mas no poder de gestão, na autonomia da gestão.

V2 => E2: **a tendência é a qualificação dos profissionais de saúde e o aumento de seu numero.** Essa tendência é confirmada em todas as categorias de profissionais. Existem médicos se especializando no exterior e a contratação de médicos através da cooperação internacional para suprir a falta dos médicos nacionais nas especialidades prioritárias para a região sanitária. Existe a tendência de aumento do pessoal de enfermagem, técnicos de laboratórios, etc. Ainda faltam especializar técnicos na área de epidemiologia, farmácia, imagiologia, estatísticas, principalmente. Várias atividades de formação contínua (educação permanente) estão em curso ou programadas. Entretanto vale ressaltar que este evento tem uma progressão lenta e pesada por conta de escassez de certas categorias de profissionais.

Sobre esta temática, disponibilidade de recursos humanos qualificados na região sanitária, os sujeitos da pesquisa produziram *dois* discursos de sujeito coletivo:

QUADRO 9 DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS QUALIFICADOS

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
N	<p><i>Os profissionais de saúde – que são um fator horizontal, é a peça mestre que deve estar implicado em todo o processo.</i></p> <p><i>Ter RH e ter estabilidade de pelo menos para 3 ou 5 anos na região.</i></p> <p><i>. O segundo problema: quadro técnico capacitado no HR. Até fins de [...] – e ainda temos problemas para identificar esses quadros. A parte administrativa não existe no mercado. Estão mais interessados em trabalhar no privado. Não há anestesistas. Quantos enfermeiros, no entanto existem no HAN (Hospital Central)? É preciso fazer um estudo de carga de desempenho nos HC's (laboratório, farmácia, radiologia).</i></p> <p><i>Assegurar a formação técnica do pessoal. <u>Existe carência de pessoal técnico.</u></i></p>	<p>(1ª) Os profissionais de saúde capacitados são as peça-mestre que devem estar implicados no processo de regionalização.</p> <p>(2ª) Existe carência de pessoal técnico na RSSN.</p>

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
H	<i>[...] de certa forma a principal dificuldade é criar o corpo técnico da região [...]. Há muitos novos médicos na região, todos pretendem sair. <u>A falta de estabilidade de pessoal pode impedir um desenvolvimento harmonioso da região.</u></i>	A falta de estabilidade de pessoal pode impedir um desenvolvimento harmonioso da região.
B	<i>[...] a prioridade seria a preparação dos profissionais de saúde a todos os níveis para lidar com o novo sistema. E tenho a convicção de que isto ainda não está a ser feito. Não estou a falar dos médicos em formação ou especialistas. <u>Estou a falar no sistema de atendimento, aconselhamento, de tratamento integrado, a pessoa é atendida não somente do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista psicológico, do encaminhamento, bom relacionamento.</u> Penso que nesses aspectos ainda estamos atrasados. E é um perigo termos estas grandes infra-estruturas e não termos esta base que é o mínimo.</i>	A preparação dos profissionais de saúde a todos os níveis para lidar com o aconselhamento, encaminhamento dos pacientes, o bom relacionamento e o tratamento integrado.
W	<i>E eu digo uma coisa, a população não é tão ignorante assim. <u>A população se não encontrar as condições técnicas, pessoas com formação e boa respostas em termos de tratamento eles vem para a cidade da Praia. Só ganhando a confiança das pessoas da RS é que vão atender e procurar os serviços. A nossa população já não quer ir ao enfermeiro, muito menos a um agente sanitário. E se formos ver em relação a Santiago Norte, se não tiver os especialistas também, a população quer essas especialidades específicas.</u></i> <i>[...] dificuldade é a questão de RH qualificados, devido a questão de fuga de quadros. <u>Nós formamos hoje, formamos amanhã e depois já não temos. E esse vai ser um problema também que RS vai ter que enfrentar como o resto do país.</u></i>	(1ª) A população já não quer ir ao enfermeiro, muito menos ao agente sanitário, ela quer especialistas com boa formação e respostas em termos de tratamento. (2ª) A RSSN vai enfrentar a falta de estabilidade (fuga de quadros) de recursos humanos qualificados.
X	<i><u>Dotar as estruturas da RS com RH capacitados e em quantidades necessárias.</u></i>	Dotar as estruturas da RSSN com recursos humanos capacitados e em quantidades necessárias.
A	<i><u>Agora quem pode prejudicar são os profissionais de saúde que se não fizerem bem os seus trabalhos não ganharão a confiança da população tudo vai continuar na mesma. E claro o nível central, que deve ficar atento para não deixar a coisa estragar [...], afinal já foi realizado em vários países.</u></i> <i>Mas pelo menos <u>deve haver a possibilidade de formação, na região existem as Câmaras Municipais que tem relações com outras câmaras, portanto [...] podem ter planos de formação e de especialização.</u></i> <i>Quando falo de especialização, eu não falo só de profissionais de saúde, mas de outros técnicos e pagar bem. Isto também é uma preocupação. Há salários que são da função pública, mas é preciso incentivar o pessoal, não só de forma pecuniária.</i>	(1ª) A falta de recursos humanos especializados em varias áreas pode ser um problema. (2ª) Existem possibilidades de formação através dos convênios das Câmaras Municipais com seus congêneres.
K	<i>Neste momento nós estamos a seguir as atividades de formação e capacitação dos técnicos de saúde, fundamentalmente dos médicos, enfermeiros, e administradores. Estamos entrando no reforço de pessoal com a dotação de maior numero de técnicos, enfermeiros, médicos e alguns especialistas médicos, técnicos de nível médio para o RX, para o laboratório.</i>	Reforço do pessoal com a dotação de maior numero de técnicos em diversas áreas.
S	<i><u>De momento uma das dificuldades que a região irá enfrentar é em termos de especialistas, visto que no principio não vai ser possível dotar o HR de técnicos no âmbito de todas as especialidades.</u></i> <i>Quando falo em especialistas falo no geral, não só o pessoal médico e de enfermagem para que a região possa funcionar devidamente como deve ser.</i>	No inicio não vai ser possível dotar o Hospital Regional de técnicos no âmbito de todas as especialidades.

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
R	<i>A formação das equipas completas (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.) a nível das DS.</i>	A formação das equipas completas no nível das DS.
CT	<i>Além das infra-estruturas que o município ganhou por parte desta região, o quadro de pessoal médico e de enfermagem será certamente reforçado.</i>	O quadro de pessoal será reforçado.

Fonte: Depoimentos dos entrevistados

Discursos do Sujeito Coletivo sobre o Tema Disponibilidade de RH qualificados

DSC – 1 (A RSSN será dotada com RH capacitados e em quantidades necessárias).

Sujeitos (B, X, A, K, R, CT).

Além das infra-estruturas que o município ganhou por parte desta região, o quadro de pessoal médico e de enfermagem será certamente reforçado.

Neste momento nós estamos a seguir as atividades de formação e capacitação dos técnicos de saúde, fundamentalmente dos médicos, enfermeiros, e administradores. Estamos entrando no reforço de pessoal com a dotação de maior numero de técnicos, enfermeiros, médicos e alguns especialistas médicos, técnicos de nível médio para o RX, para o laboratório. A formação das equipas completas (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.) a nível das Delegacias de Saúde. Dotar as estruturas da RS com RH capacitados e em quantidades necessárias. Porque os profissionais de saúde - são um fator horizontal, são a peça mestre que deve estar implicado em todo o processo.

Mas para isso deve haver a possibilidade de formação. Na região existem as Câmaras Municipais que têm relações com outras Câmaras, portanto [...] podem ter planos de formação e de especialização. Quando falo de especialização, eu não falo só de profissionais de saúde, mas de outros técnicos e pagar bem. Isto também é uma preocupação. Há salários que são da função pública, mas é preciso incentivar o pessoal, não só de forma pecuniária.

DSC – 2 (A RSSN vai enfrentar a falta de estabilidade de RH qualificados).

Sujeitos (N, H, W A, S, B).

[...] de certa forma a principal dificuldade é criar o corpo técnico da região [...]. Há muitos novos médicos na região, todos pretendem sair. A falta de estabilidade de pessoal pode impedir um desenvolvimento harmonioso da região. A [...] dificuldade é a questão de RH qualificados, devido a questão de fuga de quadros. Nós formamos hoje, formamos amanhã e depois já não temos. E esse vai ser um problema também que RS vai ter que enfrentar como o resto do país.

A parte administrativa não existe no mercado. Estão mais interessados em trabalhar no privado. Existe carência de pessoal técnico.

[...] a prioridade seria a preparação dos profissionais de saúde a todos os níveis para lidar com o novo sistema. E tenho a convicção de que isto ainda não está a

ser feito. Não estou a falar dos médicos em formação ou especialistas. Estou a falar no sistema de atendimento, aconselhamento, de tratamento integrado, a pessoa é atendida não somente do ponto de vista técnico, mas também do ponto de vista psicológico, do encaminhamento, bom relacionamento. Penso que nesses aspectos ainda estamos atrasados. E é um perigo termos estas grandes infra-estruturas e não termos esta base que é o mínimo. E eu digo uma coisa, a população não é tão ignorante assim. A população se não encontrar as condições técnicas, pessoas com formação e boa respostas em termos de tratamento eles vêm para a cidade da Praia. A nossa população já não quer ir ao enfermeiro, muito menos a um agente sanitário. Só ganhando a confiança das pessoas da RS é que vão atender e procurar os serviços. Agora quem pode prejudicar são os profissionais de saúde que se não fizerem bem os seus trabalhos não ganharão a confiança da população tudo vai continuar na mesma. A nossa população já não quer ir ao enfermeiro, muito menos a um agente sanitário.

E claro o nível central, que deve ficar atento para não deixar a coisa estragar [...], afinal já foi realizado em vários países.

V3 => E3: ***a tendência é fortalecer o compromisso político com a região sanitária.*** O

Decreto Legislativo que cria a RSSN foi promulgada em Dezembro de 2006. As comissões deliberativas e consultivas foram criadas no primeiro semestre de 2007. A tendência é um maior envolvimento das Câmaras Municipais na implementação da região. Os municípios independentemente da sua cor política têm participado de todo esse processo de implementação da regionalização, não obstante a ocorrência de algumas alternâncias políticas.

Relativamente a esta temática, comprometimento político com a região sanitária, os entrevistados produziram *dois* discursos de sujeito coletivo:

QUADRO 10. TEMA: COMPROMETIMENTO POLÍTICO COM A RSSN

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
N	<p><u><i>Para nós a RS não é só do MS. Para mim a região deveria conceder mais apoio a região enquanto autarquia, primeiro a nível das Câmaras com a maior implicação e refletir um maior desejo da população, é ajudar GT a melhorar a orientação técnica e transformar esses desejos em elementos técnicos para beneficiar a população. É um ciclo de dar e receber [...]. O problema é que não se deve fazer RSSN e excluir o resto da ilha de Santiago senão corre o risco de ser incompreendido pela população e também pelos políticos.</i></u></p> <p><u><i>É pedir mais ação por parte do MS e dos políticos para traduzir a idéia que esteve na base da regionalização. Não é a desconcentração, é chegar a descentralização com poder de decisão administrativa e política para assegurar a materialização da RSSN.</i></u></p>	<p>(1ª) A RSSN não é só do Ministério da Saúde, as Câmaras Municipais devem ser implicadas.</p> <p>(2ª) Não se deve fazer RSSN e excluir o resto da ilha de Santiago senão corre o risco de ser incompreendido pela população e pelos políticos.</p> <p>(3ª) Não é chegar a desconcentração, é chegar à descentralização com decisão administrativa e política.</p>

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
L	<i>Autonomia, garantia de sustentabilidade, <u>aceitação dos diferentes parceiros, a compreensão por parte dos dirigentes, porque quem faz a região na prática são os dirigentes operacionais. Os parceiros têm que tentar compreender para divulgarem permanentemente os objetivos da região.</u></i>	A RSSN deve ser aceite, compreendido e divulgado pelos parceiros.
H	<i>Depois há todo um processo de reforma de Estado que se fala e que se não for coincidente com a definição atual da região, o que é que vai acontecer? <u>Para além de determinadas práxis da administração central do Estado principalmente do MF frente a um processo inovador de gestão que propõe a região.</u></i>	A RSSN significa um processo inovador de gestão que deve ser coincidente com as reformas do Estado.
T	<i>Para mim, <u>o interesse e o engajamento das autarquias e seus respectivos órgãos das autarquias que integram a RS e as outras autarquias que vierem a integrar outras regiões. Da parte do MS, os serviços centrais e seus dirigentes, terão um papel de orientação e de supervisão do desempenho dessas estruturas, por forma que todos possam contribuir para alcançar os objetivos que preconizamos para o setor da saúde num futuro muito próximo.</u></i> <i><u>Relativamente aos parceiros externos vamos continuar a contar com a cooperação internacional para alcançar os objetivos.</u></i>	(1ª) O engajamento e a contribuição dos parceiros são fundamentais para o sucesso da região. (2ª) A RSSN continuará a contar com o apoio dos parceiros externos.
W	<i>[...] a saúde não é só do MS tem que haver uma multidisciplinaridade. Para haver saúde tem que haver saneamento, habitação, água, educação, acho que vários fatores vão interferir de uma maneira em geral. O problema é que em Cabo Verde as pessoas quando falam em prevenção de saúde ou em doença é só problema de saúde. <u>Acho que o ponto principal da regionalização é o querer politicamente fazer isso. Porque se realmente haver todo esse apoio político na regionalização vai acontecer.</u></i>	(1ª) A saúde não é só do Ministério da Saúde. (2ª) O ponto principal da regionalização é o querer politicamente fazer isso
G	<i>[...] e como uma ameaça séria a tentativa de recentralização do projeto por parte do governo, devido a possíveis dificuldades iniciais. As dificuldades não devem ser razões para a recentralização.</i>	A recentralização do projeto é uma ameaça face às dificuldades de implementação.
X	<i><u>Também haverá logicamente o apoio da classe política, que seria fundamental, porque senão seria quase impossível.</u></i> <i><u>A assumpção por parte de todos e levar a sério a região desde o início, por parte do governo na atribuição de verbas, na formação no tempo e hora de todo o pessoal da região, nas exigências e rigor, todos esses aspectos eu diria que são fundamentais para o sucesso da região.</u></i>	O apoio da classe política é fundamental. A região deve ser assumida materialmente e politicamente por todos.
A	<i><u>A RS é um laboratório do processo de descentralização para o MS, no melhor sentido do termo. Faz parte do movimento de reforma do MS.</u></i> <i>E mais, os responsáveis [...] que fazem parte da comissão deliberativa vão ter que se interessar. Porque se não se interessarem vão prejudicar essa idéia de abordagem multidisciplinar de questões relacionadas com a saúde.</i>	A RSSN faz parte do movimento de reforma do processo de descentralização do Ministério da Saúde
K	<i>[...] os atores chaves já estão envolvidos. Cada um deles pode ter uma influencia tanto positiva como negativa na região, daí que <u>a construção de consensos, a aposta na comunicação, no dialogo, deverá servir para ir reduzindo as possibilidades de influencia negativa.</u></i>	A construção de consensos entre os parceiros facilita a gestão de conflitos.

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
R	<p><u>[...] CV, tanto quanto conheço é um país de participação, podem até falar o contrário. Com a abertura política subiu mesmo essa participação, incluindo a descentralização autárquica e o desenvolvimento de associativismo e outras formas de participação, tem trazido para CV avanços significativos em termos de as pessoas se conscientizarem de que o país precisa de todos.</u></p> <p><u>[...]os municípios, independentemente da sua cor política, é só ver como todos se empenham na questão da água, na questão de terrenos, quer dizer, têm realmente participado.</u></p> <p><u>Nesse período entre a formulação e a implementação do projeto houve alternâncias políticas nos municípios, alguns se reconduziram, outros se elegeram e apanharam o comboio a meio do caminho, mas se adaptaram logo aos grandes objetivos da região.</u></p> <p>A RS está enquadrada num processo de descentralização do país.</p>	<p>A abertura política e a descentralização autárquica fizeram de Cabo Verde um país de participação.</p> <p>As alternâncias políticas nos municípios não ameaçam o processo de regionalização.</p> <p>A RSSN está enquadrada num processo de descentralização do país.</p>
CT	<p><u>A Câmara esteve envolvida desde o início da criação da RS. Participamos em várias fases da elaboração do projeto e continuamos a acompanhar o processo até a sua efetivação. Para contribuições futuras, nós temos vindo a assumir vários custos com relação à saúde no concelho [...].</u></p> <p><u>[...] evitar a politização das estruturas de saúde, do pessoal e que as ações fossem viradas para a resolução dos problemas de saúde da região. E que as infra-estruturas construídas no quadro da RSSN fossem vistas pelos atores como algo que pertence ao Estado de CV, à nação Caboverdiana, ao povo de CV.</u></p>	<p>(1ª) As Câmaras Municipais têm assumido vários custos com a saúde.</p> <p>(2ª) É importante evitar a politização das estruturas de saúde e ver a região como pertencente a Cabo verde.</p>

Fonte: Depoimentos dos entrevistados

Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema Comprometimento Político com a RSSN

DSC – 1 (A RSSN deve ser assumida materialmente e politicamente por todos).

Sujeitos (N, L, H, T, W, X, A, K, R, CT).

A RS é um laboratório do processo de descentralização para o MS, no melhor sentido do termo. Faz parte do movimento de reforma do MS. A RS está enquadrada num processo de descentralização do país.

A assunção por parte de todos e levar a sério a região desde o início, por parte do governo na atribuição de verbas, na formação no tempo e hora de todo o pessoal da região, nas exigências e rigor, todos esses aspectos eu diria que são fundamentais para o sucesso da região. E mais, os responsáveis dos municípios, os responsáveis da educação, das finanças, que fazem parte da comissão deliberativa vão ter que se interessar. Porque se não se interessarem vão prejudicar essa idéia de abordagem multidisciplinar de questões relacionadas com a saúde.

Também haverá logicamente o apoio da classe política, que seria fundamental, porque senão seria quase impossível. [...] Cabo Verde, tanto quanto conheço é um país de participação, podem até falar o contrário. Com a abertura política subiu mesmo essa participação, incluindo a descentralização autárquica e o desenvolvimento de associativismo e outras formas de participação, tem trazido para CV avanços significativos em termos de as pessoas se conscientizarem de

que o país precisa de todos. [...] os municípios, independentemente da sua cor política, é só ver como todos se empenham na questão da água, na questão de terrenos, quer dizer, têm realmente participado.

Nesse período entre a formulação e a implementação do projeto houve alternâncias políticas nos municípios, alguns se reconduziram, outros se elegeram e apanharam o comboio a meio do caminho, mas se adaptaram logo aos grandes objetivos da região.

DSC – 2 (A recentralização do projeto face às dificuldades é uma ameaça).

Sujeitos (N, G, T).

O problema é que não se deve fazer RSSN e excluir o resto da ilha de Santiago, senão corre o risco de ser incompreendido pela população e também pelos políticos. [...] e como uma ameaça séria, a tentativa de recentralização do projeto por parte do governo, devido a possíveis dificuldades iniciais. As dificuldades não devem ser razões para a recentralização.

