UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Análise Estratégica do Setor Saúde no
México: Sistema de Saúde nacional e local

ALFREDO GÓMEZ CASTELLANOS

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do título de Doutor em Saúde Pública**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Roberto A. Castellanos
Fernández**

São Paulo
2006

Análise Estratégica do Setor Saúde no México: Sistema de Saúde nacional e local

ALFREDO GÓMEZ CASTELLANOS

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Roberto A. Castellanos Fernández

**São Paulo
2006**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

AGRADECIMENTOS

Meu reconhecimento e agradecimento:

Ao Adrian e a Idolina pela formação nos princípios do compromisso, da ética, do amor e da solidariedade.

À Luiza pelo seu amor, companheirismo, apoio e conhecimentos compartilhados.

Ao Gilberto, Marta, Gustavo, Alba, irmãos solidários, sempre queridos e lembrados.

Ao José, Leonor, Dalva pela acolhida familiar carinhosa e amplo apoio.

Ao Prof. Dr. Roberto A. Castellanos Fernández, orientador e amigo, quem com conhecimento solidário fez possível este trabalho.

Aos Membros da banca examinadora Professores Doutores Eurivaldo Sampaio de Almeida, Fabiola Zioni, Gilson Carvalho e Carlos Botazzo, pela cuidadosa leitura e valiosas recomendações ao presente trabalho.

À Direção Geral de Assuntos do Pessoal Acadêmico da Universidade Nacional Autônoma do México pela bolsa de estudos concedida.

À Faculdade de Estudos Superiores Zaragoza da Universidade Nacional Autônoma do México pelo desenvolvimento e apoio acadêmico.

À Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo pela oportunidade de fechar um círculo de vida.

À Dra. Alma Herrera Marquez orientadora nacional do presente trabalho, sempre crítica e fraterna.

À Miriam Lopes da Silva pelo apoio técnico e oportuna revisão da língua portuguesa.

A todas e todos aqueles que ao caminhar permitiram esperanças e possibilidades de mudanças.

RESUMO

Introdução: A presente tese, a partir de uma análise estratégica, articula as dimensões da teoria organizacional no campo da administração pública, o objeto de estudo-trabalho processo saúde-doença, a prática profissional integral e o planejamento estratégico situacional, por meio da Estratégia de Atenção Primária à Saúde. O propósito é o de, a partir da articulação das dimensões referidas, compreender e situar os Programas de Saúde do México a nível nacional e do Distrito Federal, a nível local, e estabelecer sob que pressuposto, de bem-estar ou qualidade, se encontram elaborados. **Revisão da literatura:** Entre outros aspectos revisados, destaca-se a importância da dimensão da teoria organizacional (normativa, sistêmica e cultural-crítica) como categorias fundamentais para compreender a relação entre as unidades primárias de análise de cada teoria e as categorias de indivíduo-grupo, organização e sociedade. Apresenta-se como uma segunda dimensão, a inter-relação entre a teoria e a prática profissional integral do processo saúde-doença, assim como suas conexões com a teoria da organização. Descrevem-se, como terceira dimensão, os aspectos teóricos do planejamento estratégico situacional e sua relação com a Estratégia de Atenção Primária à Saúde. Desenvolvem-se os pressupostos de bem-estar e qualidade, sob os princípios sociais, econômicos e políticos em que se encontram os Programas. **Objetivo:** Estabelecer através da análise estratégica, em suas diferentes dimensões, o tipo de teoria organizacional, os elementos teórico-metodológicos do planejamento estratégico sob as premissas da Estratégia da Atenção Primária à Saúde e a inter-relação com o objeto de estudo-trabalho e a prática profissional, que permita determinar o tipo de pressuposto de bem-estar ou qualidade que sustenta aos Programas nacional e local estudados. **Metodologia:** O estudo foi realizado em base ao método qualitativo de estudo de caso, para compreender o processo da análise estratégica, a partir da interdependência dialógica dos marcos geral, particular e singular dos Programas nacional e local. A pesquisa se enfocou nas informações imersas nos Programas de Saúde, a través de uma revisão dialógica dos documentos oficiais e em entrevistas semidirigidas, realizadas com planejadores das respectivas Secretarias de Saúde.

Assim, foram descritas as unidades primárias de análise do campo da administração pública que permite diferenciar a forma de estabelecer a teoria da organização prevalente nos Programas. Ao mesmo tempo, se definiram 9 cenários matriciais e 72 subcenários lineares, para compreender a relação do processo saúde-doença e a prática profissional, como elementos chaves que tem uma correspondência com o objeto de estudo-trabalho e sua resposta científico-técnico-social de acordo com a teoria da organização, com o planejamento estratégico situacional ou empresarial, e os pressupostos de qualidade e bem-estar utilizado pelos dois Programas.

Resultados: O Programa Nacional tende a uma teoria organizacional de tipo sistêmica, sob o pressuposto teórico de qualidade, sendo que seu objeto de estudo se enfoca para a doença e/ou a saúde, em forma isolada. Em decorrência, a prática profissional está baseada no modelo biomédico tradicional economicista, formal e científico, fundamentado em um planejamento estratégico empresarial; dimensões que corroboram o pressuposto teórico de qualidade. O Programa do Distrito Federal se situa em uma teoria organizacional de tipo sistêmica com tendência à teoria cultural-crítica, sendo seu objeto de estudo o processo saúde-doença e a prática profissional se constitui por ações integradas, em um modelo de atenção ampliada de saúde, ainda que separe o campo da atenção pessoal da coletiva. Neste sentido, o planejamento estratégico é de tipo empresarial, com alguns conteúdos sociais que incide para o pressuposto teórico do bem-estar. **Discussão e Considerações gerais:**

O processo de análise estratégica permitiu compreender que em seu contexto teórico-metodológico o Programa nacional é prescritivo, disjuntor e normatizador, e o Programa local é prescritivo, articulador e social. Existe neste último, a possibilidade de construir a articulação das diferentes dimensões desenvolvidas neste trabalho. A rede estaria constituída pela conjunção da teoria organizacional cultural - crítica, pelo objeto de estudo processo saúde-doença e por uma prática profissional social, desenvolvidas por meio do planejamento estratégico situacional, sob os elementos constitutivos da Estratégia de Atenção Primária à Saúde. Este processo pode incidir em uma futura sociedade do bem-estar, na que a emancipação seja o elemento chave para uma cultura da saúde. Considera-se que, de não desenvolver-se a articulação de diferentes dimensões da análise estratégica, com uma base teórica de sustentação, se seguirá produzindo programas de saúde com características predominantemente

regulatórias, fragmentadas e reducionistas. **Palavras chaves:** Teorias da organização; Pressuposto de bem-estar e qualidade; Processo saúde-doença; Prática profissional integral; Planejamento estratégico situacional; Estratégia de Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: This thesis, based on a strategic analysis, articulates the dimensions of organizational theories in the field of public administration, the subject matter of health-sickness process study-work, full professional practice and situational strategic planning, by means of the Strategy of Primary Attention to Health. The purpose is to comprehend and place the Health Programs of Mexico at the national level and of the Federal District at the regional level, with a basis on the articulation of the aforesaid dimensions, and to establish under which assumption, of wellbeing or quality, they are prepared. **Review of literature:** In addition to other reviewed aspects, emphasis is placed on the importance of the dimension of organizational theories (normative, systemic and cultural-critical) as essential category for understanding the relation between the primary units of analysis of each theory and the categories of individual-group, organization and society. A second dimension to appear is the interrelation between theory and full professional practice of the health-sickness process, as well as its connections with the theory of organization. The theoretical aspects of situational strategic planning and its relation with the Strategy of Primary Attention to Health are described as a third dimension. The assumptions of wellbeing and quality are developed under the social, economic and political principles in which the Programs can be found. **Goal:** To establish, by means of strategic analysis, in its different dimensions, the type of organizational theory, the theoretical-methodological elements of strategic planning under the assumptions of the Strategy of Primary Attention to Health and the interrelation with the study-work subject and professional practice, which permits the determination of the type of assumption of wellbeing or quality that sustains the national and regional Programs studied. **Methodology:** The study was carried out with a basis on the qualitative case study method, to understand the strategic analysis process from the dialogic interdependence of the general, particular and singular milestones of the national and regional Programs. The survey focused on information included in Health Programs, through a dialogic review of official documents and in semi-targeted interviews, held with planners from the respective Departments of Health. Hence a description was

made of the primary units of analysis of the field of public administration that permits the differentiation of the manner of establishing the theory of organization that is prevalent in the Programs. At the same time, 9 matricial scenarios and 72 linear sub-scenarios were defined to understand the relation of the health-sickness process and professional practice, as key elements that establish a correspondence with the study-work subject matter and its scientific-technical-social response is in conformity with the theory of organization, with situational or corporate strategic planning, and the assumptions of quality and wellbeing utilized by the two Programs.

Results: The National Program is conducive to an organizational theory of the systemic type, under the theoretical assumption of quality, where its study subject is focused on sickness and/or health, in an isolated manner. Consequently, professional practice is based on the economist, formal and scientific traditional biomedical model, founded on corporate strategic planning; dimensions that corroborate the theoretical assumption of quality. The Program of the Federal District is situated in an organizational theory of the systemic type, which is conducive to the cultural-critical theory. Its study subject is the health-sickness process and professional practice comprises of integrated actions, in a model of expanded attention to health, even though it separates the field of personal attention from the collective field. To this effect, strategic planning is of the corporate type, with some social contents that comes within the scope of the theoretical assumption of wellbeing. **Discussion and**

General Considerations: The strategic analysis process made it possible to understand that in its theoretical-methodological context the national Program is prescriptive, disjunctive and regulatory, and the local Program is prescriptive, articulating and social. The latter features the possibility of building the articulation of the different dimensions developed in this study. The network is apparently formed by the conjunction of the cultural-critical organizational theory, the health-sickness process study subject and a social professional practice, developed by means of situational strategic planning, under the constitutive elements of the Strategy of Primary Attention to Health. This process can lead to a future society of welfare, in which emancipation is the key element for a culture of health. It is considered that, due to the non-development of the articulation of different dimensions of strategic analysis, with a theoretical foundation, the tendency will be

to continue producing health programs with predominantly regulatory, fragmented and reductionist characteristics. **Key words:** Theories of the organization; Assumption of wellbeing and quality; Health-sickness process; Full professional practice; Situational strategic planning; Strategy of Primary Attention to Health.

SUMÁRIO

Resumo	i
Abstract	iv
Sumário	vii
Lista de Quadros	ix
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DA LITERATURA	9
2.1. TEORIAS da ORGANIZAÇÃO	9
2.2. POSTULADOS de BEM-ESTAR e QUALIDADE	23
2.3. OBJETO DE ESTUDO-TRABALHO e PRÁTICA PROFISSIONAL	31
2.4. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL e ESTRATÉGIA de ATENÇÃO PRIMÁRIA à SAÚDE	41
3. OBJETIVOS	47
3.1. OBJETIVOS GERAIS	47
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
4. PRESSUPOSTOS	49
5. METODOLOGIA	51
5.1. MÉTODO QUALITATIVO	52
5.2. COLETA de INFORMAÇÃO	54
5.3. DIMENSÕES para a ANÁLISE ESTRATÉGICA	56
5.3.1. Teorias Organizacionais	56
5.3.2. Planejamento Estratégico Situacional e Estratégia de Atenção Primária à Saúde	64
5.3.3. Cenários do Processo Saúde-Doença e Prática Profissional	79
6. RESULTADOS	105
6.1. PROGRAMA NACIONAL de SAÚDE	105
6.1.1. Capítulo I. Onde estamos? A saúde e serviços no México	108
6.1.2. Capítulo II. Aonde Queremos Chegar? Um Sistema de Saúde que o México Merece	134

6.1.3. Capítulo III. Que Caminhos Vamos Seguir? Objetivos, Estratégias e Linhas de Ação.....	138
6.1.4. Capítulo IV. Como Medimos os Avanços. A Prestação de Contas como Parte do Processo Democrático.....	208
6.2. PROGRAMA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	214
6.2.1. O Contexto	214
6.2.2. Problemas e Desafios	220
6.2.3. Valores e Princípios	226
6.2.4. Estratégias para Enfrentar os Seis Desafios	230
6.2.5. A Organização de Serviços	243
6.2.6. O Novo Sistema de Informação	245
6.2.7. Reorganização Institucional, Fortalecimento e Ampliação de Serviços.....	246
6.2.8. Qualidade Integral dos Serviços.....	248
6.2.9. Administração em Apoio à Operação	249
6.2.10. Participação Cidadã da Unidade Territorial	251
6.2.11. O Orçamento: Suporte da Política de Saúde.....	252
6.2.12. Educação e Pesquisa	253
6.2.13. Metas	254
7. DISCUSSÃO	258
8. CONSIDERAÇÕES GERAIS	279
9. SUGESTÕES	285
10. REFERÊNCIAS	290
ANEXOS	
Anexo Único: Roteiro das Entrevistas	298

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Vinculação dos atores sociais e institucionais nos diferentes níveis de um sistema de saúde seguindo o esquema de qualidade.....	31
Quadro 2: Modelos básicos do processo saúde-doença e prática profissional....	37
Quadro 3: Teorias da organização e sua relação com as categorias de análise...	63
Quadro 4: O momento explicativo segundo a relação dos planos situacionais e os componentes da Estratégia de Atenção Primária à Saúde (EAPS).....	65
Quadro 5: Relação dos elementos normativos segundo a explicação situacional.....	70
Quadro 6: Correlação de políticas gerais de saúde e específicas da EAPS.....	74
Quadro 7: Relação de Viabilidade organizacional, econômica e política segundo estratégias de decisão, operacionalidade e permanência.....	76
Quadro 8: Relação das Ações Situacionais, Resoluções, Critérios e Sistema Direcional, segundo planos Geral, Particular e Específico.....	78
Quadro 9: Cenário No. 1 - População, Meio e Sistemas de Saúde em relação a Tendências e Marco de condições.....	82
Quadro 10: Cenário No. 2 - Perfis do Processo Saúde-Doença e o Sistema de Saúde.....	84
Quadro 11: Cenário No. 3 - Perfil de Problemas Dominantes do Processo Saúde-Doença e o Sistema de Saúde.	87
Quadro 12: Cenário No. 4 - Comportamento dos Recursos Financeiros, Infra-estruturais e Humanos no Sistema de Saúde e seus Marcos de Operação.....	90
Quadro 13: Cenário No. 5 - Quantidade de Médicos e outro Tipo de Profissional, Conhecimento (Ciência e Tecnologia) e conseqüências prováveis no Sistema de Saúde.	93
Quadro 14: Cenário No. 6 - Acesso à Informação Segundo Setores, Resultantes e Comportamento Organizacional no Sistema de Saúde.....	95
Quadro 15: Cenário No. 7 - Processos de Trabalho nas Organizações de Saúde, segundo Fluxo de Informação ao Grupo de Trabalho, Tipo de Organização e Enfoque Dominante na Abordagem de Saberes e suas conseqüências prováveis.....	97
Quadro 16: Cenário No. 8 - Fases do Diagnóstico do objeto de estudo-trabalho, segundo espaço regional ou nacional e o tipo de Planejamento-Avaliação.	99
Quadro 17: Cenário No. 9 - Situação Conjuntural segundo Gasto social, Programa e Situação monetária e sua resultante nos Sistemas de Saúde.....	102

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo focou sua meta na análise estratégica, como um processo articulado, para compreender a situação atual do setor da saúde pública no México, em nível federativo na Secretaria de Saúde — nacional —, e em nível estadual na Secretaria de Saúde da Cidade do México — local —, considerando os programas de saúde elaborados por estas instituições. Para tanto, o estudo incluiu as categorias em um processo de interação da teoria de organização no âmbito normativo, sistêmico e cultural, e suas unidades primárias de análise, dentro do campo da administração pública, dos objetos de estudo-trabalho dos Programas (saúde, doença ou processo saúde-doença), bem como o tipo de prática profissional que utilizaram para resolver os problemas; assim como o processo de planejamento estratégico utilizado, de acordo com os pressupostos teóricos dos formuladores dos Programas.