Por outro lado [...] evitar a politização das estruturas de saúde, do pessoal e que as ações fossem viradas para a resolução dos problemas de saúde da região. E que as infra-estruturas construídas no quadro da RSSN fossem vistas pelos atores como algo que pertence ao Estado de Cabo Verde, à nação Caboverdiana, ao povo de CV. E ao serviço, portanto dos cidadãos.

V4 => E4: *a tendência é realizar trabalhos de divulgação da missão da região sanitária entre os profissionais de saúde e a população.* Esta divulgação da região pressupõe uma vasta campanha de explicação às pessoas em que consiste esta inovação organizacional – a regionalização. Essas atividades são pertinentes para a mobilização dos atores e beneficiários deste processo de regionalização, a ter um entendimento correto e adequado sobre como irá funcionar a região, como uma entidade que presta serviços de saúde de forma hierarquizada e em rede. Será necessária a criação de instrumentos para a publicitação da região nos meios de comunicação social. Essa divulgação ainda terá um outro impacto que é a de sensibilizar a população e os profissionais de saúde de outras áreas geográficas dos ganhos obtidos com a regionalização da saúde, isso numa perspectiva de disseminação de sua experiência em outras áreas geográficas. Vale lembrar que a região é um “laboratório” para as reformas do Ministério da Saúde. Não existe muita clareza sobre que atores deverão realizar este evento. Na análise de influência dos atores é relegada esta atividade como um papel para as Delegacias de Saúde e as Câmaras Municipais, provavelmente por serem entidades sediadas localmente.

Relativamente a esta temática, marketing social da região sanitária, os entrevistados produziram *um* discurso de sujeito coletivo:

QUADRO 11. TEMA: MARKETING SOCIAL DA RSSN

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
D	<i>Deveria haver uma educação da população. Os pacientes por uma questão de cultura continuarão a procurar o HR. É preciso sensibilizar a população.</i>	É preciso educar e sensibilizar a população.
L	<i>Todo o mundo: tanto médicos como enfermeiro, como a sociedade civil, as associações. A gente vê a expectativa que se criou. Assim como os responsáveis municipais que irão pensar como fazer uso destas estruturas que certamente vai ter uma implicância política. Cabe a nós divulgar convenientemente este processo.</i>	A divulgação da RSSN cabe a todos.
B	<i>Outra possibilidade de risco é fazer esta reforma sem uma boa informação. As pessoas podem aproveitar esta falta de informação para fazer mais desinformação ainda. Mas estando as partes envolvidas desde o início, explicando as pessoas as vantagens que tem, a resistência do início será ultrapassada.</i>	Uma boa informação sobre a reforma ajuda a diminuir as resistências.
W	<i>O que nós temos necessidade de fazer é de muita informação e formação das pessoas. Sabemos que as mentalidades são difíceis de mudar, mas mudam com o tempo. Em Santiago Norte as pessoas já deviam estar fazendo trabalhos/spots de informação para explicar as pessoas como é que vai funcionar.</i>	Muita informação e formação sobre o funcionamento da região ajudam a mudar as mentalidades.
A	<i>E [...] a adesão da população, a apropriação da estrutura pela população dessas estruturas de saúde. E outra questão a prever é tentar associar a população ao hospital em termos de ser uma coisa deles.</i>	A adesão da população passa pela sua apropriação das estruturas.
K	<i>A formação de uma opinião da região. Este interlocutor que tem o papel de reunir todas vozes da região e comunicar-se com o nível central do MS. Eu acho que aí é aonde nós podemos ter dificuldades maiores. Cada DS, cada concelho já funciona a seu nível e diferente vai ser juntá-los.</i>	A RS será o interlocutor com a formação de uma opinião da região junto do MS.
S	<i>Nos CS para que todos tenham uma idéia clara de o que é a região. A falta de conhecimento por parte dos técnicos seria uma dificuldade. A população eu questiono se têm um conhecimento claro em termos do que é a região e como deverá funcionar. Eu questiono também os profissionais de saúde as sabem.</i>	O conhecimento sobre como funciona a região deve incluir a população e os profissionais de saúde.
R	<i>A realização do marketing social do que é a RSSN, para dar a conhecer a RSSN. Se fizermos um bom serviço de marketing, as pessoas irão sim às estruturas de saúde da RSSN e serão atendidos.</i>	A realização de um marketing social do que é a RSSN.
CT	<i>Há um risco se não for feito um trabalho de sensibilização, para começar, um trabalho sério por forma a fazer as pessoas acreditarem na capacidade dos centros. Se não se fizer as pessoas acreditarem logo no início na capacidade dos centros continuaremos a ter pessoas a fugir para outros centros.</i>	Existe um risco de incompreensão da região sem um trabalho de sensibilização das pessoas.

Fonte: Depoimentos dos entrevistados;

Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema Marketing Social da RSSN

DSC – 1 (Uma boa informação sobre a reforma ajuda a diminuir as resistências).

Sujeitos (D, L, W, S, R, B).

O que nós temos necessidade de fazer é de muita informação e formação das pessoas. Sabemos que as mentalidades são difíceis de mudar, mas mudam com o tempo. Em Santiago Norte as pessoas já deviam estar fazendo trabalhos/spots de informação para explicar as pessoas como é que vai funcionar. Ter um bom conhecimento da região, qual a funcionalidade. Nos CS para que todos tenham uma idéia clara de o que é a região. A falta de conhecimento por parte dos técnicos seria uma dificuldade.

A população eu questiono se têm um conhecimento claro em termos do que é a região e como deverá funcionar. Eu questiono também os profissionais de saúde as sabem.

Deveria haver uma educação da população. Os pacientes por uma questão de cultura continuarão a procurar o HR. É preciso sensibilizar a população.

Todo o mundo: tanto médicos como enfermeiros, como a sociedade civil, as associações. A gente vê a expectativa que se criou. Assim como os responsáveis municipais que irão pensar como fazer uso destas estruturas que certamente vai ter uma implicância política. Cabe a nós divulgar convenientemente este processo.

A realização do marketing social do que é a RSSN, para dar a conhecer a RSSN. Se fizermos um bom serviço de marketing, as pessoas irão sim às estruturas de saúde da RSSN e serão atendidos.

Outra possibilidade de risco é fazer esta reforma sem uma boa informação. As pessoas podem aproveitar esta falta de informação para fazer mais desinformação ainda. Mas estando as partes envolvidas desde o início, explicando as pessoas as vantagens que tem, a resistência do início será ultrapassada.

V5 => E5: **a tendência é reforçar a articulação entre as estruturas que formam a região sanitária.** As reuniões colegiais são realizadas mensalmente entre os responsáveis sanitários dos municípios participantes. A tendência é a região funcionar em rede, especialmente para a partilha de meios de diagnóstico e de especialidades que exigem economia de escala. Sobre esta temática, articulação entre as estruturas de saúde da região, os diferentes atores entrevistados produziram *um* discurso de sujeito coletivo:

QUADRO 12. TEMA: ARTICULAÇÃO ENTRE AS ESTRUTURAS DA RSSN

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
N	<p><u>O problema é o mapeamento para racionalizar os recursos para assegurar os cuidados de primeiro contacto. São atividades de ambulatório. Na atenção dos primeiros contactos [...]. Entrar neste quadro diretor de desenvolvimento. A reforma de primeiro contacto não é multiplicar a construção de estruturas.</u></p> <p><u>O seguimento deveria ser por ex. assinar umas 250 famílias para um médico. CV tem capacidade para isso, pelo nível de educação de população.</u></p>	<p>(1ª) A reforma do primeiro contacto não é multiplicar a construção de infra-estruturas, mas mapear e racionalizar os recursos.</p> <p>(2ª) No primeiro contacto deveriam se assinar umas 250 famílias para um médico.</p>
D	<p><u>O propósito da RS é as DS trabalharem em interligação com o HR e daí do HR para os HC definindo os pacotes mínimos de atividades. As DS deveriam trabalhar sobre o mesmo conceito fazendo supervisões mutuas e servir para troca de experiências entre elas.</u></p>	<p>As DS deveriam trabalhar em interligação com o HR e sobre o mesmo conceito, fazendo supervisões mutuas.</p>
L	<p><u>Primeiro vai contribuir na uniformização de critérios de cuidados prestado.</u></p> <p><u>A RS vai definir um conjunto de atividades, pacotes mínimos de atividades, desde atividades de supervisão e da uniformidade de critérios.</u></p>	<p>A RSSN vai contribuir para a uniformização de cuidados prestados.</p>
H	<p><u>[...] para se saber bem de que o hospital faz parte da região e a autonomia é da região e não do hospital. Se não, vamos criar duas entidades que vão disputar/brigam uma com outra.</u></p>	<p>A autonomia é da região e não das estruturas de saúde que a formam.</p>
T	<p><u>Tem que haver de fato essa disponibilidade da parte dos dirigentes dessas estruturas que integram a região de fazerem parte da região. Essa coordenação deverá ser assegurada pela coordenação da região. Porque esperar pela iniciativa dos dirigentes das estruturas, tendo em conta a nossa cultura centralizadora, não vamos chegar lá. A cúpula da região deves estimular, incentivar e exercer também a sua autoridade para que a articulação se faça. Se não, não vejo como será possível.</u></p>	<p>A articulação entre as estruturas de saúde deve ser estimulada e incentivada para superar a cultura centralizadora.</p>
W	<p><u>Um dos objetivos é a estratificação e hierarquização dos cuidados de saúde. é fazer com que, não só que as pessoas tenham um atendimento a nível primário mas ter um atendimento primário de muita boa qualidade. Havendo um bom trabalho preventivo a nível dos CS e das DS, isso vai fazer com que haja menos necessidade de pessoas passarem para os hospitais de referencia. E quanto menos pessoas passarem nos hospitais de referencia, maior vai ser o serviço a prestar a nível destes hospitais.</u></p> <p><u>Acho que o que RS precisa agora é de normas, normatizar tudo que nós pretendemos fazer dentro da RS. Um dos problemas de CV é não ter normas de funcionamento.</u></p>	<p>Um dos objetivos é a estratificação e a hierarquização dos cuidados de saúde e normatizar os procedimentos dentro da RS.</p>
G	<p><u>[...] é preciso acautelar os riscos de as pessoas nomeadamente confundirem o HR como hospital de Sta Catarina, o risco de gestão. Somente a gestão é capaz de fazer com que o HR esteja ao serviço de toda a população a volta da região, a população inscrita.</u></p>	<p>Somente a gestão é capaz de fazer com que o HR esteja ao serviço de toda a população a volta da região, a população inscrita.</p>

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
X	<p><i>[...] <u>organizar um sistema de referencia e contra-referencia entre todas as estruturas da RS. Melhorar também a prestação de cuidados de saúde e facilitar o acesso aos cuidados de saúde e aos medicamentos.</u></i></p> <p><i><u>A nível da região, o GT terá um papel preponderante na construção desta articulação. Mas penso que a articulação entre os delegados de saúde seria uma saída viável, todas as DS deveriam funcionar em articulação, para minimizar os custos, menos trauma para os pacientes.</u></i></p>	<p>(1ª) Organizar um sistema de referencia e contra-referencia entre as estruturas.</p> <p>(2ª) O GT terá um papel preponderante na construção desta articulação.</p>
A	<p><i>[...] <u>maior disciplina na transferência ou referencia de doentes de diferentes níveis e subníveis, e um melhor trabalho nos HR e HC, em que cada uma fará o trabalho para o qual está vocacionada.</u></i></p> <p><i><u>O CS vai ter funções intermediarias entre a saúde publica e cuidados diferenciados do HR. Não haverá mais internamentos nos CS, quando muito vai se aguardar em observação para saber se o doente vai para casa ou deve ser referido. O hospital de concelho acabou. O CS não vai ser mais hospital.</u></i></p> <p><i><u>Os DS vão ter que trabalhar junto. Os DS é que vão apoiar o GT. Tudo existe no papel. Falta ver é como vai funcionar, porque ainda é um processo. De uma maneira geral os DS e Presidentes de Câmara parecem estar interessados. Isso também pode ajudar para facilitar/consolidar a democracia.</u></i></p>	<p>(1ª) Uma maior disciplina na transferência e referencia de doentes de diferentes níveis.</p> <p>(2ª) O CS vai ter funções intermediarias entre a saúde publica e cuidados diferenciados do HR.</p> <p>(3ª) Tudo existe no papel. Falta ver é como vai funcionar, porque ainda é um processo.</p>
K	<p><i>[...] <u>falando de oferta de cuidados, eles (os DS) vão obrigatoriamente de ter que se relacionar, pacientes que terão de ser evacuados de uma DS para o HR, as deslocações dos especialistas para fazer consultas nos ambulatórios dessas outras DS. Portanto neste processo de referencia e contra-referencia de pacientes, obrigatoriamente vão ter que se relacionar.</u></i></p>	<p>No processo de referencia e contra-referencia, as diferentes DS irão se relacionar.</p>
S	<p><i><u>Eu acho que uma das prioridades que a região sanitária deverá levar em conta é sempre manter uma boa relação o máximo possível, para cada parte fazer a sua parte e ter um feedback. Uma boa comunicação fluida entre todos os responsáveis de saúde e do HR e do diretor da região.</u></i></p>	<p>A prioridade será a boa comunicação entre as partes e a existência do feedback.</p>
R	<p><i><u>Facilitar a comunicação e a disciplina organizacional, as regras e normas, que devem ser respeitadas e no dia em que não nos servirem joga-se no lixo. Mas não essa de cada fazer o que lhe der na gana, porque é a autonomia.</u></i></p> <p><i><u>Cada DS tem o seu espaço de trabalho, mas que haja interação e há espaço para os respectivos concelhos, não é por acaso que existe a comissão deliberativa, onde se vão discutir, portanto os limites vão ter que ser estabelecidos na lei, mas como sabemos a lei em si não é suficiente, há que haver entendimentos entre os atores, esse sentido de reunir os atores e chegar a consensos. Nunca será um espaço perfeito, portanto tem que se transformar num espaço aberto para aprender a partilhar. De modo que a região será um espaço de concertação. A integração tem que ser amparada nas normas e nas leis.</u></i></p>	<p>(1ª) Facilitar a comunicação e a disciplina organizacional respeitando as normas.</p> <p>(2ª) A integração tem que ser amparada nas normas e leis.</p>

Fonte: Depoimentos dos entrevistados

Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema Articulação entre as estruturas de saúde da RSSN

DSC – 1 (A articulação entre as estruturas de saúde deve ser estimulada e incentivada para superar a cultura centralizadora).

Sujeitos (D, L, H, T, W, X, A, K, R).

O propósito da RS é as Delegacias de Saúde trabalharem em interligação com o HR e daí do HR para o HC definindo os pacotes mínimos de atividades. As Delegacias de Saúde deveriam trabalhar sobre o mesmo conceito fazendo supervisões mutuas e servir para troca de experiências entre elas. Isso vai contribuir na uniformização de critérios de cuidados prestados. [...] para se saber bem de que o hospital faz parte da região e a autonomia é da região e não do hospital. Se não, vamos criar duas entidades que vão disputar/brigar uma com outra. [...] organizar um sistema de referencia e contra-referencia entre todas as estruturas da RS.

A nível da região, o GT terá um papel preponderante na construção desta articulação. Mas penso que a articulação entre os Delegados de Saúde seria uma saída viável, todas as DS deveriam funcionar em articulação, para minimizar os custos, menos trauma para os pacientes.

Essa coordenação deverá ser assegurada pela coordenação da região. Porque esperar pela iniciativa dos dirigentes das estruturas, tendo em conta a nossa cultura centralizadora, não vamos chegar lá. A cúpula da região devera estimular, incentivar e exercer também a sua autoridade para que a articulação se faça. Se não, não vejo como será possível. Os DS vão ter que trabalhar junto. Os DS é que vão apoiar o GT. Tudo existe no papel. Falta ver é como vai funcionar, porque ainda é um processo. De uma maneira geral os DS e Presidentes de Câmara parecem estar interessados. Isso também pode ajudar para facilitar/consolidar a democracia.

Acho que o que RS precisa agora é de normas, normatizar tudo que nós pretendemos fazer dentro da RS. Um dos problemas de CV é não ter normas de funcionamento. Facilitar a comunicação e a disciplina organizacional, as regras e normas, que devem ser respeitadas e no dia em que não nos servirem joga-se no lixo. Mas não essa de cada fazer o que lhe der na gana, porque é a autonomia. A integração tem que ser amparada nas normas e nas leis.

Cada DS tem o seu espaço de trabalho, mas que haja interação, maior disciplina na transferência ou referencia de doentes de diferentes níveis e subníveis, e um melhor trabalho nos HR e HC, em que cada uma fará o trabalho para o qual está vocacionada.

V6 => E6: *a tendência é aumentar a capacidade de resposta técnica que é oferecida na região sanitária, tanto humana como em equipamentos.* O Hospital Regional está sendo preparado para atender cuidados diferenciados de nível secundário. A estratégia é reforçar os cuidados primários de saúde e as ações preventivas e promocionais.

Foi feito um grande investimento em meios para procedimentos médico-cirúrgicos, de diagnóstico e na especialização de médicos. Foram construídas novas infra-estruturas, Centros de Saúde e um novo Hospital Regional.

Quanto ao tema, capacidade de resposta técnica na região sanitária, os entrevistados produziram *um* discurso de sujeito coletivo:

QUADRO 13. TEMA: CAPACIDADE DE RESPOSTA TÉCNICA NA RSSN

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
L	<i>A criação de uma região é um processo contínuo. <u>As pessoas esperam especialidades para o HR e não sabem que especialidades, querem equipamentos e não sabem para que especialidades. O principal obstáculo tem a ver com a expectativa que se criou e a sustentabilidade do processo.</u></i>	As pessoas esperam ter especialidades e equipamentos na região.
W	<i><u>Se não houver essas facilidades e se não houver os meios de diagnósticos, os reagentes, tudo isso não vai funcionar. É bom fazer a hierarquização, mas você não vai obrigar ninguém a ir para Santiago Norte se essa pessoa não vai ser atendida lá.</u></i> <i><u>Por isso os fatores importantes são a decisão política, a parte de RH qualificado e suficiente, e acho também a melhoria da qualidade de atendimento. Porque eu acho que temos um problema grave em CV que é não saber atender as pessoas.</u></i>	(1ª) Sem as facilidades de diagnóstico e de especialidades as pessoas não irão procurar atendimento na região. (2ª) A decisão política de disponibilizar RH qualificados e suficientes é importante.
A	<i>[...] até ao momento, os profissionais de saúde não conseguiram criar um clima de confiança para a população, porque a população não está interessada em vir para a Praia. <u>O impacto não vai depender da organização. O impacto vai depender do comportamento das estruturas técnicas na região. Por isso q acho que a idéia da região é descentralizar, mas criando um órgão completo com um nível primário bem desconcentrado e funcional.</u></i> <i><u>Na atenção ao individuo, vai ser necessários médicos, enfermeiros, técnicos e diferentes profissionais de saúde possam realmente lidar com os casos de doença individual da melhor maneira possível. De maneira a merecer a confiança nas pessoas, a confiança naquelas estruturas, confiança naqueles técnicos. Para que as pessoas digam “eu tenho agora aqui em Sta. Catarina ou Tarrafal gente bem formada. Se eu tiver problemas de saúde, vou lá, não fico a espera, tenho as análises necessárias, e o necessário para eles descobrirem o que eu tenho. E eu sei que eles vão me atender da melhor maneira possível, se não for possível, eles vão me enviar para o HR e no HR eu vou encontrar tudo, em termos de medicina, cirurgia, pediatria, radiologia, o essencial nesse nível para puderem saber o que é que eu tenho e para me tratar. E sei também que se eles não conseguirem vão me mandar o HC. Isto é tal ação sobre a medicina individual.”.</u></i>	(1ª) O impacto não vai depender da organização. O impacto vai depender do comportamento das estruturas técnicas na região. (2ª) Na atenção ao individuo, os diferentes profissionais de saúde devem ser capazes de lidar com os casos de doença para merecer a confiança dos utentes.