Neste amplo panorama, as dimensões da teoria da organização na administração pública e do planejamento e administração estratégica, em que se formulam os Programas, se encontram diferenças substanciais, mesmo que na literatura se encontrem com títulos similares. Sua formulação corresponde a problemáticas diversas, sob as que os planejadores e administradores apresentam seus conceitos teóricos e técnicos, persuadidos da sua importância para a solução dos problemas encontrados, muitas vezes sem contar com as formulações teóricas adequadas e as necessidades específicas da realidade em estudo, e menos ainda das necessidades sentidas dos grupos sociais atingidos.

Assim, na revisão da literatura, se descrevem as teorias organizacionais mais representativas para este estudo: neoclássica, sistêmica e crítica ou cultural, correspondentes à primeira categoria da análise estratégica no campo da administração pública. Esta categoria está composta pelas relações e vetores normativos gerais da organização, de acordo com as formulações desenvolvidas por HARMON e MAYER (2001), e BARBA e SOLIS (1997).

Na revisão da literatura, como uma segunda dimensão da análise estratégica, considerou-se que no desenvolvimento do setor saúde exista dois pressupostos básicos a ser perseguidos no âmbito mundial. O primeiro corresponde à categoria de **bem-estar social**, formulada depois da segunda guerra mundial e vigente até as décadas de 70-80 e o segundo, diz respeito à categoria de **qualidade**, iniciada com o processo de globalização e com as políticas neoliberais, na década de 80, e ainda vigentes na atualidade. Em consequência é possível, por meio do processo de análise estratégica, ter uma compreensão sobre as características dos pressupostos citados que devem ser examinadas sob as diferentes categorias, nos Programas em estudo.

Neste sentido, é necessário situar o papel que o Estado assume, para cumprir com os postulados da Constituição do México, formulados através da instrumentação de políticas de saúde e da aplicação de recursos humanos, financeiros e estruturais, que permitam satisfazer as perspectivas de todos os setores sociais da população do país, ao determinar a saúde como um direito social, no seu artigo quarto.

Na revisão da literatura, se apresenta uma terceira dimensão da análise estratégica, que é o objeto de estudo processo saúde-doença (BREILH 1987, ALMEIDA FILHO 1999) como um problema quase estruturado e complexo, com um alto grau de incerteza, uma vez que afeta ao ser humano, integral e individual e coletivamente com suas contradições e complementaridades. Estas formulações por sua vez, permitiram uma primeira abordagem, para definir das bases de articulação entre a compreensão do objeto de estudo, — processo saúde-doença —, que podem ser vistos também isoladamente, e o tipo de prática profissional integral em Ciências da Saúde (produção de serviços, produção de conhecimentos e formação de recursos humanos) com suas diferentes categorias. Isto permitiu verificar em qual dos dois Programas, nacional ou local, houve uma maior aproximação a esta categoria, retomada nas formulações teórico-metodológicas de uma terceira via de planejamento estratégico situacional no setor saúde, na sua relação com o processo saúde-doença e a prática profissional.

Na revisão da literatura se apresentam os elementos teóricos do planejamento estratégico situacional descrito por MATUS (1987), como a quarta dimensão da análise estratégica, considerada como um processo que permite a distribuição do poder e liberdade dos indivíduos e coletividades, para definir as bases da participação ativa do coletivo, dos indivíduos e dos grupos sociais, nos diferentes momentos que o conformam.

No capítulo da metodologia foram estabelecidas as relações das três teorias organizacionais com suas correspondentes unidades primárias de análise, posto que existam diferenças notáveis na forma de definir funções com os demais setores institucionais e a sociedade (relação interorganizacional); entre os componentes da organização (relação intra-organizacional); e com os indivíduos internos e externos que têm vínculo com a organização (relação indivíduo-organização). O mesmo ocorreu com os vetores normativos da organização: eficácia, eficiência, representação, direitos individuais, e o exercício da discricionariedade, que foram desenvolvidos nos Programas com visões diferentes, de acordo com a teoria organizacional correspondente. Estes cuidados foram necessários para se evitar análises errôneas dos princípios, valores e conteúdos técnico-científicos em que os Programas se encontram situados.

Também se estabeleceu como uma necessidade crucial, o desenvolvimento de nove cenários viáveis acerca dos pressupostos gerais que intervêm no processo da análise estratégica: o processo saúde–doença, a prática profissional, e sua interrelação, sobre tudo, no referente aos dois componentes, os sistemas de saúde (produção de serviços) e de pesquisa (produção de conhecimentos), em um desenho de tipo matricial (72 subcenários).

Nos cenários se descrevem as diferentes variáveis que devem conter os programas de saúde, como por exemplo: população, recursos e espaços geográficos; particularidades do perfil processo saúde-doença no campo epidemiológico; e também a prevalência de problemas do objeto de estudo nos aspectos de epidemias, endemias e pandemias. Nos cenários desenvolveu-se também a lógica dos recursos

humanos e financeiros e de infra-estrutura; a informação segundo setores e comportamento organizacional; os processos de trabalho na organização; o diagnóstico em saúde nos sistemas de saúde; e o gasto social em saúde, os quais permitiram uma aproximação às situações conjunturais em que o setor se desenvolve, proporcionando como possível resultado, cenários favoráveis e desfavoráveis de tal relação.

O planejamento estratégico situacional se formulou de acordo com os quatro estágios desenvolvidos por MATUS (1989): explicativo, normativo, estratégico e tático operacional, acrescido de mais um estágio, sobre Políticas. Este foi proposto por GÓMEZ CASTELLANOS E GARDUÑO (2000), e se inter-relacionou matricialmente com os quatro principais elementos do projeto "Saúde para Todos no ano 2025" (OPAS 2005), denominado Estratégia de Atenção Primária da Saúde, - EAPS -, como uma visão articulada e como uma proposta que envolve a todos os atores sociais e instituições do setor saúde.

Esta formulação matricial entre o planejamento estratégico situacional e a Estratégia de Atenção Primária à Saúde, foi compreendida, como uma proposta para uma mudança no sistema de saúde mexicano e sua relação foi analisada dialeticamente nos níveis geral, particular e específico e apresentada com uma visão de maior complexidade, o que permitiu uma maior aproximação ao processo da análise estratégica, bem como vislumbrar como se encontravam formulados, nos dois Programas em estudo, seus elementos de participação social, científico, tecnológico, de descentralização e intersectorialidade. Sob este contexto de níveis, se desenvolveu a metodologia, nos diferentes momentos do planejamento estratégico situacional de MATUS (1987), e foram comparados nos dois programas em estudo, com o pressuposto teórico da organização cultural (crítica), proposto por GÓMEZ CASTELLANOS e GARDUNHO (2000), denominado de modelo da sociedade do bem - estar.

No capítulo de resultados foram descritos os componentes de ambos os Programas, à luz da análise estratégica, e de acordo com as quatro categorias,

desenvolvidas neste trabalho, o que permitiu estabelecer que o Programa Nacional de Secretaria de Saúde tende para uma **teoria organizacional sistêmica**, na qual se contempla a doença como o **objeto de estudo-trabalho**, resolvida através de uma **prática profissional** biomédica tradicional, com forte ênfase no ato curativo individual, de alto custo econômico e tecnológico, predominando no contorno do Programa um **planejamento estratégico** de tipo empresarial e sob um paradigma denominado “mudança na autoconsciência”; categorizando o Programa como **um pressuposto teórico da qualidade**.

Na análise estratégica do Programa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (DF), se confirmou que este possui uma tendência para a **teoria organizacional crítica ou cultural**, uma vez que contempla como **objeto de estudo – trabalho** ao processo saúde doença e sua **prática profissional** articula ações no modelo de serviços, que tendem na categoria econômica para uma prática social, ainda que o tipo de **planejamento estratégico** se situe no modelo sistêmico empresarial, similar ao Programa nacional. Suas formulações se orientam para **um pressuposto teórico do bem-estar**.

Nos capítulos, de discussão e considerações gerais, questionam-se, com base no modelo da análise estratégica, os diferentes elementos encontrados nas propostas dos Programas. Considera-se que o setor saúde, no âmbito nacional e local, para atingir um sistema baseado na cultura da saúde, que incida na melhoria desta, afastando-se do pólo da doença, deverá estabelecer, em seu processo teórico-metodológico, a complexidade do fenômeno — processo saúde-doença — e sua relação com uma prática profissional integral que defina sua ativação em um paradigma social.