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
R	<p><i>A região é uma região que fala menos das construções. É fundamentalmente neste momento a organização dos cuidados de saúde de forma a passar de uma fase de quantidade para uma fase de qualidade. Neste momento a prioridade passa essencialmente por uma ação de qualidade, que passa não só por uma melhor organização dos serviços de saúde, por uma melhoria dos RH e por uma melhoria dos equipamentos.</i></p> <p><i>[...] a questão de um bom atendimento é extremamente importante. Esse atendimento não só em forma clínico, mas também é o rosto da instituição, o acolhimento das pessoas. Esses são aspectos importantes para que as pessoas sintam o espaço para a estrutura de saúde, um espaço deles, que devem respeitar, mas também um espaço onde devem encontrar lá os cuidados. E encontrar os cuidados não significa ter lá tudo como sabe, estamos a falar de uma rede hierarquizada e essa pessoa tem que saber que cada nível tem que dar cuidados integrados. A integração de cuidados é fundamental para que as pessoas não comecem a dizer que esses cuidados só são oferecidos num determinado hospital. Mas informar aos pacientes de que “você está numa região, está numa rede e está definido para esta estrutura o que é possível dar. No entanto este espaço é seu, você é um cliente/utente”. Cada nível de estrutura é importante para criar a confiança no utente, para que as pessoas comecem a sentir esta idéia de integração.</i></p>	<p>(1ª) A região é uma região que fala menos das construções e a prioridade passa essencialmente por uma ação de qualidade.</p> <p>(2ª) Encontrar os cuidados não significa ter tudo nas estruturas de saúde, mas uma rede hierarquizada capaz de oferecer cuidados integrados.</p>
CT	<p><i>[...] que se continuasse a prestar os cuidados de saúde existentes até ao momento e que houvesse também evolução em termos de prestação de outros serviços nomeadamente, de análises, RX, como forma de ganharmos cá no interior uma certa autonomia em relação à estrutura central.</i></p> <p><i>Nós temos os vários CS no interior e mesmo com casos simples, as pessoas preferem ir a Praia. Eu penso que isso acontece porque há um certo descrédito das pessoas. As pessoas arrancam para a Praia diretamente, não querem os filhos tratados cá. Eu acho que em relação a credibilidade, as pessoas pensam que se forem a Praia terão maiores chances, as vezes até acontece que o filho esteja internado num CS, mas a pessoa não se tranqüiliza. Isso eu diria não somente para os CS, mas também para o HR.</i></p> <p><i>Penso que o principal risco que a região corre é esse, de resto é zelar por uma boa manutenção das infra-estruturas, procurar ter um atendimento de qualidade por forma a atrair a atenção das pessoas.</i></p>	<p>(1ª) Que houvesse evolução em termos de prestação de serviços complementares de diagnóstico (RX, laboratório).</p> <p>(2ª) Existe um descrédito das pessoas com relação às potencialidades técnicas das estruturas de saúde da região.</p>

Fonte: Depoimentos dos entrevistados

Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema Capacidade de resposta técnica na RSSN

DSC – 1 (O impacto da RS vai depender do comportamento das estruturas técnicas e dos profissionais de saúde na região).

Sujeitos (L, W, A, R, CT).

A região é uma região que fala menos das construções. É fundamentalmente neste momento a organização dos cuidados de saúde de forma a passar de uma fase de quantidade para uma fase de qualidade. Neste momento a prioridade

passa essencialmente por uma ação de qualidade, que passa não só por uma melhor organização dos serviços de saúde, por uma melhoria dos RH e por uma melhoria dos equipamentos. Se não houver essas facilidades e se não houver os meios de diagnósticos, os reagentes, tudo isso não vai funcionar. As pessoas esperam especialidades para o HR e [...], querem equipamentos [...] É bom fazer a hierarquização, mas você não vai obrigar ninguém a ir para Santiago Norte se essa pessoa não vai ser atendida lá. Por isso os fatores importantes são a decisões política, a parte de RH qualificado e suficiente, e acho também a melhoria da qualidade de atendimento. E [...] que houvesse também evolução em termos de prestação de outros serviços nomeadamente, de análises, RX, como forma de ganharmos cá no interior uma certa autonomia em relação à estrutura central. Para os CS terem os serviços de análises e também de RX para que não se continue a fazer deslocar os pacientes só para fazer o RX da fratura de um braço ou de um dedo. O impacto não vai depender da organização. O impacto vai depender do comportamento das estruturas técnicas na região. De maneira a merecer a confiança nas pessoas, a confiança naquelas estruturas, confiança naqueles técnicos. Para que as pessoas digam “eu tenho agora aqui em Sta. Catarina ou Tarrafal gente bem formada. Se eu tiver problemas de saúde, vou lá, não fico a espera, tenho as análises necessárias, e o necessário para eles descobrirem o que eu tenho. E eu sei que eles vão me atender da melhor maneira possível, se não for possível, eles vão me enviar para o HR e no HR eu vou encontrar tudo, em termos de medicina, cirurgia, pediatria, radiologia, o essencial nesse nível para puderem saber o que é que eu tenho e para me tratar. E sei também que se eles não conseguirem vão me mandar para o HC”. Eu acho que temos um problema grave em CV que é não saber atender as pessoas. Portanto encontrar os cuidados não significa ter lá tudo como sabe, estamos a falar de uma rede hierarquizada e essa pessoa tem que saber que cada nível tem que dar cuidados integrados. Por isso que acho que a idéia da região é descentralizar, mas criando um órgão completo com um nível primário bem desconcentrado e funcional.

V7 => E7: a expectativa é colher experiências positivas do modelo de regionalização em curso e institucionalizá-lo para outros espaços geográficos do país. A RSSN é um “laboratório” para as reformas do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Sobre esta temática, as entrevistas colhidas dos atores produziu *dois* discursos de sujeito coletivo:

QUADRO 14. TEMA: POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
N	<p><i>A região vai ter, será o laboratório para o sistema de saúde de CV. Estamos a falar em estruturas desconcentradas.</i></p> <p><i>O organograma do MS não está adaptado às ambições legítimas das reformas que se quer. A capacidade do MS de acompanhar as reformas. [...] por vezes, tem que se ser pró-ativo por vezes.</i></p>	<p>(1ª) A região será o laboratório de reformas do MS.</p> <p>(2ª) O organograma do MS não está adaptado às ambições legítimas das reformas que se quer.</p>
D	<p><i>A criação da RS é um marco importante ainda que nem todos vejam deste modo. Vai ser um exemplo, ainda que na prática não esteja a funcionar cabalmente está mostrando os seus resultados. Para mim deveria ser criadas regiões em todo o país.</i></p>	<p>Deveriam ser criadas regiões sanitárias em todo o país.</p>
L	<p><i>CV por ser um país insular, a RS é quase obrigatória. A RS ajudará na definição de política nacional de saúde e na gestão dos recursos. O lugar chave é contribuir para uma gestão mais adequada dos serviços de saúde com mais qualidade.</i></p>	<p>A RS ajudará na definição de política nacional de saúde e na gestão dos recursos.</p>
H	<p><i>Será também que as entidades não sanitárias querem e podem acompanhar este processo? Externamente a região, podemos questionar se os órgão centrais do MS assumirão plenamente, conscientemente esse processo de regionalização?. Estão conscientes de uma certa incidência da descentralização nas suas próprias atribuições? Primeiro a DGS no planeamento e programação dos cuidados de saúde. Depois as outras DG (RH e Farmácias) que têm trabalhado desde sempre de uma forma muito centralizada quanto aos recursos que eles têm para distribuir as estruturas do resto do país com uma práxis que se repete a o longo de muitos anos. Será que estão capacitados para desenvolver novas ações que poderão vir da região?</i></p>	<p>Os órgãos centrais do MS assumirão plenamente e conscientemente o processo de regionalização?</p>
T	<p><i>A RS é uma experiência piloto que o MS está a testar com vista a sua disseminação para o resto do país, consoante for o sucesso que se conseguir com esta experiência, boa ou má. Esta experiência que a saúde tem de descentralizar as decisões de saúde de forma mais perto das populações.</i></p> <p><i>A descentralização, permitirá a gestão direta dos recursos que estará afeta a região, permitira o desanuviamento das tarefas que esta DG tem e permitira mais tempo para pensar, planificar. Neste momento as DG's de uma maneira geral são um pouco pressionadas, sem tempo para pensar, planificar, formular as políticas. Terá um impacto positivo na gestão dos recursos, financeiros, tecnológicos, humanos, etc., porque a gestão é feita localmente, sob a supervisão dos serviços centrais. Não será uma tarefa direta. A descentralização para mim é o futuro e o impacto será positivo.</i></p> <p><i>[...] as lições contribuirão para a reforma do SNS de uma forma geral, e concretamente no que se refere a descentralização e desconcentração de atribuições e de competências.</i></p>	<p>(1ª) A RS é uma experiência piloto que o MS está a testar com vista a sua disseminação para o resto do país.</p> <p>(2ª) A descentralização dos serviços de saúde é o futuro.</p> <p>(3ª) As lições da RSSN contribuirão para a reforma do Serviço nacional de Saúde.</p>

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
W	<p><i><u>Nós entendemos que a situação ficará mais coesa se houver ainda uma posição central forte com a finalidade de se abrir pouco a pouco até se chegar a uma regionalização propriamente dita. Porque eu não acho que a gente vai correr fazendo uma regionalização 100% diretamente. Primeiro temos que formar o pessoal, tem que haver pessoas para fazer a previsão local e nós ainda não estamos preparados para isso.</u></i></p> <p><i><u>Quem está a implementar a região é o MS. O grande problema que nós tivemos em relação a RS é que ainda não existe uma lei sobre a regionalização em CV, lei base de regionalização. Nós somos a favor da regionalização com controle.</u></i></p> <p><i><u>Acho que na saúde é difícil ter uma regionalização totalmente independente. Certa autonomia sim.</u></i></p> <p><i><u>A RS está sendo como um núcleo da evolução da nossa política nacional de saúde. A partir da RS tirar as ilações dessas normas e torná-las nacionais. Tem que haver um Plano Anual de implementação da RS. Sem as normas cada um faz como entende.</u></i></p>	<p>(1ª) A situação ficará mais coesa se houver ainda uma posição central forte dos órgãos centrais.</p> <p>(2ª) Nós somos a favor da regionalização com controle.</p> <p>(3ª) A RS está sendo como um núcleo da evolução da nossa política nacional de saúde</p>
G	<p><i><u>[...] acho que o MS está perante uma grande oportunidade de fazer uma experiência e a partir desses resultados, alargar essa experiência ao resto do País. Primeiro porque se sabe que se trata de uma descentralização efetiva do sistema de saúde. Sabe-se que em Sto Antônio foi uma experiência de regionalização avulsa. Neste foi um projeto trabalhado de raiz, talvez exigência do financiador, o GD de Luxemburgo.</u></i></p>	<p>A RSSN é uma oportunidade de descentralização efetiva do SNS.</p>
A	<p><i><u>[...] nós vamos tentar na RSSN federar uma série de concelhos e DS, em que cada uma vai continuar com as suas responsabilidades na área de circunscrição em que ela age, mas em que em conjunto vai trabalhar de maneira que possa haver a referencia de nível primário para secundário. Ela não existe. Nem toda a gente obedece a esta hierarquização. Neste aspecto vamos ver se se consegue disciplinar isso.</u></i></p> <p><i><u>Vamos institucionalizar as relações entre os DS para constituírem o tal corpo federado que vai dar corpo à RS, aos comitês. Facilitamos nas reuniões com os responsáveis políticos das CM's para contribuições que podem dar. Falta-nos agora é a criação do diploma legal que vai especificar as funções dos HR.</u></i></p> <p><i><u>E quando a RS estiver a funcionar em pleno, nós vamos tentar colher as lições desse processo para tentar aplicá-lo no resto do país, onde for possível. Somente nas regiões geograficamente realizáveis.</u></i></p>	<p>(1ª) A RS vai permitir disciplinar a hierarquização na prestação dos cuidados.</p> <p>(2ª) As lições da RS poderão ser aplicadas no resto do país.</p>
K	<p><i><u>[...] do reforço dos cuidados primários e secundários da saúde. A análise que nós fazemos da situação da saúde em CV, mostra que praticamente tudo gravita à volta dos HC's, que por sua vez colocam problemas de falta de recursos humanos, materiais e financeiros. E uma forma também de aliviar os hospitais seria reforçar os cuidados primários de saúde e neste momento nós temos um instrumento que é a região para poder vir provar que é possível oferecer cuidados de saúde em estruturas de saúde descentralizadas que estejam mais próximos da população com um pessoal que não tem que ser ou na sua maioria necessariamente especialistas.</u></i></p>	<p>A região pode vir a provar que é possível oferecer cuidados de saúde em estruturas de saúde descentralizadas mais próximas da população com um pessoal que não tem que ser na suas maiorias necessariamente especialistas.</p>
S	<p><i><u>A melhor forma de contribuir para o sucesso da região é darmos a maior atenção possível a atenção primaria para trabalhar na promoção e prevenção e deixar o HR para um nível secundário. Penso que estamos todos em condições de dar o nosso contributo para o sucesso da região, que ela venha a funcionar.</u></i></p>	<p>A RS deverá dar maior atenção possível à atenção primaria e trabalhar na promoção e na prevenção.</p>

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
R	<i>[...] a RSSN é um espaço eleito para reforma, uma experiência feita pelo MS com características de planificação. Acredito que o impacto seria a disponibilização e elementos de referencia que permitissem melhorar a planificação a nível do país. Permitirá ter elementos de reflexão. A experiência não será uma “cola”, um “transplante”. Será uma região com elementos de referencia não só para a região como também eventualmente para outras regiões e porque não nas DS aonde a massa critica da população não justifique a elevação para a categoria de região e porque não também para esse nível de administração.</i>	A RSSN será um espaço de reformas do SNS e de reflexão.
CT	<i>Esses tipos de experiências ultrapassam a própria região sanitária. São processos paralelos que estão acontecendo. A região não pode ficar fechada em si.</i>	A regionalização é uma experiência que ultrapassa a própria região sanitária.

Fonte: Depoimentos dos entrevistados

Discurso do Sujeito Coletivo sobre o Tema Política Nacional de Saúde e a Regionalização

DSC – 1 (A RSSN será um espaço de reflexão e cujas lições contribuirão para as reformas do Serviço Nacional de Saúde).

Sujeitos (N, D, L, T, W, G, A, R, CT).

A RS é uma experiência piloto que o MS está a testar com vista a sua disseminação para o resto do país, consoante for o sucesso que se conseguir com esta experiência. [...] a RSSN é um espaço eleito para reforma, uma experiência feita pelo MS com características de planificação. Esta experiência que a saúde tem de descentralizar as decisões de saúde de forma mais perto das populações; Acredito que o impacto seria a disponibilização de elementos de referencia que permitissem melhorar a planificação a nível do país. Permitirá ter elementos de reflexão. A experiência não será uma “cola”, um “transplante”. Será uma região com elementos de referencia não só para a região como também eventualmente para outras regiões e porque não nas DS aonde a massa critica da população não justifique a elevação para a categoria de região e porque não também para esse nível de administração. Tenho muita fé que esta experiência seja de sucesso.

A descentralização permitirá a gestão direta dos recursos que estará afeta a região, permitirá o desanuviamiento das tarefas [...] e permitira mais tempo para pensar, planificar. Terá um impacto positivo na gestão dos recursos, financeiros, tecnológicos, humanos, etc., porque a gestão é feita localmente, sob a supervisão dos serviços centrais. Não será uma tarefa direta. A descentralização para mim é o futuro e o impacto será positivo; [...] as lições contribuirão para a reforma do SNS de uma forma geral, e concretamente no que se refere a descentralização e desconcentração de atribuições e de competências.

A RS está sendo como um núcleo da evolução da nossa política nacional de saúde. [...] acho que o MS está perante uma grande oportunidade de fazer uma experiência e a partir desses resultados, alargar essa experiência ao resto do País. Primeiro porque se sabe que se trata de uma descentralização efetiva do sistema de saúde; [...] nós vamos tentar na RSSN federar uma série de Concelhos e DS, em que cada uma vai continuar com as suas responsabilidades na área de circunscrição em que ela age, mas em que em conjunto vai trabalhar de maneira que possa haver a referencia de nível primário para secundário. Ela não existe. Nem toda a gente obedece a esta hierarquização.

DSC – 2 (Nós somos a favor da regionalização com controle).

Sujeitos (H, N, W).

Quem está a implementar a região é o MS. O grande problema que nós tivemos em relação a RS é que ainda não existe uma lei sobre a regionalização em CV, lei base de regionalização. Nós somos a favor da regionalização com controle. Acho que na saúde é difícil ter uma regionalização totalmente independente. Certa autonomia sim. Nós entendemos que a situação ficará mais coesa se houver ainda uma posição central forte com a finalidade de se abrir pouco a pouco até se chegar a uma regionalização propriamente dita. Porque eu não acho que a gente vai correr fazendo uma regionalização 100% diretamente. Primeiro temos que formar o pessoal, tem que haver pessoas para fazer a previsão local e nós ainda não estamos preparados para isso.

O organograma do MS não está adaptado às ambições legítimas das reformas que se quer. A capacidade do MS de acompanhar as reformas. [...] por vezes, tem que se ser pró-ativo. Por outro lado, será [...] que as entidades não sanitárias querem e podem acompanhar este processo? Externamente à região, podemos questionar se os órgãos centrais do MS assumirão plenamente, conscientemente esse processo de regionalização? Estão conscientes de uma certa incidência da descentralização nas suas próprias atribuições? Primeiro a DGS no planeamento e programação dos cuidados de saúde. Depois as outras DG's que têm trabalhado desde sempre de uma forma muito centralizada quanto aos recursos que eles têm para distribuir às estruturas do resto do país com uma prática que se repete a o longo de muitos anos. Será que estão capacitados para desenvolver novas ações que poderão vir da região?

V8 => E8: **a tendência é reforçar a capacidade de gestão na região sanitária.** Foi atribuída através do Decreto Lei que cria a região sanitária, a autonomia administrativa e de gestão à região. Entretanto não está clara a forma como se vai dar esta autonomia. Existem fortes clivagens e opiniões radicais dos entrevistados quanto a esta questão. A tendência é reforçar na região os recursos humanos capacitados para a gestão. Foram criadas várias comissões com objetivos de aumentar a capacidade da gestão participativa de atores provenientes de outras áreas (parceiros) e estimular a gestão de grupos cuja filosofia seria a de obtenção de consensos sobre temas importantes de

gestão, como a partilha de recursos, a discussão de planos diretores municipais e regional de desenvolvimento sanitário e ainda criar uma cultura de prestação de contas dos gestores. Entretanto a centralização da gestão é ainda forte. As Delegacias de Saúde até aqui funcionaram com uma forte autonomia e independente uma das outras. Para este modelo de gestão a partir da regionalização as Delegacias de Saúde vão manter ou não esta forte autonomia? Vão continuar a receber orçamentos próprios direto do nível central (como até agora) e arrecadar as receitas locais e fazer a gestão desses recursos financeiros localmente? Ou passarão a depender da entidade Região Sanitária que define a política de gestão da região? O papel da RS será limitado à coordenação? Sem deter recursos, como a RS poderá se impor às estruturas? Até agora as Delegacias de Saúde gozaram de uma gestão descentralizada, respondendo diretamente às direções centrais do Ministério da Saúde. Se com a região sanitária se mantém essa descentralização, o que muda afinal com a regionalização dos serviços de saúde? O quadro de pessoal técnico para gestão das estruturas da região é insuficiente e fraco. Existe risco de burocracia devido às inúmeras comissões e comitês criados e que vão coexistir no mesmo espaço e fora dele (Comissão Deliberativa, Comissão Consultiva, Comitê de Pilotagem, Comissão de Seguimento, Comitê Executivo – Gabinete Técnico).

Sobre esta temática, capacidade de gestão na região sanitária, os entrevistados produziram *dois* discursos de sujeito coletivo:

QUADRO 15. TEMA: CAPACIDADE DE GESTÃO NA RSSN

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
N	<i>As DS deveriam jogar um jogo franco com o GT de igual para igual, sentir-se responsável ter um intercâmbio de igual para igual e facilitar a conceptualização e concretização de idéias. Síntese das opiniões. Também deve ter um plano hospitalar para 10 anos e para cada centro de saúde, pensando num modelo de saúde comunitário. <u>A instituição de normas de gestão e de funcionamento. O acompanhamento e supervisão da qualidade são importantes.</u></i>	A RS deve instituir normas de gestão e de funcionamento e realizar supervisões de qualidade.
D	<i>A região já está criada. Tem os seus objetivos criados. Os órgãos também. Cada órgão deveria trabalhar nesse sentido. Os outros médicos e profissionais deveriam participar da gestão. O sucesso depende do envolvimento de todos. <u>Neste momento só os responsáveis é que sabem do processo de regionalização. Todos deveriam conhecer a região mais.</u></i>	Neste momento só os responsáveis é que sabem do processo de regionalização. Todos deveriam conhecer a região mais.

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
L	<p><i>A RS veio em tempo útil e em ritmo adequado. <u>Definir os aspectos técnicos e de fluxo dos pacientes foi interessante. O processo estuda a hierarquização dos serviços de saúde, há uma inversão na procura de cuidados. Cada estrutura deve obedecer ao seu pacote mínimo de cuidados.</u></i></p> <p><i>A cada nível funcionando como um todo. Centros de saúde praticando as mesmas atividades (salvaguardando as especificidades), mas em termos de gestão de recursos tem que ser uniforme e trabalhando em parceria. <u>Protocolos idênticos para cada nível e patologias semelhantes. Não deve haver uma desproporção entre uma delegacia e outras. Direitos iguais e deveres iguais para as estruturas.</u></i></p>	<p>(1ª) Cada estrutura deve obedecer ao seu pacote mínimo de cuidados.</p> <p>(2ª) Protocolos idênticos para cada nível e patologias semelhantes</p>
H	<p><i>Quem são os atores na região capazes de assumir a região como ela é? Não só por vontade de querer assumir a descentralização, mas que sejam capazes disso também. Ou seja, que capacidades científicas tem a região para o seu correto desenvolvimento. Ainda dentro da região, <u>até neste momento a RS foi definida como uma junção, aglomeração das DS da Região Norte. A meu ver não há uma integração efetiva e plena das DS na região. Ou seja, as DS mantêm uma certa autonomia. Isso pode vir a ser um ponto de conflito interno dentro da região. O papel que a região está a conquistar vai limitar o seu desempenho. Para concretizar, os DS até agora são gestores um pouco autônomos nos seus concelhos. Os DS da RS estão habilitados para assumir a região como um chapéu, um órgão diretor deles? Ou vão querer manter a sua independência?</u></i></p> <p><i>O Plano comum de desenvolvimento sanitário da região [...] vai cortar uma certa autonomia, vai obrigar a cumprir objetivos e metas. Portanto seguido de certa forma mais perto do que em relação às DS e DGS. <u>De certa forma ver se a região se assume como uma região de CV com todas as insuficiências que o SNS tem. Não como uma coisa aparte onde vai receber o seu orçamento, recursos para tudo em detrimento de outros.</u></i></p> <p><i>O ponto básico é a obrigatoriedade da execução de um plano de desenvolvimento sanitário da região, onde todos estão comprometidos. <u>Portanto um plano da região e não um somatório dos planos das delegacias.</u></i></p>	<p>(1ª) Não existe uma integração efetiva e plena das Delegacias de Saúde na região.</p> <p>(2ª) O papel que a região está a conquistar vai limitar o seu espaço.</p> <p>(3ª) Os Delegados de Saúde da região estão habilitados para assumir a região como um órgão diretor?</p> <p>(4ª) Deve existir um plano de desenvolvimento sanitário da região e não um somatório de planos das Delegacias de Saúde.</p>
B	<p><i>[...] <u>a primeira decisão a acontecer é os responsáveis de saúde desta região terem uma voz única, nós queremos é a integração. Agora não tenho uma idéia clara da forma como essa comunicação será feita. Para as estruturas de saúde penso que vai imperar a parte técnica.</u></i></p>	<p>Os responsáveis da saúde da região devem ter uma voz única que promova a integração.</p>
W	<p><i>[...] <u>um dos problemas que temos em CV é a gestão. Investiu-se muito na saúde, mas não se investiu em RH de gestão. Isso é um erro. Nenhum serviço de saúde funciona só com médicos e enfermeiros. Nós descaramos dos gestores.</u></i></p> <p><i><u>Um dos elementos importantes para a RS é a parte da gestão.</u></i></p>	<p>(1ª) Não se investiu em RH de gestão.</p> <p>(2ª) A gestão é um dos elementos importantes para a região.</p>
A	<p><i><u>Quem não controla não faz gestão. Cada profissional deve saber o que esperam dele.</u></i></p>	<p>Quem não controla não faz gestão.</p>

Sujeito	Expressões-chave	Idéia Central
K	<p><i>[...] outra lição positiva que penso que nós vamos tirar é desta gestão de grupos, se considerarmos cada DS, cada concelho como grupos com interesses próprios se sentarem à mesa partilharem os seus problemas e chegarem a consensos que servem a maior parte dos concelhos. Eu acho que é uma experiência de dialogo, que desta forma não existe algo de perfeito.</i></p> <p><i>Um outro tipo de relacionamento vai-se dar quando [...] discutir interesses para a região e não para as DS. Aí os órgãos que estão a ser instalados têm um papel fundamental. As duas comissões, a deliberativa e a consultiva, o comité de pilotagem são instancias de dialogo onde deverá existir algum equilíbrio para que interesses das partes não se sobreponha aos interesses do coletivo.</i></p>	<p>(1ª) A RS vai permitir uma “gestão de grupo” que busca consensos que servem os municípios.</p> <p>(2ª) Os diversos órgãos de gestão da região garantirão o equilíbrio de interesses das partes.</p>
S	<p><i>Vejo todos os delegados nas reuniões da equipe colegial, põem problemas para todo o mundo participar. Eu acho que todo o mundo está claro quais são os objetivos da região. Não tenho notado situações de disputa por recursos entre os DS.</i></p>	<p>Não tenho notado situações de disputa por recursos entre os DS.</p>
R	<p><i>Há a questão das normas e dos protocolos, tudo isso, eu penso são aspectos importantes. As normas para a pessoa saber para onde vai, porque haverá muita gente a trabalhar nesse espaço, e já não chega o verbo, o falar, vai ser preciso ter instrumentos escritos perfeitamente escritos, validados e, sobretudo serem respeitados.</i></p> <p><i>Há também a outra questão da auto-avaliação que tem que se fazer, falar conosco mesmo, falar para os atores da própria região, falar de que estamos a conseguir fazer alguma coisa.</i></p> <p><i>Também existe a questão da programação local que naturalmente vai definir as grandes linhas e cada vez mais detalhada e naturalmente tem que ser um instrumento também que permita avaliações sistemáticas e correções.</i></p> <p><i>As contas da RSSN deverá ser uma prioridade. A região servirá de suporte para o arranque da montagem das contas nacionais de saúde, para seguir as despesas e ver a cadeia de gastos. Ter uma gestão transparente para que as pessoas saibam o que pagaram como foi aplicado, isso é fundamental.</i></p>	<p>Não chega o verbo, o falar, vai ser preciso ter instrumentos escritos, validados e, sobretudo serem respeitados (normas e protocolos).</p> <p>A auto-avaliação que tem que se fazer, falar conosco mesmo, falar para os atores da própria região, falar de que estamos a conseguir fazer alguma coisa.</p> <p>Ter uma gestão transparente para que as pessoas saibam o que pagaram como foi aplicado.</p>
CT	<p><i>[...] é uma experiência que é pioneira no país e que não deveria ficar pela RSSN. Dever-se-ia levar esta experiência para outras regiões do país, eu vejo o caso de Sto Antão, Fogo e Brava. É uma boa forma de resolver os problemas de saúde, facilitar o acesso da saúde.</i></p>	<p>A regionalização é uma boa forma de resolver os problemas de saúde e facilitar o acesso.</p>

Fonte: Depoimentos dos entrevistados

Discursos do Sujeito Coletivo sobre o Tema Capacidade de gestão na RSSN

DSC – 1 (A RS deve instituir normas de gestão e de funcionamento e realizar supervisões de qualidade).

Sujeitos (N, D, L, A, K, S, R).

O Plano comum de desenvolvimento sanitário da região [...] vai cortar uma certa autonomia, vai obrigar a cumprir objetivos e metas. Portanto seguido de certa forma mais perto do que em relação às DS e DGS. De certa forma ver se a região se assume como uma região de Cabo Verde com todas as insuficiências que o SNS tem. Não como uma coisa aparte onde vai receber o seu orçamento, recursos para tudo em detrimento de outros. O ponto básico é a obrigatoriedade da execução de um plano de desenvolvimento sanitário da região, onde todos estão comprometidos. Portanto um plano da região e não um somatório dos planos das delegacias.

Há a questão das normas e dos protocolos, tudo isso, eu penso são aspectos importantes. As normas para a pessoa saber para onde vai, porque haverá muita gente a trabalhar nesse espaço, e já não chega o verbo, o falar, vai ser preciso ter instrumentos escritos perfeitamente escritos, validados e, sobretudo serem respeitados. O acompanhamento e supervisão da qualidade são importantes. [...] outra lição positiva que penso que nós vamos tirar é desta gestão de grupos, se considerarmos cada DS, cada Concelho como grupos com interesses próprios se sentarem à mesa partilharem os seus problemas e chegarem a consensos que servem a maior parte dos concelhos. Eu acho que todo o mundo está claro quais são os objetivos da região. Não tenho notado situações de disputa por recursos entre os DS. Um outro tipo de relacionamento vai-se dar quando [...] discutir interesses para a região e não para as DS. Aí os órgãos que estão a ser instalados têm um papel fundamental. As duas comissões, a deliberativa e a consultiva, o comitê de pilotagem são instancias de dialogo onde deverá existir algum equilíbrio para que interesses das partes não se sobreponha aos interesses do coletivo.

Há também a outra questão da auto-avaliação que tem que se fazer, falar conosco mesmo, falar para os atores da própria região, falar de que estamos a conseguir fazer alguma coisa.

Também existe a questão da programação local que naturalmente vai definir as grandes linhas e cada vez mais detalhada e naturalmente tem que ser um instrumento também que permita avaliações sistemáticas e correções.

As contas da RSSN deverá ser uma prioridade. A região servirá de suporte para o arranque da montagem das contas nacionais de saúde, para seguir as despesas e ver a cadeia de gastos. Ter uma gestão transparente para que as pessoas saibam o que pagaram como foi aplicado, isso é fundamental. Quem não controla não faz gestão. Cada profissional deve saber o que esperam dele.

DSC – 2 (A RS foi definida como uma junção, aglomeração das DS da Região Norte, sem uma integração efetiva e plena das DS na região).

Sujeitos (H, E, D).

O papel que a região está a conquistar vai limitar o seu desempenho. Para concretizar, os DS até agora são gestores um pouco autônomos nos seus concelhos. Os DS da RS estão habilitados para assumir a região como um chapéu, um órgão diretor deles? Ou vão querer manter a sua independência?

Quem são os atores na região capazes de assumir a região como ela é? Os outros médicos e profissionais deveriam participar da gestão. O sucesso depende do envolvimento de todos. Neste momento só os responsáveis é que sabem do processo de regionalização. Todos deveriam conhecer a região mais. Não só por vontade de querer assumir a descentralização, mas que sejam capazes disso também. Ou seja, que capacidades científicas tem a região para o seu correto desenvolvimento. Ainda dentro da região, até neste momento a RS foi definida como uma junção, aglomeração das DS da Região Norte. A meu ver não há uma integração efetiva e plena das DS na região. Ou seja, as DS mantêm uma certa autonomia. Isso pode vir a ser um ponto de conflito interno dentro da região.

[...] um dos problemas que temos em CV é a gestão. Investiu-se muito na saúde, mas não se investiu em RH's de gestão. Isso é um erro. Nenhum serviço de saúde funciona só com médicos e enfermeiros. Nós descaramos dos gestores. Um dos elementos importantes para a RS é a parte da gestão.

DEFINIÇÃO DAS PROBABILIDADES DE OCORRÊNCIA INDIVIDUAL E DAS PROBABILIDADES CONDICIONADAS DOS EVENTOS CENTRAIS

Em seguida, os eventos centrais foram submetidos à avaliação da probabilidade qualitativa de suas ocorrências, para possibilitar a definição dos cenários mais prováveis da evolução do processo de regionalização estudado.

Nesta fase optou-se pela lógica do método de impactos cruzados com base em consulta aos especialistas e atores-chave que indicaram a *probabilidade de ocorrência isolada das hipóteses* de eventos centrais e as *probabilidades condicionadas* 2 a 2. Rivera (2003) exemplifica para este último caso que, a pergunta a formular aos especialistas e atores deve ser “*qual a probabilidade de que ocorra E1 (evento 1) caso se realize o E2*” e aí por diante. Este autor propõe a seguinte escala de respostas de forma qualitativa: probabilidade pequena ou quase nula (valor 1); improvável (valor 2); probabilidade média (valor 3); provável (valor 4); alta probabilidade (valor 5); eventos separados ou independentes (valor 0). Esses valores ainda são classificados em mais (+) ou menos (-) para medir a intensidade da correlação no caso de ser negativa ou positiva. A correlação negativa no caso significa a inibição da probabilidade de ocorrência dessa interdependência (sinal -) e a correlação positiva (sinal +) sugere a potenciação do evento na presença de um outro evento.

Para a probabilização das tendências optou-se pelo enfoque qualitativo de julgamento dos peritos consultados em considerar o peso relativo dos eventos na presença da realização de um outro evento e não por uma probabilização formalizada ou

informatizada dos cenários com uso de *software* (RIVERA, 2003). A consulta aos especialistas foi solicitada por correspondência a um total de sete pessoas, sendo que três com funções de direção nacional do SNS, dois com funções de direção no nível regional e dois com funções de direção no nível municipal. Três especialistas responderam avaliando as probabilidades de ocorrência dos eventos centrais apresentados nos quadros abaixo.

A seguir é apresentada a *probabilidade de ocorrência isolada* dos eventos (tabela 24). Para esta tabela, a pergunta formulada aos especialistas foi, “*qual é a probabilidade de ocorrência isolada de E1 (evento 1) e demais eventos ?*”;

A escala proposta é a probabilidade percentual de ponderar a possibilidade de realização dos eventos numa escala de 0 a 1, podendo assumir valores intermediários.

TABELA 24. PROBABILIDADE DE OCORRÊNCIA ISOLADA DOS EVENTOS CENTRAIS

Evento	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Probabilidade isolada	1	1	0	0,5	0	1	0	0,5

Escala de probabilidade: de 0 a 1

Fonte: A partir dos dados fornecidos pelos entrevistados

Neste quadro observa-se que foi atribuída uma probabilização máxima de ocorrência isolada dos eventos (E1, E2 e E6). Ilustra uma crença forte da parte dos peritos de que independentemente de outros eventos ocorrerem, este grupo de eventos (E1: reforço e expansão das fontes de mobilização de recursos financeiros, o E2: aumento e a qualificação dos recursos humanos da região sanitária e o E6: aumento da capacidade de resposta técnica na região) ocorrerá inevitavelmente. Esta “certeza” está ancorada no fato de que o Ministério da Saúde com o todo o investimento feito e em curso para a implementação da RSSN, nas construções de estruturas de saúde na região e na formação de alguns médicos especialistas, é como que uma garantia prévia de que existe uma intenção traduzida em gesto de que haverá um reforço e expansão das fontes de mobilização de recursos financeiros para a região. E o apoio da cooperação internacional nos primeiros anos está garantido através da cooperação luxemburguesa e de outros possíveis parceiros de desenvolvimento, inclusive através das cooperações com os parceiros das Câmaras Municipais. Neste pacote entra a qualificação dos

recursos humanos. E a capacidade de resposta técnica na região seria como que uma consequência da existência de recursos financeiros e de recursos humanos qualificados. A probabilidade de ocorrência isolada dos eventos E4 (*realizar trabalhos de divulgação da missão da região sanitária entre os profissionais de saúde e a população*) e E8 (*reforçar a capacidade de gestão na região sanitária*) foram avaliadas em 0,5. E os eventos E3, E5 e E7 foram considerados como de ocorrência isolada nula³⁶. Este conjunto de eventos só teria probabilidades de ocorrência na presença de outros eventos correlacionados e que os potenciase.

Para a construção da tabela de *probabilidades condicionadas* (tabela 25), a pergunta formulada aos especialistas foi “*qual a probabilidade de que ocorra E1 (evento1) caso se realize o E2?*” e aí por diante³⁷.

O valor de cada célula representa a probabilidade de que o evento da coluna se realize, no caso de o evento da linha se realizar. A correlação positiva representa um estímulo (sinal +) e a correlação negativa (sinal -) uma inibição do impacto (RIVERA, 2003).