Estes elementos fundamentais constituem uma perspectiva alternativa sobre a problemática do setor da saúde, proporcionando, em suas diferentes categorias teóricas, a idéia de um processo de planejamento e administração estratégica pública, que deverá contar com a participação ativa da sociedade em todo o processo de emancipação e cidadania, não reprimida no desenvolvimento do Programa. Devido à

tendência do programa local para a teoria organizacional crítica ou cultural é possível no futuro, a partir da utilização de parâmetros de planejamento estratégico latino-americano, construir com os diversos grupos populacionais uma cultura da saúde.

O processo de análise estratégica permitiu compreender os Programas de Saúde em um contexto teórico-metodológico e construir um campo de possibilidades da realidade do sistema de saúde no México, articulando os diferentes modelos em estudo, a partir da teoria organizacional, passando pelos pressupostos teóricos de qualidade e bem-estar, bem como pelo objeto de estudo e prática profissional, para chegar à realização de um planejamento estratégico situacional, sob os elementos constitutivos da Estratégia de Atenção Primária à Saúde, que podem incidir em uma futura sociedade do bem-estar na qual a emancipação seja o elemento chave para uma cultura da saúde. Se não for adotado um paradigma integrador, que articule os diferentes formatos citados, continuarão sendo criados programas de saúde com uma característica predominantemente regulatória, fragmentada e reduzida à forma característica da análise estratégica, misturando-as, sem uma base teórica de sustentação, com objetivo de controlar o caos e chegar à ordem por intermédio da regulamentação e racionalização administrativa.

Em ambos os documentos e pelas entrevistas, foi possível compreender, por meio da análise estratégica como um processo articulado, os seguintes questionamentos:

- Sobre quais elementos da teoria da organização, no campo da administração pública, planejamento e administração estratégica e dos objetos de trabalho-estudo se sustentaram os Programas Nacional e Local de Saúde no México?
- Sob quais postulados, de bem-estar ou qualidade, se estabeleceram os Programas Nacional e Local de Saúde no México?
- É possível apresentar novos espaços nos processos da teoria da organização, planejamento estratégico e dos paradigmas da saúde, como alternativas de trabalho no setor saúde de México?

- É viável desenvolver um sistema de saúde resgatando as premissas fundamentais da Estratégia de Atenção Primária à Saúde, sob os esquemas alternativos do planejamento estratégico situacional baseado na teoria organizacional cultural ou crítica?
- Em qual dos Programas estaria mais bem fundamentado?

“Uma teoria não é conhecimento; ela permite o conhecimento. Uma teoria não é uma chegada; é a possibilidade de uma partida. Uma teoria não é a solução; é a possibilidade de tratar um problema. Em outras palavras, uma teoria só realiza seu papel cognitivo, só ganha vida com o pleno emprego da atividade mental do sujeito. É essa intervenção do sujeito que dá ao termo método seu papel indispensável”.

Edgar Morin

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. TEORIAS DA ORGANIZAÇÃO

Na atualidade é indubitável que a teoria da organização seja conceitual e, metodologicamente, o sustento da administração pública e planejamento estratégico, sobre tudo no setor da saúde pública, já que nela se constroem uma série de estratégias, a partir de diferentes perspectivas das organizações, que incidirão na vida dos seres humanos. Geralmente formuladas pelas organizações públicas dos governos, através da administração e planejamento público, com suas diferentes características políticas, nas quais se estabelecem os elementos técnico-científicos para que as organizações, neste caso da saúde, logrem maximizar a produtividade, a eficiência e o impacto social, por meio de uma melhor organização que permita mudanças e um controle democrático participativo, para um melhor desempenho (HARMON e MAYER 2001).

Os autores, acima citados, apontam que o contexto organizacional, no qual se desenvolve a ação administrativa, encontra-se repleto de problemas perversos, os quais têm soluções políticas, técnicas e instrumentais no âmbito geral da administração pública pela qual o administrador e o planejador público, entram numa variedade de ambientes organizacionais, denominados como os três campos das relações da administração pública: interorganizacional, intra-organizacional e da organização frente ao indivíduo.

A compreensão do campo interorganizacional na saúde pública é de suma importância, já que o relacionamento com representantes de outros setores ou dependências, como por exemplo, os corpos legislativos, judiciais, grupos de interesse ou de setores afins, se realizam pelas dependências do setor estatal e chegam a modular as idéias, objetivos e missão e em consequência as atividades de seus diferentes componentes.

Estas relações interorganizacionais permitem ponderar os valores sociais e o desempenho eficaz das funções. Neste sentido tem um grande significado para o administrador e o planejador público, tanto para legitimar a organização, como para compreender os problemas de sobrevivência, assim como possui importante papel de avaliação jurídico-política, de acordo com as teorias organizacionais prevalentes nos planos e programas, e em consequência, como se estabelecem suas próprias características públicas. Em nosso caso, na saúde pública, as organizações têm utilizado estas relações interorganizacionais, nas últimas décadas, sob a denominação de descentralização, intersectorialidade e participação social.

As relações intraorganizacionais (HARMON e MAYER 2001) definem a estrutura interna e vínculos na organização, nelas ficam compreendidas as relações formais (aquelas consideradas oficiais e reconhecidas legalmente), assim como as informais (aquelas que surgem da tradição ou conveniência), ambas consideradas como os canais pelos quais, o poder e a informação, fluem na organização.

Neste aspecto, as funções administrativas internas, concebidas sob termos racionais e instrumentais são debatidas nas teorias organizacionais atuais, nos diversos terrenos práticos, políticos e éticos. As relações preponderantes que os Programas em estudo incluem, foram estudados visando compreender quais tipos de relações se apresentam com maior nitidez nas relações intraorganizacionais, se aquelas que envolvem poder e hierarquia ou as que envolvem democratização.

A relação entre a organização e o indivíduo situa-se com maior precisão entre os administradores e planejadores, que atuam sob os auspícios da autoridade organizacional, e sua relação com os indivíduos que agem fora e dentro da organização, sobre tudo quando lidam com questões como a discricionariedade pessoal na aplicação das regras e na motivação e estilo das relações pessoais (HARMON e MAYER 2001). Na escola administrativa, de modo geral, esta área vem sendo tratada com superficialidade, tendo sido renegada ao esquecendo as necessidades e direitos individuais e como estes se articulam nos campos inter e intraorganizacionais, reduzindo a capacidade de relação dos co-participantes das

organizações, demonstrada no afastamento surgido, tanto nos trabalhadores como nos usuários, nos diferentes níveis do setor saúde.

Da mesma forma, ao valorizar-se como ocorrem as interferências entre as três relações, é preciso refletir como se encontram inter-relacionadas com a outra metade do campo da administração pública que corresponde aos vetores normativos, utilizados de forma indiscriminada nos diferentes Programas do setor saúde, para entender assim a área geral administrativo em que funcionam as organizações.

Os vetores normativos descrevem os valores sobre um dos aspectos mais importantes em um cargo que é a tomada de decisões, que distingue com clareza a controvérsia entre a administração e a política, bem como a linha que as separa e a utilidade na sua aplicação (HARMON e MAYER 2001). Assim, a base normativa da tomada de decisões, como opção entre alternativas reais, que envolvem as autoridades quando esta tem o poder ou quando conta com os recursos para ser cumprida.

Neste contexto, existe juízo de valor, sobre o prudente e o prático, bem como sobre o que é interesse público e responsabilidade administrativa. Isso ocorre inconscientemente, o que é desejável, porém igualmente existe em um nível autoconsciente. Ainda quando existam poucos acordos sobre estes termos, é importante o debate saudável para um diálogo contínuo e proveitoso, pois estes, o objetivo e subjetivo, têm um fundamento social e histórico que deve ser discutido permanentemente.

Assim, os valores ou normas que existem na administração pública podem agrupar-se em três vetores normativos: eficiência e eficácia; direitos e capacidade do governo; e por último, representação e exercício da discricionariedade (HARMON e MAYER 2001).