TABELA 25. MATRIZ DAS PROBABILIDADES CONDICIONADAS

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
E1		+3	+4	+2	+2	+3	+3	+5
E2	+4		+3	+2	+2	+4	+2	+4
E3	+2	+1		0	+2	+2	+4	+3
E4	+2	+3	+4		+2	+2	+1	+4
E5	0	+4	+2	+2		+4	+1	+4
E6	+4	+5	+4	+2	+4		+3	+3
E7	+4	+3	+4	+1	+3	+4		+4
E8	+4	+2	+3	+1	+4	+3	+2	

Escala de probabilidade: probabilidade pequena ou quase nula (valor 1); improvável (valor 2); probabilidade média (valor 3); provável (valor 4); alta probabilidade (valor 5); eventos separados ou independentes (valor 0)

Fonte: A partir dos dados fornecidos pelos entrevistados

³⁶ No entanto, considerando a tabela 25 de probabilidades condicionadas, diríamos que na avaliação destes eventos ocorreu uma incoerência lógica dos peritos. A probabilidade nula de ocorrer um evento isolado neste caso particular suporia uma inconsistência quando se comparar com o raciocínio constante na tabela 25. Sendo estes eventos considerados como eventos centrais, as suas probabilizações poderiam ser menores, mas não nulas. Contudo, a análise posterior sobre os cenários corrige o impacto desta incoerência.

³⁷ A expressão matemática destas probabilidades seria a $P(E1/E2)$, ou seja, a probabilidade de E1 ocorrer, desde que E2 tenha ocorrido. Baseado no Teorema de Bayes, a expressão final seria $P(E1).P(E2/E1)=P(E2).P(E1/E2)$.

Esta matriz (tabela 25) mostra em todas as células, exceto em dois, a ausência de inibição dos eventos. O que existe é uma correlação de estímulo dos eventos caso se realizem os eventos associados. Em dois momentos foi avaliada como eventos independentes E1xE5 e E4xE3. No primeiro caso (E1xE5) foi considerada como *eventos independentes* a probabilidade de ocorrência condicionada do evento “*reforço e expansão das fontes de mobilização de recursos financeiros*” caso ocorra o evento “*reforço da articulação entre as estruturas que formam a região sanitária*”. E a mesma independência entre os eventos (E4xE3) “*realização de trabalhos de divulgação da missão da região sanitária entre os profissionais de saúde e a população*” e “*o fortalecimento do compromisso político com a região sanitária*”.

O evento (E1) “*reforço e expansão de fontes de mobilização de recursos financeiros*” tem a sua *ocorrência provável* no caso de os eventos E2 (qualificação de RH), E6 (aumento da capacidade de resposta técnica), E7 (institucionalização do modelo de regionalização em outros espaços geográficos do país) e E8 (reforço da capacidade de gestão na região) se realizarem.

O evento E8 (reforço da capacidade de gestão) tem *alta probabilidade de ocorrer* caso se realize o evento E1 (reforço e expansão das fontes de mobilização de recursos financeiros). E este evento (E8) ainda tem a sua *ocorrência provável* caso se realizem os eventos E2 (*qualificação e aumento de RH*), E4 (*realização de trabalhos de divulgação da missão da região sanitária entre os profissionais de saúde e a população*), E5 (*reforço da articulação entre as estruturas de saúde*) e E7 (*disseminação do modelo de regionalização em outros espaços geográficos do país*).

ELABORAÇÃO DOS CENÁRIOS MAIS PROVÁVEIS

Para Godet (2004), não há somente um método exclusivo para a construção de cenários, mas vários métodos³⁸. Mas para a sua elaboração alguns passos específicos têm que ser observados, como a análise do sistema a estudar, a retrospectiva, a identificação de variáveis, seus comportamentos e relações, a estratégia dos atores e a elaboração de

³⁸ Segundo Marcial e Grumbach (2001), na literatura especializada quatro métodos possuem base conceitual digna de menção: o método descrito por Godet, composto por seis etapas; o método da Global Business Network criada por P. Schwartz composto por oito etapas, incluindo a etapa da seleção de indicadores e sinalizadores; o método de cenários de Porter com foco na indústria, conta com oito etapas, incluindo a análise da concorrência e a elaboração das estratégias competitivas; o método descrito por Grumbach; Cf. Marcial e Grumbach (2001).

cenários múltiplos que permitam a escolha e a passagem das reflexões prospectivas para as ações estratégicas. Os métodos diferem no que diz respeito aos passos utilizados e, não, à sua filosofia.

Neste trabalho foram construídos três cenários tendo em conta as variáveis-chave, as tendências dos eventos, as estratégias dos atores e os fatos portadores de futuro identificados. Foram definidos um cenário central para regionalização da saúde na Região Sanitária Santiago Norte, um cenário otimista e um cenário pessimista³⁹.

Vale lembrar aqui que o momento da análise estrutural das variáveis na matriz de impactos cruzados produziu uma distribuição das variáveis compatíveis com um sistema instável. Os comportamentos futuros dos cenários aqui apresentados dependerão muito do jogo de interesses dos atores, de suas motivações e comprometimento como causa da regionalização dos serviços de saúde.

Cenário Central

O cenário central aqui apresentado é o cenário prospectivo mais provável sobre a regionalização dos serviços de saúde na Região Sanitária Santiago Norte nos próximos anos. Neste cenário os eventos estudados tendem a se materializar. O governo continuará a ser o principal financiador do Serviço Nacional de Saúde, com tendência a diminuir a sua participação de forma gradativa na medida em que estimula através de uma forte campanha a participação dos usuários no custeio da atenção à saúde. É improvável a participação das Câmaras Municipais no financiamento das atividades de prestação de cuidados. A região terá autonomia de gestão sobre os recursos disponibilizados e não uma autonomia financeira. Não haverá unicidade de gestão dos recursos financeiros. As Delegacias de Saúde e o Hospital Regional farão a gestão direta de seus orçamentos alocados do nível central. Nos primeiros anos com a implementação da RSSN haverá um forte aumento/reforço do orçamento destinado à região, muito por conta da entrada em funcionamento do novo Hospital Regional. A tendência em manter os orçamentos das Delegacias de Saúde separados e independentes em oposição a um orçamento único da região sugere a possibilidade de manutenção dos mesmos níveis de orçamento para estas estruturas. Como consequência haverá muita “pressão orçamentária” para a prática de cobranças pelos serviços prestados. A tendência em

³⁹ Os cenários descrevem mundos diferentes e, não resultados diferentes no mesmo mundo. Pode ser um erro que o prospectivista incorre ao classificar os cenários como otimistas ou pessimistas. Afinal cada um dos cenários gerados apresenta tanto oportunidades como ameaças para a organização, e por isso não podem ser exclusivamente otimistas ou pessimistas. Cf. Marcial e Grumbach (2001);

médio prazo é focalizar a disponibilização de atendimentos gratuitos em populações economicamente carentes e ainda um sub-fianciamento para o sistema de apoio (meios de diagnóstico e principalmente a dispensação de medicamentos). O nível de gastos com a saúde (cerca de 10% do PIB) limita a capacidade de expansão orçamentária do governo. O INPS disputará a hegemonia de financiador principal dos serviços de saúde produzidos no sistema público de saúde a partir de 2010. A sustentabilidade financeira vai significar um quadro próximo ao de um sub-fianciamento e mais participação nos custos. A tímida expansão a registrar no futuro será por conta da afetação de técnicos do nível intermediário e superior (especialistas). A afetação dos profissionais de saúde do nível auxiliar e de apoio e ainda nas áreas de administração e gestão continuará deficitária e constituirá encargos financeiros para as estruturas de saúde diretamente através da aplicação de recursos financeiros arrecadados localmente. Existe uma bolsa de pobreza inegligenciável na região que vai condicionar o volume das participações. A região merecerá forte apoio político em consequência de uma maior participação da sociedade civil representada nos órgãos colegiais de gestão. Após uma década da elaboração da Carta Sanitária de Cabo Verde, uma de suas propostas de organização dos serviços de saúde (regionalização) será testada e em decorrência a sua disseminação em outras áreas geográficas. A capacidade de resposta técnica na região aumentará consideravelmente no nível de atenção secundária (Hospital Regional) e a sua percepção será forte a partir do terceiro ano de funcionamento e com tendência a se estabilizar depois de cinco anos. A resolutividade dos Centros de Saúde continuará baixa nos próximos anos. Haverá uma ligeira melhoria da capacidade de gestão na região, inicialmente no HR e no Gabinete Técnico de coordenação da região. A autonomia das Delegacias de Saúde e do HR configura um modelo “federativo” das estruturas de saúde na região e que dificilmente funcionarão em rede no sentido real do termo.

Este cenário central poderia ser apresentado em diversos sub-cenários, dada a complexidade de tendência que alguns eventos apresentam, mas a não disponibilidade de tempo que uma dissertação impõe impossibilita esse aprofundamento. Vale a reflexão prospectiva genérica que possibilitou.

Cenário Pessimista

A dificuldade orçamentária depois do fim do projeto e saída do financiador externo poderá configurar na manutenção de níveis atuais do orçamento destinado às estruturas de saúde que formam a região. O orçamento de investimento diminuirá consideravelmente. Os investimentos em estruturas de raiz estão quase que terminado para os próximos dez anos. A resistência dos usuários (bolsa de pobreza, falta de compreensão dos propósitos do desembolso direto) em compartilhar nos custos de saúde poderá ameaçar a estratégia de sustentabilidade da região, que está assente na participação. A resistência também poderá advir pela transformação da RSSN num espaço de conflitos e interesses políticos. A falta de atratividade do trabalho técnico na região será um fator de instabilidade de RH qualificados, que poderá observar uma grande rotatividade prejudicando a consolidação das estratégias assumidas. A falta de unicidade na gestão de recursos financeiros pelo Gabinete Técnico enfraquece o seu mandato de coordenação na região, não conseguindo se impor. O modelo de gestão da região como um modelo “federativo” gerará conflitos na construção da rede. A baixa resolutividade dos Centros de Saúde continuará nos próximos anos e a porta de entrada principal dos utentes continuará a ser o serviço de emergência do Hospital Regional, com a inversão do perfil da demanda.

As vertentes de prevenção e promoção da saúde continuarão subvalorizadas.

Cenário Otimista

É suposto neste cenário a maioria dos eventos se realizarem favoravelmente. É a descrição do mundo dos cenários possíveis. O governo continuará a ser o principal financiador do sistema de saúde, sem problemas de expansão orçamentária até valores de 15% do OGE. A região é capaz de arrecadar pelo menos metade de suas necessidades financeiras e se transforma num instituto público. Haverá uma autonomia de gestão de recursos financeiros mediante a sua unicidade no nível da região através do Gabinete Técnico de coordenação. Haverá um orçamento único para a região.

A região será dotada de recursos humanos qualificados e suficientes, trabalhando em condições atrativas. Número de profissionais de saúde/habitantes equivalente com a média nacional.

O engajamento político com a região é forte. A região consegue responder as demandas e cuidados diferenciados de média complexidade. Existe uma rede funcional de pontos de cuidados alicerçados numa estratégia de reforço da resolutividade de cuidados primários no nível dos Centros de Saúde. A porta de entrada dos usuários são os Centros de Saúde com cerca de 70% dos atendimentos na região. A capacidade de resposta técnica na região aumenta substancialmente e a oferta de cuidados dentro da rede é hierarquizada, com uso de protocolos clínicos. A RSSN é uma referência de gestão no país. Os indicadores de saúde da região são os melhores do país. A bolsa populacional de pobreza desaparece ou diminui consideravelmente.

III.3 PROPOSTA DE ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO PARA A RSSN

Neste item, é apresentado um conjunto de objetivos estratégicos que em linhas gerais pretende sinalizar várias ações, que poderão servir para a elaboração de planos de ação em consonância com os vários cenários aqui apresentados. E no processo de elaboração dos planos deverá ser considerada a tendência de eventos considerados mais decisivos para o processo de regionalização dos serviços de saúde na Região Sanitária Santiago Norte, Cabo Verde. É o objetivo fim da simulação dos cenários prospectivos. Os objetivos estratégicos buscam responder a situações consideradas como críticas, não somente para os eventos centrais, mas também para os eventos alternativos (otimista e pessimista) de forma a incrementar os efeitos positivos ou minimizar/anular as previsões negativas. Perante as situações de futuro, os homens segundo Godet (2000),

“adotam tendencialmente quatro atitudes: a de avestruz passivo que sofre a mudança, a do bombeiro reativo que se ocupa em combater o fogo, uma vez tenha deflagrado, a do segurador pró-ativo que se prepara para as mudanças previsíveis pois sabe que a reparação sai mais cara do que a prevenção, a do conspirador pró-ativo que tenta buscar as mudanças desejadas”. (Godet, 2000:8).

Na formulação dos objetivos estratégicos tentou-se à luz das tendências dos eventos, assumir uma atitude pró-ativa para “conspirar” a favor dos cenários desejados e potenciar as previsões positivas.

A elaboração dos planos de ação seria uma atividade a discutir e validar junto dos atores comprometidos com o processo de instalação da região sanitária e estariam sujeitos à flexibilidade de sua adoção.

Objetivo estratégico 1: Definir critérios de convergência para os indicadores de saúde na região sanitária.

- Elaboração de indicadores de saúde em cada município e comparar com os restantes. Numa primeira fase (2 anos) igualar os indicadores com os indicadores líderes entre os municípios que formam a região (*benchmark interno*).
- Numa segunda fase (2-3 anos) ter pelo menos os indicadores gerais de saúde da região sanitária no nível dos indicadores gerais de saúde do país (*benchmark externo*).
- Criação de um painel de monitoramento dos indicadores de saúde da região.

Objetivo estratégico 2: Melhorar a qualidade de atendimento na região sanitária.

- Reforço da qualidade de atendimento na atenção primária à saúde. Algumas especialidades médicas como de pediatria e ginecologia deveriam ser oferecidas no nível dos Centros de Saúde, de forma permanente. Certos procedimentos de diagnóstico, tipo ECG deveriam ser oferecidos nos CS. Os exames laboratoriais de rotina poderiam ser coletados nos Centros de Saúde e transportados para o laboratório do HR. A estratégia é diminuir o deslocamento dos usuários para o HR e valorizar os centros de Saúde.
- Criação de estratégias de atendimento às famílias através de equipes de saúde da família (formadas por 1 médico, 2 enfermeiros, 4 agentes comunitários de saúde, se possível mais 1 dentista). Estas equipes teriam como missão responsabilizar-se por um determinado número de famílias (500 famílias x 5 pessoas: uma média de 2.500 a 3.000 pessoas por equipe) e fazer o “fichamento” clínico e de determinantes de saúde que envolve a família. Nos primeiros dois anos, esta estratégia poderia funcionar como uma atividade piloto em determinadas localidades e se possível transferir a experiência para as restantes localidades na região sanitária.

- Garantir as especialidades básicas de cuidados secundários no Hospital Regional (cirurgia geral, orto-traumatologia, oftalmologia, gineco-obstetricia, pediatria, cardiologia, infectologia, medicina interna (clínica médica), psiquiatria) e especialidades de enfermagem para os serviços de cirurgia, obstetrícia, emergência.
- Disponibilidade de meios de diagnóstico compatíveis com cuidados de nível secundário.
- Implementação de uma estratégia transversal de humanização de cuidados oferecidos. Trabalho sobre o acolhimento, orientação dos pacientes e de seus familiares em cada ponto de atenção. Principalmente nos serviços de emergência e de maternidade no início.
- Certificação de qualidade do Hospital Regional. O hospital é um Hospital Amigo da Criança desde 2001. Outros dois Centros de Saúde estão no processo de implantação dos passos sobre o aleitamento materno. Estas experiências poderiam servir para motivar estas estruturas na busca de uma certificação de qualidade (nível 1 e nível 2) junto de organismos certificadores.
- Requalificação das unidades sanitárias de base para funções de promoção da saúde. A resolutividade destas estruturas salvo raras exceções é quase nula e comportam gastos de manutenção e de funcionamento (salário, eletricidade, água, etc.).
- Realização periódica de pesquisas sobre a satisfação dos usuários com relação aos cuidados de saúde dispensados na região e nas diversas estruturas de saúde e sua publicação no interior da região.
- Realização periódica de pesquisa sobre clima organizacional.
- O Hospital Regional e os Centros de Saúde devem assinar contratos de metas pactuados com a RS e nalguns casos mediante liberação de fundos; os compromissos pactuados deveriam incluir aspectos como:
 - ⇒ Melhoria da qualidade da gestão;
 - ⇒ Adesão à estratégia de humanização de cuidados;
 - ⇒ Implantação de gestão profissional, de sistemas de custos, de controle interno e de controle de stocks;
 - ⇒ Implantação de protocolos clínicos;
 - ⇒ Melhoria de indicadores de qualidade;

- redução de tempo médio de espera;
- implantação de sistema de controle de eventos adversos;
- redução da taxa de mortalidade interna;
- aumento da taxa de ocupação hospitalar;
- redução da taxa de infecção hospitalar;
- implantação de um sistema de classificação de risco nos Serviços de Emergência do HR e protocolo de acolhimento
- etc.;

Objetivo estratégico 3: Reforçar a capacidade de gestão na região sanitária.

- Criação de um corpo coeso de gestão na região sanitária a partir das várias estruturas de saúde. Tanto na sua vertente administrativa como técnica. No nível das Delegacias de Saúde e do Hospital Regional devem ser constituídas equipes colegiais de gestão, fazendo parte deles, os administradores de saúde, os Delegados de Saúde, os enfermeiros-chefes, e responsáveis de outros serviços presentes nas estruturas de saúde. Para o HR deverão fazer parte das equipes colegiais, o Diretor, o superintendente de enfermagem, o assessor técnico, os responsáveis das diversas comissões técnicas, representantes das Delegacias de Saúde e da região, e outros responsáveis dos serviços do hospital.
- Dotação das estruturas de saúde de uma gestão profissional, com recursos humanos formados em administração/gestão de serviços de saúde, nos diferentes níveis acadêmicos, conforme a complexidade das estruturas de saúde.
- Criação de termos de referência para os diferentes cargos e níveis dos gestores.
- Reforço do Gabinete Técnico com recursos humanos qualificados compatíveis com o desafio lançado à região sanitária e disponibilidade de especialistas nas áreas de saúde pública, estatística, epidemiologia, administração de saúde.
- Funcionamento efetivo das comissões deliberativa, consultiva, do comitê de pilotagem da região e do comitê de seguimento.
- Promoção da prática de planejamento das atividades e a definição de indicadores para sua avaliação.
- Formação prévia dos gestores de estruturas de saúde em cursos intensivos de gestão (três meses) e na melhor das possibilidades frequentarem um curso de especialização em gestão hospitalar.

Objetivo estratégico 4: Promover a sustentabilidade financeira da região sanitária.

- Melhor a microgestão na produção de cuidados e serviços pelas estruturas de saúde na região.
- Definição dos custos para por patologia tratada de modo a ter um custo médio por procedimento.
- Aumento da capacidade de arrecadação de recursos financeiros pelos serviços prestados e através da recuperação de fundos.
- Diversificação das fontes de mobilização de recursos financeiros. A RS terá autonomia para estabelecer parcerias com outras instituições tanto nacionais (Câmaras Municipais) como estrangeiras para mobilizar recursos diversos a favor da região. A obtenção de apoios financeiros junto dos parceiros poderá favorecer a criação de um Fundo Regional de Investimento Sanitário. Estes recursos serviriam para apoiar as estruturas com programas de manutenção, formação contínua dos profissionais de saúde, o financiamento de algumas atividades de relevância para a região.
- Promoção da prática de orçamentação do exercício financeiro a partir da série histórica e a prestação de contas. A orçamentação deve prever um mínimo de x em manutenção de equipamentos e reparações físicas, uma percentagem y em melhoria de gestão e no máximo um percentual z de funcionamento;
- Obtenção junto do Ministério da Saúde/Finanças a possibilidade de afetação de recursos financeiros, insumos, medicamentos e humanos tendo em conta a relação “recursos/habitante”.
- Possibilidade de repasse dos custos relacionados com atendimentos a portadores de “atestados de pobreza” às Câmaras Municipais a um valor simbólico e dissuasivo para “limitar” a emissão dos mesmos a casos necessários. E ainda dos beneficiários do INPS atendidos nas estruturas de saúde.

Objetivo estratégico 5: Definir um programa de desenvolvimento de recursos humanos.

- Elaboração de um mapa de pessoal (carta de RH) para as estruturas de saúde com base na definição de carga de trabalho.

- Dotação em número suficiente nas várias categorias profissionais de pessoal tendo em conta os *rácios* nacionais “profissional de saúde/habitante”.
- Possibilidades de formação contínua dos profissionais de saúde na região sanitária. Estas formações seriam direcionadas tanto para áreas técnicas, como de itens relacionados com o acolhimento, gestão, orientação dos usuários e de seus familiares e a humanização dos cuidados dispensados.
- Criação de facilidades para o prosseguimento de estudos e especializações dos profissionais de saúde (no país ou no exterior) afetos à região sanitária com compromissos de vínculos futuros à RSSN.
- Organização de intercâmbios profissionais em áreas de interesse para a região com outras instituições homólogas.
- Estimulo para a formação de técnicos nas áreas de gestão e de diagnóstico.

Objetivo Estratégico 6: Definir o Plano Diretor de desenvolvimento sanitário da região.

- Existência e socialização entre os profissionais de saúde do Plano Diretor de Desenvolvimento Sanitário da RSSN. No nível dos municípios deve existir o plano de desenvolvimento sanitário municipal; estes planos devem contemplar a situação epidemiológica (doença e condições de saúde) e os determinantes de saúde dos diferentes espaços geográficos em que estão vinculados. A socialização deste instrumento deve ser extensiva aos parceiros sociais e aos diferentes órgãos colegiais de gestão da região sanitária.
- No espaço municipal, os Centros de Saúde devem ser auto-suficientes em atenção básica ampliada. No espaço regional, o Hospital regional deve ser auto-suficiente em atenção secundária.
- A transformação dos Centros de Saúde na principal porta de entrada da demanda de cuidados na região sanitária, através do reforço das estratégias de cuidados primários;

Objetivo Estratégico 7: Construir mecanismos para a consolidação da rede de atenção à saúde na RSSN.

A transformação do modelo de atenção à saúde vigente na região norte da ilha de Santiago (Cabo Verde) para um modelo de regionalização da atenção à saúde, implica fundamentalmente na capacidade de construir a *rede* de atenção à saúde na região sanitária. E essa transformação significa progredir da intenção ao gesto. Esse modelo de regionalização proposto não se deveria limitar à garantia da assistência, mas à integralidade da atenção (Teixeira, 2002). Esta autora, citando Paim (1999) define os modelos de atenção à saúde como sendo,

“combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. Nesse sentido, um modelo de atenção não é, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde. Os modelos de atenção à saúde são formas de organização de relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais), utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas” (Teixeira, 2002).

Portanto a questão principal na construção de uma rede centra-se na forma de organização de relações entre os sujeitos (profissionais de saúde e usuários), na construção dos vínculos que os ligam a um conjunto de unidades de atendimento e a um determinado território. Teixeira (2002) apresenta três dimensões para os modelos de atenção à saúde:

- uma *dimensão gerencial*, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços;
- uma *dimensão organizativa*, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços, levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção de cuidado;
- uma *dimensão técnico-assistencial*, ou operativa, que diz respeito às relações estabelecidas entre o (s) sujeito (s) das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos (promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação).

Para este objetivo estratégico em apreço, interessa essencialmente a dimensão organizativa. Como transformar as diferentes unidades de cuidados numa rede organizada de atenção à saúde?

Para Shimazaki (2007,) seriam quatro as *componentes da rede* de atenção:

- pontos de atenção à saúde (PS, CS, HR, HC);
- sistemas de apoio (serviços de diagnóstico, banco de sangue, farmácia, etc.);
- sistema logístico (transporte, prontuários, etc.);
- sistema gerencial (contrato de gestão, acolhimento, SIS, pactuações, etc.);

Para a construção da rede de atenção à saúde na RSSN propõem-se os seguintes:

- A implementação de um sistema de referência e de contra-referência como um instrumento que promove o vínculo entre as unidades de atenção à saúde e a coesão dentro da rede. Mas não basta dispor deste instrumento, é necessária a sua socialização permanente entre os sujeitos de saúde e o monitoramento de seu uso pelos profissionais. Reflete a existência de uma rede hierarquizada.
- Organização de um Serviço de Ambulâncias na RSSN sob a gerência das entidades municipais (Câmaras Municipais). Atualmente, cada município dispõe de suas ambulâncias e funcionam sem integração. Esse serviço de ambulâncias garantiria a mobilidade dos pacientes no interior da região como também para situações de evacuações para fora da região nos casos que demandem maior complexidade. E ainda poderiam apoiar no transporte de amostras para exames laboratoriais. Com treinamento específico, poderiam formar um corpo de paramédicos para atender situações de emergência e transladação de pacientes das ruas para as unidades de cuidados.

III.4 PROPOSTA DE INSTRUMENTOS DE GESTÃO PARA A REGIÃO SANITÁRIA

Para a *dimensão gerencial* da região sanitária propõe-se:

- A organização de um sistema de informação sanitária (SIS) da RSSN ao serviço da gestão da região. Seria uma informação sanitária que estimulasse a gestão pro-ativa dos problemas de saúde. E não simplesmente relatórios com a compilação de dados. A divulgação dos diversos indicadores para os profissionais de saúde e ao público em geral. Possibilidades de produzir publicações com conteúdos sobre o desempenho organizacional das diversas unidades de cuidados.
- Publicações de trabalhos sobre casos de sucessos na inovação organizacional e técnica.
- Busca de certificação de qualidade gerencial (ISO: 2000: sistema de gestão).
- Realização de supervisões internas e externas às unidades de saúde. Criação de supervisores internos para as unidades de cuidados e para o sistema gerencial.

Para a *dimensão tecno-assistencial* propõe-se a utilização de ferramentas de gestão da clínica:

- A utilização de *diretrizes clínicas*, como instrumentos de normalização das práticas assistenciais nas estruturas de saúde da região sanitária. Delas fazem parte os *guidelines* (que normalizam as práticas em todas as linhas de cuidado em vários pontos de atendimento, por exemplo, na emergência, no ambulatório, na cirurgia, etc.), os *protocolos clínicos* (que normalizam a prática assistencial num único ponto de cuidado, por exemplo, na maternidade), os *fluxogramas de atendimento* (que normalizam as etapas de atendimento para diferentes patologias ou condições). Em diversos momentos em Cabo Verde, tentou-se a introdução pontual de protocolos clínicos em determinados serviços dos hospitais, mas sempre encontrou resistência à sua utilização por parte dos médicos. A sua tentativa de implementação foi um tanto compulsiva, a partir de grupos de médicos seniores. Provavelmente se esse movimento se der a partir da Ordem dos Médicos através de suas associações ou sociedades de especialistas, o resultado seria bem mais positivo. Hoje com um maior número de especialistas no país para determinadas áreas seria possível fazer isso, por exemplo, na área

de gineco-obstetria. Paralelamente a isso, a divulgação desses instrumentos, acompanhado de debates sobre a sua evidência científica deveria ser reforçado com um trabalho de supervisão técnica interna nos serviços.

- Acolhimento e classificação de risco nos serviços de emergência do Hospital Regional da RSSN. Um dos principais problemas como reflexo da inexistência de uma rede hierarquizada de atendimento na região é o fato de que mais de 70% de atendimentos nos serviços de emergência do hospital são situações passíveis de resolução em estruturas de menor complexidade. A solução passa pela implementação de um sistema de classificação de risco (Manchester triage group – largamente utilizado nos países europeus, Canadian triage group – protocolo utilizado pelo Ministério da Saúde brasileiro) e paralelamente pelo reforço da capacidade de resposta dos Centros de Saúde nos municípios. A classificação de risco na emergência diminui o número de óbitos nas unidades de atendimento e reduz o tempo de espera para os casos de real emergência. Para os casos de não emergência deve existir uma possibilidade de encaminhamento dentro da rede para atendimento em tempo adequado em outros pontos de atendimento. Os profissionais de saúde (enfermeiros) deveriam ser treinados para atender este requisito.

Síntese conclusiva

O cenário em que a materialização da Região Sanitária Santiago Norte de Cabo Verde vai ocorrer, é de um cenário com todos os ingredientes que conformam um sistema instável. A gama diversificada de atores que são chamados para intervir neste processo responde a hierarquias distintas, pertencem a instituições diferentes, têm expectativas diferentes e interesses passíveis de conflito *vis-à-vis* aos outros atores. Mas, mais importante que isso, são os desafios que foram lançados a todos eles. Estão unidos pelo espaço geográfico que têm que compartilhar para a implementação da RSSN e com sucesso. É o que se espera deles. O comprometimento político, a convergência de interesses como elos comuns no processo de regionalização. Coerente com o sistema instável são as avaliações de probabilidade dos eventos centrais que resultaram unicamente numa probabilidade alta para os eventos E1 (sobre a sustentabilidade financeira) e E2 (sobre o reforço em RH qualificados). Para os restantes eventos a probabilidade de ocorrência isolada é baixa ou mesmo nula. As probabilidades

condicionadas ocorrem num ambiente de potenciação e sinergia dos eventos na presença de ocorrências dos eventos pareados. O cenário central tende a reproduzir os eventos centrais. A evolução futura dos eventos relacionados com os temas sustentabilidade financeira da RSSN e o reforço da capacidade de gestão na região se mostraram com clivagens radicais a partir dos distintos Discursos do Sujeito Coletivo. O cenário da realização ou não destes eventos marcará a região sanitária de forma decisiva pelo sucesso ou não da implementação da regionalização em apreço. O evento sustentabilidade financeira no sentido de perenização dos custos deveria ser explorado mais na perspectiva de melhorar a microgestão nas estruturas de saúde (a “bondade” e qualificação dos gastos, o comprometimento dos profissionais de saúde, controle de stock, instrumentos de gestão da clinica, etc.) da região no seu todo. E ainda a introdução de uma política de financiamento que considere o número de população (prática ainda inexistente), o nível da pobreza, o perfil epidemiológico, etc. Como eventos coadjuvantes à realização dos dois eventos apontados em cima surgem dois eventos, o E2 (sobre o reforço de RH qualificados disponíveis na RS) e E6 (sobre o aumento da capacidade de resposta técnica na RS). Estes seriam os pilares de todo o sistema para que o cenário central se realize. O cenário otimista está muito marcado pelo peso do evento sustentabilidade financeira, na busca de pelo menos 50% de autofinanciamento a partir dos recursos financeiros arrecadados localmente (institutos públicos). Esta expectativa está enraizada na possibilidade de uma expansão do volume da participação dos usuários. Existem muitos fatores limitadores para que isso aconteça. A população pobre em alguns municípios ronda os 40%, a participação nos custos da saúde (out of pocket) reprime a demanda de quem mais precisa dos serviços de saúde e gera iniquidades, os indicadores de saúde dos diferentes municípios da região são tidos como de baixa performance quando comparados com o resto do país. E por último o risco de exploração política do fenômeno de participação nos custos é um freio a considerar. Existem experiências passadas deste fenômeno no país e inclusive recentemente (2005) num dos municípios que formam a região. Por tudo isso, o cenário otimista é de baixa probabilidade de ocorrência. O cenário pessimista aqui apresentado deve ser visto como uma possibilidade de anular ou minimizar a probabilidade de sua ocorrência e dos eventos de tendência negativos que pode gerar. O significado principal da antecipação segundo Godet (2004) é o de clarificar a ação. Num empreendimento como este é natural surgir conflitos por disputa de recursos, de autoridade, sobretudo quando o modelo dominante é um modelo tipo “federativo” das

estruturas de saúde que formam a região sanitária, sem unicidade financeira e de gestão na região. A baixa resolutividade dos Centros de Saúde colocará problemas de desintegração na rede da região e a inversão na procura de cuidados no Hospital Regional ficará reforçada, transformando o HR na principal porta de entrada dos usuários na região. A pertinência desta possibilidade é enraizada no fato de que os cuidados primários de saúde ficarão subalternizados em termos de investimentos pelos cuidados secundários diferenciados oferecidos no Hospital Regional. A resistência tanto ativa como passiva à comparticipação nos custos é um evento a considerar neste cenário.

O estudo de caso mostrou que várias questões embora conhecidas as suas pertinências, ainda permanecem com incertitudes de como realizá-los. As “narrações do futuro” aqui apresentadas testemunham esses fatos. É compreensível esta constatação tendo em conta a falta de experiência no país, pelo menos nesta área, de um projeto desta envergadura que envolve parceiros numa área que tradicionalmente é da responsabilidade política e técnica do Ministério da Saúde. Mesmo assim, basta observar na matriz de influencia dos atores o peso que os entrevistados reportam às instituições de saúde. Está sendo vivenciado não somente uma descentralização verdadeira dentro do próprio Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde, mas este processo ainda tem o mérito de “convidar” outros parceiros para opinarem, participarem, construírem juntos, esta inovação organizacional. É um aprofundamento do exercício democrático e da cidadania.

O que fica marcado neste processo é o engajamento dos atores provenientes de diferentes níveis de poder e de crenças políticas. Este é um fator de potenciação que o processo de regionalização vai enraizar e servir como “objeto” de mediação, negociação e de compromissos entre os atores. O diálogo entre os níveis central e local, entre os formuladores de políticas e os gestores locais, entre os atores políticos e a comunidade sairá reforçado.

Acreditando no comprometimento dos atores-chave, enquanto seres humanos, vale aqui ressaltar a advertência que Godet (2004) faz sobre os limites da formalização dos modelos de análise (cenários). Para este autor, é bom considerar os limites da formalização, pois os *“homens são também guiados pela intuição e paixões”* e os modelos são invenções do *espírito* para representar um mundo que não se deixará nunca se aprisionar em equações. Morgan (2006) tem a mesma leitura quando afirma que *“as dimensões estão na mente e não nos fenômenos”*, mas pelo fato de que as organizações

são muitas coisas ao mesmo tempo, estes construtos da realidade ajudam a encarar a realidade transformando a compreensão do observador.

O que importa é como passar da *intenção* ao *gesto*.

É de salientar o fato de este trabalho se ter baseado fortemente numa análise qualitativa, mesmo que em alguns momentos se tenha utilizado de tabelas de “juízo” quantitativo por parte dos sujeitos de pesquisa (as diversas matrizes). A ênfase no qualitativo é outra característica dos cenários, pois na maioria das vezes, o horizonte temporal é dilatado, as variáveis quantitativas perdem significado, em função da incerteza implícita, e os cenários se baseiam em variáveis qualitativas (MARCIAL e GRUMBACH, 2001). Este fato ganha importância pela razão de que o processo de construção de cenários prospectivos proposto por Godet (2004) se apoiar muito em técnicas quantitativas de probabilização estatísticas e matemáticas com uso de *softwares* específicos para a análise do jogo de poder entre os atores e não só. A tradução desta metodologia utilizando ferramentas de análise qualitativa para a construção de cenários é tanto apoiada por Rivera (2003), como pelo próprio Godet (2004) que também faz referência às limitações do enfoque puramente matemático⁴⁰. Para Rivera (2003:181) a probabilização matemática dos cenários “*é apenas uma parte infinitesimal de um enfoque mais amplo, em que o juízo estratégico, a reflexão de natureza qualitativa, literária, de natureza cultural, ocupam um espaço maior. O componente matemático pode, isso sim, ajudar, como um meio e não um fim em si mesmo*”. O próprio Godet (2004) afirma que não existe uma escapatória possível e que um sistema não é a realidade, mas um meio (através do espírito humano) de a observar. Segundo este autor, “*a análise de sistema não é mais do que uma forma de pensamento que se observa enquanto pensamento, é também um ato de fé epistemológica: ele supõe que o observador seja capaz de se observar ao mesmo tempo que observa*”. Neste estudo de caso, o observador é o sujeito de pesquisa que discursa da realidade e o sistema são os cenários da realidade dos quais os sujeitos de pesquisa fizeram uma narração futura. E o autor acrescenta que é neste sentido que é necessário um pensamento complexo para compreender a complexidade de seu próprio pensamento (representação da realidade). E sugere, portanto “*abordar a complexidade com ferramentas tão simples quanto possível, pois as ferramentas estão lá para reduzir a complexidade e não para*

⁴⁰ Marcial e Grumbach (2001) relatam que Huss e Honton (1987) descreveram o método utilizado pela SRI Internacional que prestou serviço à Royal Dutch Shell com foco numa perspectiva lógica e intuitiva, sem levar em consideração nenhum algoritmo matemático.

aumentá-la” (Godet 2004:6). O reconhecimento da importância do discurso do observador (neste estudo, o sujeito de pesquisa) ou se se quiser o seu *espírito humano* é enfatizado por Lefèvre e Lefèvre (2005) ao afirmarem de que deve se buscar “o resgate da literalidade do depoimento”, pois que é através dele que o leitor é capaz de comparando os trechos dos depoimentos poder julgar a pertinência ou não das afirmativas reconstruídas das falas, revelando o que foi dito ou sobre o que o sujeito enunciator está falando. E Godet (2004) retoma para dizer que o objetivo dos métodos não é somente o de produzir resultados, mas também o de ser a ocasião para uma reflexão estruturada e de uma comunicação inteligível sobre um determinado tema. E recomenda que “*o mais importante num estudo (de prospectiva, de estratégia ou de marketing), não é o relatório que dele resulte, mas o que se passou no espírito daqueles que foram implicados na reflexão*”. As ferramentas são “*úteis para preparar as escolhas, mas não substituem a liberdade destas escolhas*”, acrescenta este ator.

A prova empírica da literalidade dos depoimentos narrativos do futuro aqui apresentados, podem permitir ao leitor um julgamento *sobre* a matéria-prima e quiçá antever (e porque não construir) outros cenários no mundo dos *cenários possíveis* aqui não apresentados.

A abordagem qualitativa do método de cenários permite essa possibilidade de releituras a partir de outros olhares, o que a abordagem exclusivamente quantitativa não permitiria pelo fato dos números serem desprovidos de narrativas e paixões dos sujeitos-atores.

Como afirma o próprio Godet (2004) o “*passado é único, o futuro é múltiplo e incerto*”.