A eficiência e a eficácia são consideradas como valores sociais do governo e indicam como seus bens e serviços são distribuídos e prestados. Como o gasto

público é a preocupação histórica do governo, em consequência, a eficiência e a eficácia são consideradas como os principais valores instrumentais para o administrador público, uma vez que demonstram a maneira de como se gasta e os efeitos explícitos disso. O reforço da gestão científica e a idéia de autoridade legal — racional de Weber — são os referenciais mais próximos para enfrentar os problemas de eficácia e eficiência em uma organização, sobretudo quando eles se apresentam na relação intra-organizacional, e um pouco menos na relação organização–indivíduo. Já na relação interorganizacional só são consideradas, quando a sobrevivência e a adaptação da organização se encontram devidamente provadas.

Os direitos e a capacidade do governo são representados pelas ações legislativas e judiciais das organizações na forma de códigos e decretos administrativos, os quais guiam a ação administrativa, assim como o reconhecimento dos direitos individuais, entre eles a equidade, o qual indica que cada indivíduo deve ser tratado de acordo com suas condições e recursos (HARMON e MAYER 2001). Estes temas de direitos, processo justo e equidade formam a base das teorias democráticas entre grupos de indivíduos, sobretudo na administração da assistência social e do setor saúde.

Isto leva a considerar também a qualidade, do ponto de vista do usuário, na co-produção dos serviços, a qual é levada em conta por algumas teorias da organização, em termos de sua importância para o desenvolvimento de uma melhor prática administrativa, e que conduz à tomada de decisões mediante a inclusão dos cidadãos em geral, como um aspecto de grande importância.

A representação e o exercício da discricionariedade se estabelecem como critérios da relação entre política e administração, sobretudo na prestação de contas e na representatividade, sob o conceito de responsabilidade administrativa e de sensibilidade, exercida do ponto de vista dos usuários e seu significado ético, o qual varia segundo as diversas teorias da organização.

Em suma, os vetores normativos e as relações organizacionais norteiam o padrão geral da administração pública, que nos permite compreender a aplicabilidade das teorias da organização, e esclarece as diversas formas que os planejadores e administradores públicos usam para definir os problemas, a forma de pensar sobre suas funções e em consequência a adoção de decisões para sua resolução.

Estas teorias organizacionais segundo HARMON e MAYER (2001), devem ser compreendidas como qualquer forma de empenho intelectual que as faculta para entender o sentido de uma situação ou problema. No campo da administração e planejamento, a teoria deve ser considerada como auxiliar da prática na administração pública, como aquela que elucida possibilidades de ação, que de outra forma não se manifestariam; ou bem como a possibilidade de evocar novas idéias ao contemplar uma situação diferente, o qual permite sua renovação. Sempre formuladas sob uma reflexão crítica dos problemas em questão e, ainda mais, da forma como os elaboramos.

Neste contexto HARMON e MAYER (2001) apresentam seis correntes do pensamento da teoria da organização que oferecem o marco da administração e planejamento em nível público que são:

- Teorias neoclássicas consideram as organizações como se fossem conjuntos decisórios e como um sistema de menor complexidade, relacionado a uma metáfora da máquina. Nelas se considera a liderança como centro da autoridade, com um só propósito: o alcance comum dos objetivos, no qual a racionalidade instrumental é o fundamento na tomada de decisões, sendo o principal elemento explicativo para analisar suas formulações teóricas.
- Teoria de sistemas, que considera as organizações como entidades objetivas e ativas, com suas partes relacionadas contribuindo com seu funcionamento regular, metaforicamente como um organismo biológico, com necessidades de sobrevivência ou intercâmbio propositado e em permanente relação com o ambiente externo, recursos e condições necessárias para a realização de seus propósitos.

- Teoria moderna de relações humanas, que propõem a integração do indivíduo à organização, com a premissa de incentivar os valores humanos e o crescimento individual nas organizações, sob a idéia de que existe uma tensão entre as necessidades do indivíduo e das organizações formais. Idéia pela qual a principal tarefa da administração e planejamento é integrar em um equilíbrio razoável, ambas as necessidades, propiciando uma democracia organizacional com uma gestão participativa.
- Teoria de mercado, na qual a idéia principal é organizar, com interesse evidente, no indivíduo dedicado ao seu próprio benefício e maximizando suas utilidades através do exercício da eleição racional. Tem uma relação com a filosofia do utilitarismo, sustentando que a experiência revela os interesses dos indivíduos. Esta teoria tem uma evidente hierarquia na economia ocidental contemporânea.
- - Teoria interpretativa e crítica, que tende a compreender a organização como uma ação social, na qual os interesses individuais e organizacionais se encontram em tensão mútua e suas relações têm considerações no poder político. Nela se encontra a idéia da ação, como o significado subjetivo da experiência social cotidiana do coletivo. Considera a forma de como a burocracia reforça os processos sociais de dominação e tenta entender a relação da estrutura social na alienação individual, para chegar a um autoconhecimento que conduza a uma ação responsável e autônoma na organização.
- - Teorias emergentes, na quais a premissa é a organização como racionalidade de descobrimento, as ações precedem ao pensamento consciente (razão instrumental), e em consequência as organizações devem dar sentido, em retrospectiva, ao que se tem feito. Assim também os propósitos sociais surgem dos processos sociais, sugerindo que a mudança é mais natural que a estabilidade, e neste sentido as políticas só podem derivar de uma teoria humana no fato de organizar, baseada em processos de ação teorizados e organizados, individual e organizacionalmente, para assim tornar possível uma ação autoconsciente.

Portanto, para especificar as características essenciais dos Programas do sistema de saúde em nível nacional e local no México proposta neste trabalho, devemos considerar que existem diferentes enfoques no planejamento e na administração pública. Estes discordam em aspectos teóricos e metodológicos, conforme os diferentes campos teóricos da organização e das relações organizacionais e vetores normativos da administração e o planejamento público, sob as quais se sustentam.

Neste sentido, sobre a teoria da organização BARBA e SOLIS (1997), formularam três diferentes planos de relações na organização. O primeiro plano compreende a relação indivíduo – grupo, o segundo plano, a relação interna à organização e o terceiro a relação da organização com a sociedade. Planos de relações correspondem aos paradigmas mecânico (neoclássico), orgânico (sistêmico) e cultural (crítico), respectivamente.

O primeiro plano (mecanicista ou teoria neoclássica) prevaleceu de 1900 a 1945, período que permitiu estabelecer as condições para o desenvolvimento da produção industrial maciça, tendo como centro de interesse a eficiência na produção e o oferecimento de produtos padronizados a um custo mínimo. Neste plano, a relação indivíduo-grupo-organização necessitava lidar com o antagonismo do trabalhador que resistia ao controle de suas ações, e daí surgiram diversos modelos teóricos que adotam o indivíduo com um nível de análise que, para alcançar os fins pré-concebidos, permita a eficiência na produção (BARBA e SOLIS 1997).

De acordo com esta lógica, o surgimento da Administração Científica, com autores como Taylor, Fayol, Gantt, Gilbreth (BARBA e SOLIS 1997:51), se fundamenta na idéia de uma organização como um sistema fechado. Nela a relação com o meio ambiente que a rodeia (turbulências, problemas ou facilidades) é minimizada e só é considerada a perspectiva de reduzir as ações improfícuas e os tempos inúteis nas tarefas individuais, por meio da racionalidade científica, que obriga o trabalhador a ter maiores resultados com um mínimo de fadiga e de recursos. Estas ações são apresentadas como ferramentas desenhadas para o alcance

de fins pré-concebidos, por meio da busca de eficiência e de controle do trabalho; modelos de organização ainda predominantes no mundo ocidental (HARMON e MAYER 2001).

A importância deste período é marcada pelo desenvolvimento da denominada tecnologia administrativa, dominante na cultura ocidental até a atualidade e que se encontra indiscutivelmente na maioria dos tratados de administração genérica em nossos países. As críticas a esta teoria mecanicista incidem na automatização dos atos do operário, na desconsideração do elemento humano e no desenvolvimento da idéia de empresa como uma máquina rígida e estática, que procura o desempenho máximo (DE LIMA RIBEIRO 2003).

Sob o ponto de vista da organização e administração neoclássica, se descreve o primeiro paradigma da teoria da organização que é a liderança como centro do poder, dentro de uma hierarquia e propósitos que unem um grupo de indivíduos. É baseada sobre tudo na racionalidade humana, na qual a tomada de decisões é a unidade primária de análise para compreender a organização, sob uma visão comando-controle e nela se encontram localizados o planejamento e a administração normativa (BARBA e SOLIS 1997).

Este paradigma mecanicista se estrutura sob a influência teórica do positivismo do século XIX, e sob os estatutos teóricos do funcionalismo antropológico e o estrutural-funcionalismo do século XX, ambos baseados na racionalidade científica, que proporcionaria as bases para a regulamentação da ordem social. Com pensadores positivistas como Comte, Spencer, Durkheim e os neopositivistas, Malinowsky e Parsons, se obteve uma análise da sociedade, como um sistema social de variáveis interdependentes (BARBA e SOLIS 1997).

A administração científica ou neoclássica, formulada por Frederick Taylor, considerado o “pai da administração científica”, tem como princípio fundamental, as atividades regulares dos agentes, que são definidas como tarefas estáveis e regidas por regras, de acordo com aptidões. A organização deve ser dirigida por

especialistas, através dos departamentos de planejamento, isto é, os mais aptos: os planejadores que conduzem os menos aptos, ou seja, os trabalhadores, o que permite a modificação do ambiente de trabalho para uma maior eficiência no cumprimento das tarefas. A maior crítica a esta teoria é a desumanização do local de trabalho.

Gulick e Urwhick, no seu livro “Papers on the Science of Administration” citado por HARMON e MAYER (2001:166), criam uma nomenclatura uniforme que permite uma crítica da hipótese na administração e propõem conceitos, além de indicar áreas a serem exploradas. Dessa maneira, surge o POSDCORB como a filosofia organizacional que sintetiza uma aproximação à administração genérica e que influi no ensino e no pensamento da administração nos 50 anos seguintes.

Fayol reduz em cinco elementos básicos e quatorze princípios administrativos o processo das funções administrativas: planejamento, organização, direção, coordenação e controle. Estes elementos estão contidos na maior parte dos documentos básicos da administração genérica, pública e privada, o que alguns autores denominam com o termo de tecnologia administrativa (HARMON e MAYER 2001:172).

Segundo MAXIMIANO (2002), o processo de administração genérica é considerado, na atualidade, sob quatro funções básicas: planejamento, organização, execução e controle-avaliação, levando em conta que a direção, coordenação e liderança são formas ou estratégias da função de execução, já que na atualidade não deve haver separação entre os administradores e executores, deixando de lado a idéia original de comando-controle-avaliação. Neste sentido, o processo de controle-avaliação é um complemento dos processos de planejamento e execução, isto é, existe sempre a necessidade de conhecer os dados básicos e seu processamento na elaboração dos planos no planejamento, bem como os recursos utilizados, as atividades realizadas e os produtos obtidos na execução para uma ação corretiva.

Um segundo paradigma, é aquele regido pela teoria geral de sistemas, no qual as relações da organização são metaforicamente, semelhantes a um organismo. Nela

os processos de insumo, transformação e produto permitem desenvolver o planejamento e a administração sistêmica (prospectiva, socio-técnica ou empresarial), a qual sustenta que as funções estruturais e os ambientes organizacionais são estáveis, previsíveis e congruentes na sua forma natural em um sistema aberto (BARBA e SOLIS 1997).

Este segundo paradigma, que teve seu auge entre 1945 e 1980, considera a relação na organização como o eixo de inovação, devido às exigências na mudança do mercado e do consumidor. Nele se considera a organização como um sistema aberto que simplifica a tomada de decisões e permite uma maior eficiência das entidades burocráticas desde uma perspectiva gerencial. Estas propostas estão influenciadas pela Teoria Geral dos Sistemas de Von Bertalanfy (BARBA e SOLIS 1997:22) que busca a redução do esforço teórico e promove a unidade da ciência, melhorando a comunicação entre as diferentes disciplinas.

A teoria geral de sistemas denominada organicista se origina na tentativa de uma compreensão da totalidade do conhecimento social, econômico e científico-tecnológico, que permita às organizações, através de uma racionalidade conjunta, enfrentar a incerteza e o caos, e assim sobreviver em ambientes hostis e imprevisíveis (BARBA e SOLIS 1997).

Surge como uma proposta, partindo das idéias de Mayo, cuja teoria das relações humanas na década de trinta, serve como um amortecedor dos efeitos negativos causados pela implementação da Administração Científica, direcionando a resistência natural dos trabalhadores, da estrutura formal da organização levando-os para a estrutura informal, ou seja, para as relações interpessoais. Estabeleceu-se, então um duplo controle na organização (BARBA e SOLIS 1997).

Estas idéias, ao serem transportadas para as teorias da organização, particularmente as formulações do funcionalismo estrutural, chegam a propor que as instituições contribuam à integração, estabilidade e manutenção do sistema social como um todo, fazendo uma semelhança entre as estruturas biológicas e as estruturas

sociais. Dessa forma surge a metáfora de organismo vivo das organizações, que para sua sobrevivência e adaptação, devem realizar uma interdependência particular, um ajuste das estruturas das partes, em processos que são constituídos pelos subsistemas e seu dinamismo com o meio ambiente.

Neste âmbito se encontra o tipo de planejamento estratégico derivado do campo empresarial, que se caracteriza por sua visão utilitarista para o alcance dos objetivos em situações de concorrência, e em consequência a importância de considerar as oportunidades e ameaças oferecidas em um ambiente de competência. Segundo MAXIMIANO (2002), compreende três fases: o plano estratégico considerado como o processo de elaboração da estratégia, a implementação estratégica como o momento de colocá-la em prática e a avaliação estratégica para sua re-alimentação. Os principais elementos a considerar na elaboração do plano estratégico compreendem a análise do ambiente com suas ameaças e oportunidades e a análise da organização com seus pontos fortes e fracos (Matriz DAFO). Tais elementos que na sua inter-relação permitem a formulação da missão e a visão da organização, assim como a formulação dos objetivos e seleção de estratégias de sobrevivência, adaptação, ofensivas e defensivas (GUZMAN e col. 2001). Na fase de implementação se definem os planos funcionais, suas políticas e o plano operacional, assim como a estrutura organizacional.

Por último, o processo de avaliação-controle, consiste no monitoramento das estratégias e seus objetivos, que permitem uma compreensão adequada dos desempenhos, em uma visão de conjunto. O cartão de balance de resultados (*scorecard*) permite registrar as formas em que se encontram articuladas as quatro dimensões: a perspectiva do usuário (relação indivíduo-organização), a inovação e desempenho aprendizagem (relação intra-organização), os processos internos (relação intra-organização), e o componente genérico da organização (relação interorganização), presentes neste processo de avaliação estratégica.

Este pressuposto teórico do planejamento tem sido amplamente desenvolvido no âmbito público, muito similar ao que se apresenta nos programas nacional e local

do setor saúde em estudo; visto que tem surgido a idéia de que este tipo de administração e planejamento estratégico do campo empresarial pode ser utilizado em organizações da administração pública, sindicatos e outras organizações, sem fins lucrativos, pelas quais, a teoria de sistemas é a corrente de pensamento dominante em nível mundial nos últimos 25 anos do Século XX.

A teoria sistêmica, nas diferentes propostas de autores atuais, como Ackoff, Buckley, e Gawthrop, citado em HARMON e MAYER (2001:224-229), apresenta uma imagem mais atrativa do que a teoria sistêmica empresarial. Esta é utilizada pela organização pública na atualidade, já que está baseada na mudança e controle democrático, por meio do estabelecimento de padrões teóricos que incluem direitos individuais, representação e discricionariedade administrativa, embora seus significados teóricos e termos para sua aplicação, sejam ainda nebulosos devido a sua complexidade.

Por último, um terceiro paradigma, denominado cultural (BARBA e SOLIS 1997), também conhecido como teoria crítica ou interpretativa HARMON e MAYER (2001) identifica as organizações na sociedade como a luta pela liberdade do ser humano nesta era burocrática. Neste paradigma se encontram presentes o planejamento e a administração estratégica situacional em saúde, o qual ressalta a existência dos interesses individuais e organizacionais em mútua tensão, o que leva a considerar a viabilidade de que o indivíduo possa transcender à organização, através de uma ação responsável e autônoma.