Considerações Finais Gerais

A regionalização dos serviços de saúde consiste na descentralização da gestão para o nível mais próximo das populações. Essa proximidade insere-se num leque maior que configura os princípios básicos da regionalização (Mendes, 1994). Os princípios que acompanham esta descentralização são o planejamento e programação local, a hierarquização dos pontos de atenção à saúde, a adstrição de uma população a um determinado território-região, a orientação por problemas, etc. Mas se de um lado o movimento é de uma reforma descentralizadora, também não deixa de ser verdade de que a regionalização tem como finalidade “acabar” com a atomização e fragmentação na gestão dos serviços de saúde e na descontinuidade do cuidado. Portanto é uma descentralização que comporta elementos de centralização. Por vezes essa dualidade é um dilema, por outras é uma virtude. Não é por acaso que no processo de regionalização em curso em Cabo Verde o estudo prospectivo mostra claramente este dilema, ao se firmar uma clivagem radical entre a opção de unicidade de gestão financeira da região para acabar com a independência das Delegacias de Saúde *versus* a gestão separada dos orçamentos das Delegacias de Saúde mantendo a sua independência relativa. E a própria Lei que cria a Região Sanitária Santiago Norte também apresenta essa condição ao referir que “a RSSN respeitará as competências próprias das Delegacias de Saúde e do Hospital Regional”. O modelo de regionalização previsto para Cabo Verde é um modelo enraizado na forte independência das estruturas que formam a região sanitária, que para alguns é visto como um modelo que vai reforçar a democratização da gestão. É um modelo de regionalização com características “federativas”. A pesquisa de campo realizada para conhecer o comprometimento dos atores-chave utilizando-se dos cenários prospectivos para a regionalização da saúde na RSSN, mostra que o método dos cenários prospectivos é uma metodologia forte que serve os propósitos de uma gestão estratégica e pró-ativa “conspirando” para que os eventos positivos ocorram num cenário desejável. E mais do que os acertos ou desacertos de seus prognósticos, o estudo de cenários proporciona o debate de idéias sobre as mudanças, o papel dos homens e das organizações, e a reflexão prospectiva sobre um determinado tema. A metodologia dos cenários “*permite estimular a imaginação, reduzir as incoerências, criar uma linguagem comum, estruturar a reflexão coletiva e permitir a apropriação*” (Godet, 2004). No estudo de caso apresentado neste trabalho o pesquisador na qualidade de analista vivenciou o debate reflexivo de idéias dos atores-chave (os peritos) mesmo que

esses peritos desconhecessem as opiniões uns dos outros isoladamente, o que propõe o método Delphi. Este método proporcionou a obtenção de convergência dos peritos na elaboração da lista das variáveis a partir dos depoimentos recolhidos. Mais numa perspectiva de aplicação do método em forma de uma “mini-Delphi”. Godet julga que é mais apropriada e adaptada do que a utilização sistemática do método como uma forma de julgamento intuitivo de um grupo de peritos. Segundo este autor, o método é longo, oneroso, fastidioso e arriscado (“evaporação” dos peritos). Foi esta linha de pensamento que nos propusemos neste trabalho. Na busca por vezes excessiva de convergência está a fraqueza do método Delphi, pois a convergência não significa coerência, e o consenso não dá necessariamente uma boa previsão, pelo contrário é preciso desafiar as idéias dominantes, o ponto de vista justo, é muitas vezes minoritário, nos ensina Godet (2004). A opinião integrada do conjunto dos peritos e a interação das questões foram obtidas com a aplicação do método dos impactos cruzados que possibilitou um enfoque mais global e sistêmico de acordo com uma visão prospectiva sobre o comprometimento dos atores-chave com a regionalização em Cabo Verde.

Os depoimentos dos atores-chave foram analisados utilizando-se do método de Discurso do Sujeito Coletivo que permitiu formular o discurso sintético do singular em discursos coletivo portadores de futuro sobre a estratégia dos atores face às variáveis estudadas e determinar as tendências dos eventos centrais do sistema. A partir das tendências dos eventos obtidos, os peritos avaliaram as probabilidades de suas ocorrências.

Foram construídos três cenários para o sistema estudado. A construção desses cenários levou em conta o diagnóstico feito sobre o sistema de saúde de Cabo Verde. O comportamento das variáveis, que se revelaram compatíveis com um sistema instável, mostra o quanto será importante o comprometimento dos atores-chave para que o cenário central que é o desejado se concretize. Globalmente pode-se afirmar que o estudo de caso confirma esta disposição de engajamento dos atores com a regionalização na RSSN.

Nenhuma outra organização é tão complexa como as organizações de saúde. Essa complexidade resulta de três situações que fazem da saúde uma organização singular.

Primeiro diferentemente de outras organizações conhecidas, as organizações de saúde, não têm um público específico, no sentido de clientes e não-clientes. As organizações de saúde acompanham as pessoas desde a sua nascença na sala de parto, ou melhor, antes no pré-natal até à morte, ou seja, durante todo o seu ciclo de vida (infância, adolescência, a fase adulta, a velhice) e as particularidades que isso representa.

Segundo, as organizações de saúde sendo organizações profissionais, no dizer de Mintzberg (2003), mas com missão de serviço público de caráter universal, comportam elementos endógenos de conflitos de interesse entre os diferentes atores envolvidos, a população, os diferentes prestadores, a alta administração e os políticos. A singularidade do núcleo profissional com especificidades corporativas faz com que existam vários pontos de poder e cadeias de comandos paralelos dentro das organizações de saúde. Coexistem linhas de comando em forma de pirâmide tradicional (*comando administrativo*) e de inversão da pirâmide ao serviço dos operadores de ponta (*comando do saber técnico*) que se coordenam mutuamente por meio de padronizações que escapam ao controle da alta administração.

Terceiro, os múltiplos conceitos e definições das categorias-objeto de trabalho nas organizações de saúde são polissêmicos, mal-definidos e com modelos explicativos distintos. Essa situação é mais vista como um suposto “estado de caos”. O instinto hegemônico da normalização totalitária (tamanho é a convicção que nos anima e a fé epistemológica no dizer de Godet (2004)) não deixa perceber o terreno fértil da diversidade, como uma possibilidade de construção de pontes de diálogo (*di-álogo*), convivência (*con-vivência*), colaboração (*co-laboração*), cooperação (*co-operação*), e de complementaridade (VALDEZ, 2006). Cada operador na ponta da organização da saúde é singular, cada usuário é singular, cada comunidade é singular, cada unidade de saúde é singular. A homogeneização da organização predispõe a visão da pirâmide. Analogamente à medicina, a gestão das organizações de saúde deveria ser vista como ciência e arte. Não há uma resposta antecipada. A gestão é uma arte.

A missão principal das organizações de saúde é cuidar da saúde presente e futura das populações. A integralidade do cuidado é tarefa de toda a rede. Para isso, a rede que conforma as organizações de saúde deveria ter múltiplas portas de entradas, no dizer de Cecílio (1997) ou serem destituídas de “muros”, no dizer de Contandriopoulos (2004). Isso significa ter a noção de pertencimento da rede e quando operar as ferramentas localmente, pensar globalmente no impacto da ação na rede. Como o *método analítico*, a representação da visão do todo, da integridade, se quisermos o exercício da *elaboração da síntese* deveria ser estimulada como forma de construir conhecimento.

A integração sistêmica na construção da rede deveria amadurecer por etapas, segundo Rovere, através do reconhecimento do outro (outros atores), do conhecimento do outro, da colaboração, da cooperação e da associação. Não é um processo administrativo compulsório. Contudo, esse processo deverá preservar a autonomia e a especificidade

das estruturas dentro da rede e não apoderar-se delas. O importante na rede são os vínculos de qualquer das formas em que eles se derem. A rede pressupõe relacionamentos e solidariedade.

A integralidade no atendimento do sujeito significa a focalização do cuidado no sujeito, ela extravasa o mero atendimento técnico do médico e agrega valores como o relacionamento profissional de saúde - paciente, a humanização. Ela deverá estimular no paciente o sentimento de pertencimento da unidade de cuidados e de ser co-produtor de sua própria cura. É neste nível de relacionamento que se deve manifestar a responsabilidade social da organização da saúde, que deverá gerar por reciprocidade a participação popular na gestão da rede. A padronização do cuidado e da sua qualidade em todos os níveis em que ela é prestada é um mandato da regionalização. A busca espontânea de cuidados pela população é movida pela expectativa de um melhor atendimento possível. A deslocação das tecnologias semi-duras e leves para a base da rede (centros de saúde e postos médicos) revelar-se-ia em maior equidade para a maioria da população que teria acesso a alguns cuidados especializados fora dos hospitais, desconstruindo desse modo a hegemonia hospitalocêntrica vigente.

A descentralização dos serviços de saúde minimiza as zonas nebulosas (a “administração de fronteiras” na interface entre as unidades de cuidados) e busca a transparência. Ela defende a prestação de contas e estimula a avaliação dos resultados como forma de promover uma maior articulação e coesão dentro e fora da rede.

Portanto, a regionalização e integração sistêmica são multidimensionais e deverão ser incorporadas pelos atores da rede no dia-a-dia como um pacote de ferramentas de *gestão pelo todo*.

Muitas ferramentas podem contribuir de forma diferenciada para a construção dos vínculos e a normalização dos procedimentos, tais como: a utilização dos guidelines e protocolos clínicos; a realização de *benchmarking* para conhecer e assimilar as boas práticas dos serviços de saúde reconhecidos como de referências de excelência; a gestão colegiada como cultura organizacional; a participação popular na elaboração de políticas territoriais de saúde; a implementação efetiva de um sistema de referência e contra-referência; a existência de um sistema eficaz de transporte de pacientes; a exploração das possibilidades do “home care” ou no modelo equipes de saúde na comunidade; a deslocação das tecnologias leves e semi-duras para a ponta do sistema; a prática do princípio de petição e prestação de contas, a gestão de informação dentro e fora da rede.

Estas ferramentas seriam sempre adequadas ao contexto situacional e aos diferentes atores envolvidos.

A regionalização dos serviços de saúde contribui para garantir a continuidade da assistência dentro da rede sanitária. Vários componentes favorecem essa condição: a articulação entre as estruturas de saúde, um sistema realmente funcional de referência e contra-referência, a hierarquização do cuidado, a proximidade da gestão da saúde junto da população, facilidades de seguimento do paciente no espaço da região, inclusive pela estratégia de instalação de equipes multiprofissionais focado na família e a prestação de cuidados em modalidades *home care*, a padronização dos procedimentos técnicos entre os profissionais.

A regionalização dos serviços de saúde não deve significar necessariamente uma racionalização centrada na contenção dos custos. A racionalização na prestação dos serviços pode ser obtida com o uso das ferramentas da gestão da clínica, a prescrição racional dos medicamentos e de exames complementares de diagnóstico. O reforço da estratégia de prestação de serviços voltada para a atenção primária minora os custos totais com a saúde da população. As ações de prevenção e promoção da saúde precisam deixar de ser subalternados aos cuidados curativos. É possível conciliar a regionalização e a racionalização sem serem conceitos separados pelas contendas monetárias. Os profissionais de saúde devem ser comprometidos com o processo de racionalização, porquanto são o “núcleo operacional” dessas organizações baseadas na profissão, se sentirem *stakeholders* do sistema.

Este trabalho mostrou que o paradigma de regionalização que Cabo Verde adotou é um paradigma de regionalização autárquica com um cunho “federativo” e não unitário. Entretanto, os paradigmas não são mais que modelos mentais, por vezes apoiadas em fé epistemológica forte. Para a população o que vale é mantê-la saudável e em casos de doença, que as unidades de prestação de cuidados, sobretudo no nível da atenção primária que sejam resolutivas o suficiente.

Uma das principais limitações para a realização deste trabalho teve a ver com exigüidade do fator tempo que um curso de mestrado encerra em si. Godet (2004) afirma que para estudos aprofundados sobre os cenários podem ser precisos até vinte meses de trabalho dependendo da complexidade do sistema estudado. Mas também alerta para o fato de que tempos muito extensos assim, criem dificuldades aos prospectivistas que ao terminarem, tanto o ambiente interno como externo tenham

mudado, ou mesmo os elementos da equipe de analistas tenha mudado. Para este trabalho tivemos três meses de pesquisa de campo. O aprendizado da metodologia e o seu contraponto com o enfoque qualitativo trouxeram ganhos ao autor. Não exclusivamente pelo estudo de cenários, mas a pesquisa sobre a regionalização, a apropriação dos métodos de Discurso do Sujeito Coletivo, Delphi e dos sistemas de matrizes cruzados (SMIC).

Parece-nos que o estudo de cenários com enfoque qualitativo proposto por Rivera (2003) permite um julgamento prospectivo sobre os sistemas estudados, sobretudo quando se refere às áreas de organizações complexas e não muito bem estruturadas como são as organizações de saúde. Mas esta proposta nos parece menos consistente quando se refere ao horizonte temporal dos cenários. Um aspecto fundamental já que no limite, os cenários seriam como que previsões. E as previsões devem estar ancoradas num tempo t . Para que as hipóteses dos cenários parciais se transformem em cenários globais o julgamento intuitivo deve estar acompanhado a um determinado tempo. Julgamos que este problema poderia ser ultrapassado com a aplicação da *análise morfológica* proposta por Godet (2004) em que os vários componentes do(s) cenário(s) seriam submetidos ao julgamento de suas configurações temporais pelos peritos. Explorando esta análise numa perspectiva qualitativa do tipo, que chances o componente x do cenário y tem de ocorrer nos períodos k ou p ?

A perspectiva qualitativa da aplicação dos cenários não nos pareceu simplista, pois se utiliza de métodos (Delphi, MIC, DSC, probabilização intuitiva) que lhe confere rigor científico, e valoriza o pensamento do perito-ator sem redundância. Como afirma Godet (2004) “*o bom senso deve descartar a simplificação abusiva e ao mesmo tempo o excesso de complexidade (a complicação)*”⁴¹.

Por fim, este trabalho servirá a todos aqueles que se interessam pela temática de gestão estratégica, a descentralização em saúde e particularmente a regionalização. A primeira parte do trabalho reúne e cruza muitos dados e informações que poderão ser úteis aos gestores do sistema de saúde de Cabo Verde ou a todos aqueles que estudam o sistema de saúde de Cabo Verde, seja dando continuidade a este trabalho ou críticas ao seu conteúdo nos espaços de debates sobre o SNS de Cabo Verde.

⁴¹ Godet cita Paul Valéry que afirma que “*o que é simples é sempre falso e o que não o é, é inutilizável*”. Cf. Godet (2004).

Referências Bibliográficas

D'Aguiar, J. M. M.: **O Programa Saude da Familia no Brasil: a resolutividade do PSF no municipio de Volta Redonda**, RJ. 2001;146 f. Dissertação (Mestrado em Saude Pública). ENSP, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2001.

Arretche, M.; **O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas publicas**. In a Miragem da Pós-modernidade; Editora Fiocruz; 2001.

Artmann E.; Rivera, F.J.U.; **Regionalização em saúde e mix publico-privado**; Rio de Janeiro, 2003; mimeo.

Artmann E.; Rivera, F.J.U.; **Humanização no atendimento em saúde e Gestão comunicativa**; Rio de Janeiro, 2006;

Brasil. Ministério da Saúde; **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso**. NOAS-SUS 01/01. Serie A. Normas e Manuais Técnicos, nº. 116; Brasília, DF; 2001.

Cabo Verde. **Lei de Bases da Saúde**. Lei nº. 41/VI/2004. Publicado no B.O. nº.10. Cidade da Praia, 05/04/2004.

Cabo Verde. Ministério da Saúde. **Carta Sanitária**. 1999.

Cabo Verde. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde**. 2006.

Cabo Verde. Instituto Nacional de Estatísticas. **Questionário Unificado de Indicadores Básicos de Bem-Estar de Cabo Verde**. 2006.

Cabo Verde. Instituto Nacional de Previdência Social. **Relatório e Contas**. 2006.

Cabo Verde. **Orçamento Geral de Estado**. B.O. I Série de 11/01/2007.

Cabo Verde. Ministério da Saúde. **Relatório da Direção Geral de Farmácia**. 2002.

Cabo Verde. Ministério da Saúde. GEPC. **Relatório Estatístico**. 2005.

Cabo Verde. INE. **Perfil da Pobreza em Cabo Verde**. 2002.

Cabo Verde. Ministério da Saúde. **Relatório financeiro da DS de Sta. Catarina**. 2004.

Cabo Verde. Ministério da Saúde. **Projeto CVE/056, RSSN**. Ficha Técnica, 2004.

Cabo Verde. INE. **Relatório Saúde: Proteção Financeira em saúde**. 2005.

Cabo Verde. **Revista Ilhas**. No. 3, Setembro de 2005.

Casebeer, Ann; **Regionalizing Canadian Healthcare: The Good – The Bad – The Ugly**; In Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience, vol.5 n.1, Toronto: by A Longwoods Publication; 2004.

Carvalho, A.I.; **Conselhos de Saude no Brasil: participação cidadã e controle social**; Editores IBAM/FASE; Rio de Janeiro, 1995.

Cecílio, L.C.O. e Merhy E.E.; **A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar**. In: Construção da Integralidade (Org): Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde, Rio de Janeiro: Editora UERJ, IMS: ABRASCO;2003.

Cecílio, L.C.O.: **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. In: Cadernos de Saúde Publica; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;1997;

COMITÉ NACIONAL de Ética em Pesquisa em Saude é instalado hoje. **Jornal on-line Expresso das Ilhas**, Cidade da Praia, 23/08/2007.

Drummond, M. et col.: **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**; Oxford University Press; Oxford, 1987.

Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), FIOCRUZ. **Normas para a apresentação de monografias**. Rio de Janeiro, 2005.

Gérvas, J.: **Atención Primaria de Salud en Europa: tendencias a principios del siglo XXI. Una reflexión con motivo de los XXV años de la Declaración de Alma Ata**. SEMERGEN, 2004.

Godet, M.; **Manual de prospectiva estratégica: da antecipação à acção**; Editora Publicações Dom Quixote; Lisboa, 1993.

Godet, M.: **La caja de herramientas de la prospectiva estratégica**; Cuaderno no. 5; 4ª. Edición actualizada; Prospektiker.es.; España, Abril de 2000.

Godet, M.: **Manuel de Prospective Stratégique, Tom 2. L'art et la méthode**; 2e. Edition, DUNOD, Paris, France, 2004.

Gomes, I.; **A política de descentralização dos serviços de saúde em Cabo Verde 1975-2000**. IBNL. Estudos e Pesquisas. Cabo Verde. Praia, 2006.

Hartz, Z.M.A. et Contandriopoulos, A.; **Integralidade de atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implementação de um “sistema sem muros”**. In Cadernos de Saúde Pública, volume 20,supl. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz;2004.

Ilife, S; Munro, J; **New Labor and Britain's National Health Service: an overview of current reforms**. International Journal of Health Services; V.30, N.2: 309 – 334. 2000.

Kaluzny, A.D.; Shortell, S.M.: **Health Care Management: Organization Design and Behavior**; Editora Thomson; California, USA, 2006.