Podem-se indicar suas origens na década de oitenta. É nesse período que se inicia uma outra escalada de turbulência institucional, caracterizada por diversos fatores, como o surgimento do poderio econômico do Japão, a queda do sistema socialista, a derrubada do muro de Berlim, a integração dos mercados e a aceleração na frequência das mudanças e seu impacto nas organizações. Este chega a dificultar a antecipação e previsão de seus planos, e neste sentido surge o aumento da velocidade da implementação de projetos e uma maior flexibilidade na proposta do planejamento e administração pública (BARBA e SOLIS 1997).

Este terceiro paradigma surge também pelas críticas das condutas observáveis e dos elementos organizacionais em uma estrutura estática da organização, considerada até o presente como fato concreto (previsível) onde o importante é a relação de causalidade e sua verificação (racionalização). Isto tem impedido uma visão da relação entre organizações complexas e o meio ambiente-social, também complexo e dinâmico, fato que transcende a idéia de estrutura à de processo (BARBA e SOLIS 1997; CAPRA 2004).

As orientações principais nesta teoria, como processo, apontam à mudança das organizações para redes interorganizacionais e sua vinculação com formas institucionais e culturais da sociedade. Assim, a relação da organização com a sociedade é enfatizada para compreender os diversos enfoques teóricos e assim também entender como as organizações são socialmente construídas, tanto em seus níveis de poder como nos sistemas ideológicos sob os quais estes se moldam, permitindo um retorno aos conceitos de subjetividade, que possibilita a reintrodução do indivíduo na organização e na sociedade.

Esta perspectiva teórica admite estudar a organização como uma unidade social, como um fenômeno coletivo, como se fosse uma cultura, o que permite fazer referência à conformação de identidades e significações no espaço social da organização, considerado em última instância, como uma entidade social (BARBA e SOLIS 1997).

A teoria institucional, originada na sociologia do conhecimento permitiu compreender a interação social com a realidade como uma construção humana e nela se inicia o interesse pelo conceito de cultura, como uma categoria crítica que possibilita construir a argamassa social que mantém uma organização unida, na qual a cultura expressa valores, ideais sociais, crenças, com as quais seus membros compartilham. Estes são manifestos como artefatos simbólicos, através de uma linguagem especializada, os quais articulam uma identidade, desenvolvem um compromisso, um significado e um sentido, por meio dos quais os sujeitos interpretam os eventos, a forma em que são influenciados pelo conteúdo dos mesmos

e os significados que lhes outorgam. Desta forma, a cultura e a organização são compreendidas como fenômenos coletivos, referentes à conformação de identidades e significados em um espaço social de acordo com Smircih (citado por BARBA e SOLIS, 1997:82).

Outras duas teorias deste paradigma cultural são a interpretativa e a crítica, que se originam no pensamento sócio-político da Europa. Os principais elementos das teorias citadas é que formulam acordos significativos em que o conflito é um problema que não deve conduzir ao irreconciliável, já que a organização é dirigida a um propósito. Nele a ação é um meio para alcançar um fim, e entre eles os suportes básicos das ciências sociais e naturais podem ser empregados para revelar versões objetivas e de valor na vida organizacional (HARMON e MAYER 2001).

Nesta formulação, de como transcender à organização, se contempla a necessidade de mudar o modelo racional de ação como um problema que limita a compreensão das ações nos contextos individuais, organizacionais e sociais. Sobre ele, compreender como a burocracia reforça os processos sociais de dominação que possibilitam entender a relação entre a estrutura social, as formas de linguagem e o discurso. O propósito desta teoria é fundamentalmente prático, ou seja, como o auto-conhecimento conduz a uma ação responsável e autônoma.

As teorias do paradigma cultural, no campo da administração pública, têm conseguido que a atitude epistemológica de interpretação subjetiva da ação social e suas semelhanças às críticas das ciências sociais positivistas, superem as diferenças acerca do interesse prático e moral para melhorar a vida social e tem forjado uma síntese que supera as dificuldades valorativas. Neste sentido, a crítica à burocracia, em autores como Harmon, Hummel e Denhardt, de tendências diferentes na teoria crítica, é similar ao respeito da produção de uma alienação, tanto entre os membros das organizações públicas, como entre os cidadãos que são atendidos nestas organizações. Desta forma, a burocracia sufoca o discurso político e público, dando como resultado sua conversão como o árbitro definitivo dos valores públicos (HARMON e MAYER 2001).

Em conclusão, a teoria crítica reconhece a necessidade de compreender a distinção entre a verdade e o fato, que os teóricos positivistas consideram equivalentes, como uma questão moral e epistemológica que permita reconhecer a luta pela liberdade na busca do individual, em um mundo opressivo e materialista. Além disso, o sentido de que a luta pela verdade se encontra parcialmente oculta no subconsciente, e deve-se prestar atenção à fonte desses fatos na luta do homem pela liberdade e o significado em uma era altamente burocrática (HARMON e MAYER 2001).

Neste contexto da teoria organizacional como um todo, se encontram a administração e o planejamento estratégico do setor saúde, como um processo, localizando-se os paradigmas e as unidades primárias do marco da administração pública. Já que neste setor social, o campo da saúde pública tem seguido paralelamente, em seu desenvolvimento histórico, os três postulados citados e suas diferentes metáforas, por meio da administração e do planejamento normativo, sistêmico e cultural, identificando em cada um deles, diferentes tipos de objetos de estudo-trabalho, referentes à doença no paradigma neoclássico, à saúde no sistêmico e ao processo saúde-doença no cultural, assim como os diferentes tipos de prática profissional exercidas como resposta a estes fenômenos, ou seja, tipo, artesanal, empresarial e social, respectivamente.

Estas relações possibilitam que as organizações do setor saúde estabeleçam o tipo de postulado e políticas sociais a serem desenvolvidas e que, até o momento, podem ser distinguidas entre as de bem-estar e qualidade.

2.2. POSTULADOS DE BEM-ESTAR E QUALIDADE

Os Programas em estudo (nacional e local) além de poderem ser situados em uma ou outra das teorias organizacionais acima descritas, devem ser, de acordo com os objetivos deste trabalho, contextualizados nos postulados de bem-estar e

qualidade, já que existe uma relação direta entre as dimensões da teoria organizacional, as do objeto de estudo-trabalho e prática profissional, e o tipo de planejamento utilizado, que definem em sua interação, a dimensão do postulado que se origina, e que se apresentam na continuação.

O primeiro postulado teórico, denominado de bem-estar, surge como uma proposta mundial para o benefício das maiorias desprotegidas, em nível de todos os Estados do planeta, no final da segunda guerra mundial (MORIN 2000).

Este pressuposto, de acordo com este autor, não tem ainda uma tradição ideológica clara. No século XIX se destacam os primeiros fundadores de uma ideologia do bem-estar através do pensamento social inglês, baseada na filosofia utilitarista, assim como também se apresenta a “filosofia da miséria” de Proudhon, convertendo-se este postulado do bem-estar, ao mesmo tempo, em um valor burguês e proletário. Os burgueses o consideram como o ideal a conseguir e os proletários reivindicam seu lugar neste bem-estar.

Na época moderna, este pressuposto se identifica com os bens de consumo e de uso derivados da economia industrial e de consumo, em um estilo de vida que tem relação com o entorno familiar, o *habitat*, os serviços sociais (de saúde, por exemplo) e os ócios da modernidade (MORIN 2000).

A partir da segunda guerra mundial este modelo de bem-estar abre a expectativa do desenvolvimento econômico e dos mecanismos para a paz mundial em todos os países. Nesta lógica surgem a Organização das Nações Unidas (ONU), como organização chave do arbítrio das pendências em nível mundial, e em matéria do bem-estar no campo da saúde a Organização Mundial da Saúde (OMS).

A idéia sustentada pelo desenvolvimentismo supunha que ao mesmo tempo em que a economia crescia, em um processo cíclico, o Estado criaria os mecanismos adequados de redistribuição a partir de uma ampla política social, que compreenderia distribuição de renda, oportunidade de trabalho, educação, saúde, lazer, entre outros.