Leatt, P. e col: **Organization Design: In Health Care Management: Organization Design and Behavior**; Editora Thomson; California, USA, 2006.

Lefèvre, F. e Lefèvre, A. M. C.: **O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. Editora EDUCS, Caxias do Sul, Brasil, 2005.

Lewis, S. e Kouri, D.; **Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience**, vol.5 n.1, Toronto: by A Longwoods Publication; 2004.

Light D.W.; **Managed Care in a new key: Britain's strategies for the 1990s**; International Journal of Health Services, V. 28, number 3, pages 427-444; Baywood Publishing Co, Inc.; 1998.

Lima, S.M.L.; **O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas**; Curso de especialização em gestão hospitalar – ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1996.

Londoño, J.L. e Frenk, J.; **Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America**. Elsevier Science, Ireland, 1997.

Marciel, E.C. e Grumbach, R.J.S.: **Cenários Prospectivos: como construir um futuro melhor**. Editora FGV, Rio de Janeiro, 2001;

Matus, C.; **Adeus, Senhor Presidente: Governantes governados**; Editora FUNDAP; São Paulo, 1996.

Mendes E.V.; **Os grandes dilemas do SUS**, Tomos I e II; Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora; 2001;

Mendes, E. V. e Pestana, M.; **Pacto de Gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Secretaria de Estado de Saúde, Belo Horizonte; 2004.

Mendes E.V.; **Os Sistemas de Serviços de Saúde: O que os Gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza-Ceará, 2002;

Mendes E.V.; **O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda.**; Belo Horizonte, 2004;

Mintzberg, H.; **Criando Organizações Eficazes**, 2ª Edição, São Paulo: Editora ATLAS S.A.;2003.

Morgan, G.: **Imagens da Organização**; Editora Atlas; São Paulo, 2006.

Nunes, E.D.; **Interdisciplinaridade: Conjugar saberes**. Artigo apresentado no VII Congresso paulista de Saúde Pública, Santos (SP), 2001; Rio de Janeiro: Saúde em Debate, v.26, n.62; 2002.

Pinheiro, R.; Mattos, R.; (Org.) **Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e Práticas em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

Piola, S.F. et col.: **Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro**. In Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 181-190, 2002.

Rivera, F.J. U.; **Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta**; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.

Rovere, M.; **Redes, hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad**. Salud en el municipio de Rosario; Editora: Instituto de la Salud Juan Lazarte, 1993.

Shimazaki, M. E.: **O uso de ferramentas da gestão da clínica em hospitais: possíveis impactos assistenciais**. Palestra realizada para o curso de especialização em gestão hospitalar da ENSP. Rio de Janeiro, em 31 de Julho de 2007.

Teixeira, C.F.; **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS**. In Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento): 153-162, 2002.

Timmermans, N. **Appui au systeme de gestion financiere**. Rapport de mission. RSSN. Cabo Verde, 2005.

Tobar, F. e Yalour, M.R.; **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular e redimir teses e informes de pesquisa**; Editora Fiocruz; Rio de Janeiro, 2001.

Trosa, S.; **Gestão Pública por Resultados: Quando o Estado se compromete**; Brasília: Editora Revan, ENAP, Brasília; 2001.

Ugá, M.A.; **Sistemas de Repasses Financeiros a Unidades de Assistência à Saúde: uma proposta preliminar para a rede publica brasileira**. In. Vianna, S. et al.; O Financiamento de Saúde no Brasil: OPAS, 1994.

WHO.org; **National Expenditure on Health- Cape Verde**. Acessado no dia 15/08/2007 às 21h18 no endereço <http://who.int/countries/cpv/en>. Tabela construído a partir de documentos nacionais.

Valdez, T.A.S: **A Integralidade no território da regionalização**. 2006. 78 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública)- ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

Anexos

Anexo 1

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Regionalização e Integração Sistêmica: cenários para a reforma do Sistema de Saúde de Cabo Verde, desenvolvida por Tomás Alves de Só Valdez, aluno do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP, como parte da dissertação do mestrado. Você foi selecionado por ser um ator-chave para o processo de regionalização da Região Sanitária Santiago Norte-Cabo Verde. A sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a Coordenação da Região Sanitária Santiago Norte.

Os objetivos desta pesquisa são de analisar o comprometimento dos atores-chave com o processo de regionalização na Região Sanitária Norte de Santiago – Cabo Verde e propor estratégias de reforma organizacional para a rede de serviços da saúde da região sanitária.

A participação do senhor(a) nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas previamente formuladas para a entrevista que serão lidas pelo pesquisador. Com o seu consentimento os dados serão recolhidos por meio de gravação e posteriormente transcritos para análise.

Não existem riscos relacionados com sua participação nesta pesquisa. A participação do senhor(a) nesta pesquisa não lhe trará benefícios diretos, contudo contribuirá para o conhecimento futuro da operacionalização da Região Sanitária e na definição de que paradigma de regionalização para a Região Sanitária Santiago Norte – Cabo Verde. As respostas do senhor(a) obtidas através desta entrevista serão confidenciais e não serão divulgadas de forma a possibilitar sua identificação.

O senhor(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do mestrando, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, a qualquer momento.

Tomás Alves de Só Valdez – Mestrando ENSP/FIOCRUZ

Tomás Alves de Só Valdez
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ
Secretaria Acadêmica
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – sala 729
CEP 21041-210 – Manguinhos
Rio de Janeiro – RJ
Brasil
Tel: (0055) 212598-2590; E-mail: tvaldez33@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 3º andar
Sala 314-Rio de Janeiro/RJ-Brasil
Tel: (0055) 21-2598-2863

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O(A) Entrevistado

Anexo 2

Roteiro de entrevista⁴²

1. Explique como a RSSN vai impactar na sua instituição?
2. Explique como a sua instituição pode contribuir para o sucesso da RSSN? .
3. Descreva que lugar a RSSN ocupa no processo de reforma do SNS?
4. Que atores (internos e externos) você acha que podem influenciar o processo de regionalização na RSSN? Por quê?
5. Que prioridades você definiria para a RSSN? Justifique a sua resposta.
6. Descreva as dificuldades que a RSSN terá que enfrentar.
7. A RSSN terá autonomia financeira? Se sim, como e a partir de quando?
8. A RSSN terá um Plano Diretor de Investimentos? Em que áreas e em que horizonte temporal?
9. Que aspectos você considera imprescindíveis para a implementação da RSSN e para o seu sucesso? Por quê?
10. Como prevê a articulação entre as estruturas de saúde que formam a RSSN? E entre estas e outras estruturas de referência fora da região?
11. Tem algo que você gostaria de acrescentar e que ainda não foi falado?

Obrigado pela sua participação.

O Pesquisador

Tomás Alves de Só Valdez

⁴² Após o teste piloto do roteiro de entrevistas em dois entrevistados, três questões foram suprimidas, por se mostrarem repetitivas ou de pouca clareza de compreensão. São elas: Como gostaria de participar no processo de regionalização da RSSN ?, Descreva que melhorias a regionalização vai trazer para o seu serviço ? e Qual o seu entendimento sobre o processo de regionalização na RSSN ?

Anexo 3

Matriz de análise estrutural

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	Total
V1									
V2									
V3									
V4									
V5									
V6									
V7									
V8									
Total									

Escala de 0 a 3 valores;

Matriz da influência dos atores sobre as variáveis

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	v8
A1								
A2								
A3								
A4								
A5								
A6								
A7								

Escala: A – alta; M – média; B – baixa; N - nenhuma

Anexo 4

Probabilidade de ocorrência isolada dos eventos centrais

Evento	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
Probabilidade isolada								

Escala de probabilidade: de 0 a 1;

Matriz das probabilidades condicionadas

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8
E1	X							
E2		X						
E3			X					
E4				X				
E5					X			
E6						X		
E7							X	
E8								X

Escala de probabilidade: probabilidade pequena ou quase nula (valor 1); improvável (valor 2); probabilidade média (valor 3); provável (valor 4); alta probabilidade (valor 5); eventos separados ou independentes (valor 0);

Anexo 5

(Decreto Legislativo que cria a RSSN – Cabo Verde)

Decreto-Lei n° 58/2006
De 26 de Dezembro

O Ministério da Saúde adoptou, em 1998, a Carta Sanitária de Cabo Verde, que aponta a necessidade de reorganização dos serviços de saúde por via da sua regionalização, propondo a criação de distritos/regiões sanitários, englobando um certo número de delegacias de saúde próximas, como instância de coordenação intersectorial, intermunicipal e entre os dois níveis, central e local, da administração sanitária.

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto-Lei n° 25/2003, de 25 de Agosto, veio prever, no seu artigo 20º, e pela primeira vez, a criação de regiões sanitárias, aonde e quando as condições apropriadas estiverem reunidas, não impondo nem a criação simultânea de todas as regiões sanitárias, nem a cobertura de todo o território nacional por este tipo de estruturas.

A Lei n° 41/VI/2004, de 5 de Abril, que estabelece as bases do Serviço Nacional de Saúde dispõe, por sua vez, no seu artigo 11º, n°3, que as estruturas desconcentradas do Sector Público de Saúde, a nível das regiões sanitárias ou dos municípios, gozam de autonomia de gestão.

Por se tratar de uma experiência nova, entendeu-se ser mais judicioso, nesta fase, avançar-se para a criação de uma região sanitária piloto, como primeira iniciativa concreta de regionalização dos serviços de saúde em Cabo Verde.

A escolha do norte da ilha de Santiago para a instalação dessa região sanitária piloto justifica-se pelas suas características próprias que a tornam um terreno prioritário de intervenção, de que se destacam o peso expressivo da sua população, que atinge quase metade da população da Ilha de Santiago, o número de delegacias de saúde que abrange,

a existência de vias de comunicação ligando os municípios envolvidos, a combinação nestes de áreas urbanas, com áreas predominantemente rurais e, por último, o número de profissionais de saúde afecto aos referidos municípios, que representa uma massa crítica importante e que deve ser aproveitada em prol da melhoria das condições de prestação de saúde na referida circunscrição territorial.

A criação da Região Sanitária de Santiago Norte corresponde, deste modo, a uma opção estratégica de intervenção no sector da saúde, no quadro do processo de reforma em curso. A sua criação e instalação efectiva têm contado com a assistência do denominado “Projecto de apoio ao plano de desenvolvimento da Região Sanitária Santiago Norte (RSSN), cujo conselheiro técnico principal terá assento nos órgãos colegiais da RSSN e colaborará estreitamente com o Director desta, no exercício das suas funções.

Na modelação jurídica da RSSN teve-se em devida conta a necessidade de atribuir a esta nova estrutura a autonomia de gestão indispensável à consecução dos seus objectivos de conter os seus custos de funcionamento e de manter a unidade de acção do Ministério da Saúde, obviando a uma indesejável atomização dos seus serviços.

O DL n.º 44/2004, de 02 de Novembro, que define os princípios, critérios e parâmetros para a estruturação interna dos serviços da Administração directa e indirecta do Estado, prevê no seu artigo 8.º que a administração do Estado organiza-se, designadamente, em serviços centrais, em serviços de base regional e em serviços autónomos, fundos autónomos e serviços.

Os artigos 18.º e 19.º do referido decreto - lei regulam a definição, as condições de criação, as missões e o âmbito de intervenção territorial dos serviços da administração do Estado de base territorial.

No que concerne aos serviços, fundos autónomos e institutos públicos, o artigo 20.º do Decreto-Lei em referência estabelece que a sua criação, organização e gestão obedecem ao disposto no regime jurídico geral previsto em lei especial.

A matéria relativa à criação, organização e gestão dos serviços, fundos autónomos e institutos públicos consta da Lei nº 96/V/99, de 22 de Março, com alterações introduzidas pelo DL nº2/2005, de 10 de Janeiro.

A Lei nº 41/VI/2004, de 5 de Abril, que estabelece as Bases do Serviço Nacional de Saúde (SNS), dispõe, no seu artigo 18º, que, além do Conselho Nacional de Saúde, são órgãos de acompanhamento do SNS, entre outros decorrentes do modelo de organização territorial, os Conselhos Consultivos das Regiões Sanitárias e as Comissões Municipais de Saúde, cuja principal atribuição é assegurar o exercício do direito de participação dos cidadãos de forma organizada e sistemática, na definição e acompanhamento da execução das políticas públicas para a área da saúde. A composição desses órgãos de acompanhamento é, entretanto, remetida para a lei.

A Lei de Bases prevê, no seu artigo 4º, relativo à composição e âmbito do Serviço Nacional de Saúde, que as autarquias locais integram também o referido sistema no âmbito das suas atribuições no domínio de saúde.

Debruçando-se mais detidamente sobre o papel reservado às autarquias locais no quadro do Serviço Nacional de Saúde, a Lei nº41/VI/2004, de 05 de Abril, estabelece, no seu artigo 17º, que as autarquias locais participam na efectivação do direito à saúde, bem como no desenvolvimento do Serviço Nacional de Saúde na área de sua jurisdição e no quadro das atribuições fixadas por lei, acrescentando, a seguir, que as autarquias locais participam em especial na definição de políticas e acções de saúde pública, na manutenção da rede de equipamentos de saúde, e no funcionamento de órgãos de acompanhamento do Serviço Nacional de Saúde.

A referida Lei estabelece igualmente, em sede de definição das funções do Serviço Nacional de Saúde (artigo 8º), que a este competem funções de regulação, de promoção da saúde e de prestação de cuidados, de financiamento e de acompanhamento, acrescentando que a função de acompanhamento, consubstanciando o princípio da participação, é exercida pelas autarquias locais, pelos órgãos consultivos do Serviço Nacional e por outras entidades competentes para o fazer.

Também na Lei nº 96/V/99, de 22 de Março, que estabelece o regime jurídico geral dos serviços autónomos, dos fundos autónomos e dos institutos públicos, está prevista a existência de um órgão consultivo no âmbito destas estruturas da administração pública.

O DL nº44/2004, de 02 de Novembro, prevê igualmente, no seu artigo 20º, a criação de Conselhos Coordenadores Regionais, definidos como estruturas responsáveis pela racionalização, coordenação e avaliação das actividades dos serviços desconcentrados, em parceria com outras entidades públicas e privadas, com o objectivo de elaborar os respectivos planos estratégicos de desenvolvimento regional, remetendo para um decreto regulamentar a definição da organização, do funcionamento e das áreas de jurisdição dos referidos Conselhos Regionais.

Estudos prospectivos levados a cabo apontam no sentido de uma componente de auto - financiamento na cobertura das despesas de funcionamento da RSSN, através da cobrança de receitas próprias geradas pela prestação de serviços na área das suas atribuições, em montante superior à metade das suas despesas correntes, um dos requisitos exigidos pela lei para a atribuição de autonomia financeira a serviços da administração directa ou indirecta do Estado.

Entendeu-se, assim, adequado atribuir à Região Sanitária Santiago Norte a natureza de serviço autónomo não personalizado, com as características que lhe são conferidas pelo respectivo regime jurídico geral, contido na Lei nº 96/V/99, de 22 de Março e demais legislação aplicável, dotando-a, em consequência, da necessária autonomia administrativa e financeira.

Foram ouvidos os Municípios interessados,

Nestes termos,

Em desenvolvimento das bases gerais da Lei nº41/VI/2004, de 05 de Abril, sobre as Bases do Serviço Nacional de Saúde e ao abrigo das disposições conjugadas do DL nº

44/2004, de 02 de Novembro, da Lei nº 96/V/99, de 22 de Março, e da Lei Orgânica do Ministério da Saúde, aprovada pelo Decreto - Lei nº 25/2003, de 25 de Agosto;

No uso da faculdade conferida pela alínea c) do nº2 do artigo 203º da Constituição, o Governo decreta o seguinte:

Artigo 1º

Criação

É criada, como estrutura desconcentrada do Ministério da Saúde, a Região Sanitária de Santiago Norte – Serviço Autónomo, adiante abreviadamente designada por RSSN.

Artigo 2º

Objectivos

A RSSN tem por objectivo o alargamento da cobertura da rede sanitária e a melhoria da prestação dos cuidados de saúde na área da sua circunscrição territorial.

Artigo 3º

Natureza

1. A RSSN é um serviço dotado de autonomia financeira, sujeito à direcção superior do Governo, exercida através do membro do Governo responsável pela área da saúde.
2. No exercício dos seus poderes de direcção superior sobre a RSSN, compete ao membro do Governo responsável pela área da saúde, individualmente ou em conjunto com outros membros do Governo competentes em razão da matéria, designadamente, o seguinte:
 - a) Homologar os instrumentos de gestão e de prestação de contas da RSSN, aprovados pelos órgãos desta;
 - b) Prover os funcionários e agentes da RSSN;

Artigo 4º

Âmbito territorial

1. A RSSN exerce a sua actividade na área correspondente aos municípios de Santa Catarina, Santa Cruz, São Lourenço dos Órgãos, São Miguel, São Salvador do Mundo e Tarrafal.

2. A RSSN tem a sua sede na cidade de Assomada.

Artigo 5º

Órgãos

1. São órgãos da RSSN os seguintes:

- a. O Director
- b. A Comissão Deliberativa
- c. O Conselho Consultivo da Região Sanitária.

2. A composição, a competência e o regime de funcionamento dos órgãos da RSSN constam dos respectivos estatutos.

Artigo 6º

Limites de intervenção

No exercício das suas funções, a RSSN e os seus órgãos respeitarão as atribuições e competências próprias das delegacias de saúde e do hospital regional instalados na sua área de intervenção territorial, em especial o disposto no Decreto Regulamentar nº1/2006, de 16 de Janeiro;

Artigo 7º

Estatutos

São aprovados os estatutos da RRSN, publicados em anexo ao presente decreto-lei, de que fazem parte integrante.

Artigo 8º

Instalação e acompanhamento da RSNN

1. O membro do Governo responsável pela área da saúde tomará as medidas necessárias para a instalação em tempo oportuno da RSSN, promovendo, designadamente, a nomeação dos titulares dos seus órgãos e a adopção dos regulamentos de que careça para o exercício das suas actividades.
2. O referido membro do Governo providenciará igualmente a criação de uma comissão nacional, de carácter intersectorial, com a missão de acompanhar e avaliar de forma sistemática e na perspectiva do aperfeiçoamento progressivo do processo de reforma do sistema nacional de saúde, o funcionamento da RSSN e o impacto da sua criação na melhoria das condições sócio – sanitárias na sua área territorial de intervenção.

3. No exercício das suas funções, a comissão produzirá relatórios de avaliação e acompanhamento, cuja periodicidade e tratamento serão regulados por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.
4. Os membros da comissão de acompanhamento serão nomeados pelo membro do Governo responsável pela área da Saúde, a quem caberá também a definição da sua composição, competência e mandato, bem como a coordenação do seu funcionamento.

Artigo 9º

Entrada em vigor

O presente decreto-lei entra imediatamente em vigor.

Visto e aprovado em Conselho de Ministros

O Primeiro - Ministro,

O Ministro de Estado e da Saúde,

O Ministro das Finanças e da Administração Pública,

O Ministro da Descentralização, Habitação e Ordenamento do Território

Promulgado em 12 de Dezembro de 2006

O Presidente da República

Referendado em

O Primeiro - Ministro