A proposta implícita seria a de que o desenvolvimento econômico estava indissolivelmente ligado ao perfil da doença de cada país, e desta forma tornava-se apto, a partir de análise estatística, a falar de uma patologia da pobreza e da riqueza, inserida de acordo com o desenvolvimento econômico, social, cultural e político dos diferentes países.

Essa proposta, ainda sustentada nos fóruns internacionais durante as décadas de setenta e oitenta, começou a enfrentar severas limitações a partir da generalização do processo de modernização urbana, o que atraiu milhares de migrantes do campo à cidade e tornou possível o aparecimento de novos cenários, como o povoamento extremo das cidades, inclusive o processo de industrialização que não se traduz em um maior bem-estar, mas sim em uma concentração extrema da riqueza entre os diferentes países do planeta, bem como, entre as diversas regiões de um mesmo país (SANTOS 2002).

O modelo econômico não pôde prever suas conseqüências, em particular nos países denominados em desenvolvimento, e de fato o crescimento polarizou a estrutura de distribuição de renda, aprofundou os desequilíbrios regionais, concentrou a riqueza em alguns lugares em detrimento de outros, agravou as crises periódicas, como resultado da dupla dinâmica que tiveram que viver as economias centrais e as periféricas em suas relações interorganizacionais. Esta situação se expressa em matéria de Saúde Pública, pela presença dos perfis epidemiológicos, onde os problemas infecto-contagiosos, crônico-degenerativos e ambiental-psicossomático-externos, do processo saúde-doença, aparecem simultaneamente, porém distribuídos de maneira diferenciada, de acordo com os diferentes grupos e classes existentes nos distintos espaços sociais, caracterizando desta forma o fenômeno da polarização ou transição epidemiológica.

Nesta situação os agravos infecto-contagiosos continuam sendo próprios dos estratos sociais com poucos recursos, mas os outros dois problemas, crônicos e externos, próprios das classes com maior poder econômico, podem estender-se a toda a população, o que já está acontecendo nos países subdesenvolvidos.

Em contraste, os países desenvolvidos combateram eficazmente os problemas infecto-contagiosos através do trabalho adequado dos serviços básicos e domiciliares, deixando os dois restantes como perfis epidemiológicos resultantes de seu desenvolvimento econômico-sócio-cultural. Esta idéia contradiz a afirmação altamente generalizada da correspondência entre os níveis de saúde, somente relacionados ao desenvolvimento econômico, já que em uma época de transição, como essa na qual vivemos, pode não existir em forma linear, tal relacionamento.

Uma análise mais detalhada destes processos, concentrando a atenção na América Latina, poderia dar-se através das séries estatísticas tradicionais, onde se visualizam indicadores como a diminuição da mortalidade infantil, das taxas de doenças infecto contagiosas (consideradas endêmicas) e a maior esperança de vida ao nascer. Condições que estão altamente relacionadas com a ampliação das ações preventivas em saúde pública, e também pela extensão e generalização dos sistemas de saúde e seguridade social, ao tempo do desenvolvimento de novas tecnologias e fármacos para a intervenção curativa das doenças, assim como as transformações econômico-sócio-culturais.

Nesta ordem de idéias, o problema central da organização dos sistemas de saúde, nesse modelo de bem-estar em nossos países, tem sido que estes se estruturaram de acordo com as prioridades e recursos das nações, o que produziu uma alta dependência da política social (saúde, educação) aos projetos governamentais existentes. Enquanto se deu o processo de recuperação da economia mundial e a expansão derivada da corrida desenvolvimentista, estas condições propiciaram a expansão. Porém a partir do início da crise da década de setenta, começa a observar-se um processo que tem se acentuado: o da crise fiscal e o endividamento do Estado com grandes empresas internacionais (SANTOS 2000).

Neste campo, a década de oitenta se traduz de maneira dramática em um crescimento da demanda dos serviços de saúde, as que não pode corresponder-se amplamente com um aumento dos serviços e do Estado de bem-estar. Este fato se constitui um paradoxo, já que neste período é onde se propõe a meta de Saúde para

Todos no ano 2000, e onde o direito à saúde alcança importância constitucional em diversos países. O resultado foi que não se pôde iniciar pela chamada década perdida das economias periféricas nos anos oitenta, pela falta de recursos econômicos, técnico-científico-sócio-organizacionais, correspondentes ao aparecimento de novas necessidades, conhecimentos e problemas do processo saúde-doença.

Não obstante, e apesar das considerações anteriores, cabe reconhecer o esforço desenvolvido nas regiões periféricas, onde se buscou como alternativa, frente à redução do gasto social, ampliar a cobertura a novos grupos demandantes, particularmente urbanos e reduzir mediante ações preventivas e de educação para a saúde, os custos de operação. É neste campo onde o processo de privatização da saúde, sobretudo na atenção individual, abrirá passagem, estabelecendo mercados de trabalho, de acordo com a capacidade de remuneração de setores altamente beneficiados pelo capital.

Assim, a extensão da cobertura a toda a população era a proposta do sistema de saúde universal, aceito como um postulado do Estado do Bem-estar. Isto demandaria um período de tempo para a eliminação de desigualdades extremas na composição social, assim como de critérios técnico-científico-sociais para compreender os problemas do binômio saúde-doença e determinar o trabalho a desenvolver com os elos direcionais da Estratégia de Atenção Primária à Saúde (EAPS), a saber: a participação comunitária, a tecnologia apropriada, a inter-setorialidade e a descentralização, dos programas a serem propostos.

A partir deste pressuposto de bem estar, a idéia de “Saúde para Todos” no ano 2000, supunha algo mais que uma meta a ser alcançada em um período relativamente breve, contudo foi uma idéia de processo viável de transformação do setor saúde por meio da EAPS para alcançar o bem-estar e não a idéia da EAPS que implica sua utilização como um programa, ou seja, como um nível primário de atenção. Fatores não previstos impediram em parte a concretização da proposta, dos quais se destacam:

A crise mundial do Estado de Bem-estar, que não pôde prever as resultantes da crise ambiental, as limitações dos recursos renováveis, da impossibilidade de uma política indefinida de crescimento sustentável e da crise fiscal do aparelho governamental, assim como das bases gerais dos Estados (SANTOS 2002). Estas, com o surgimento das recentes fases do processo de globalização, tem tido como resultado fatores de alta instabilidade econômico-político-social, que fazem pensar, hoje em dia, na escassa possibilidade de alcançar a meta, ainda para este século. Isso significa que esta idéia de Saúde para Todos e a Estratégia de Atenção Primária à Saúde, desenvolvida sob parâmetros da teoria organizacional normativa (neoclássica), tem sido despojada de um cenário de tempo admissível, pelo qual há a necessidade de mudar os paradigmas atuais.

Portanto, na atualidade, a compreensão dos componentes do planejamento e da administração no setor saúde, deve ser analisada a partir dos processos de globalização econômica, política e cultural (SANTOS 2002). A globalização por sua vez, entendida como a mobilidade de fluxos financeiros no mercado mundial através de instituições internacionais propicia, ao mesmo tempo, por meio da internacionalização das práticas sociais e culturais, a difusão do conhecimento regulador ou emancipador através da informática, situação que, na medida em que se disponha de recursos humanos, materiais e financeiros alternativos, impulsionarão positivamente os sistemas públicos de saúde, de ensino (principalmente na educação superior), das ciências da comunicação e dos meios de transporte.

Desta forma, configura-se um breve esquema que, de uma maneira ou outra, deverá impactar o setor saúde no México, no que se refere à solução dos problemas do processo saúde-doença da população mexicana, assim como na produção de bens e serviços em todos os ramos da produção econômica, incluindo o setor saúde. Tal impacto é devido à existência de uma franca vinculação entre a saúde, a educação e o emprego, tanto pelo lado da oferta como da demanda. Portanto faz-se necessário considerar os fatores econômicos e políticos que intervêm na educação, emprego e saúde, já que o Estado vem diminuindo progressivamente os recursos destinados a estes setores sociais. Atualmente esta situação incide negativamente na concessão do

gasto público, o qual já não favorece ou impulsiona a atividade de setores prioritários vinculados com o bem-estar da população, sobretudo nos países subdesenvolvidos.

Vislumbra-se, na atualidade, a implantação de uma política destinada a favorecer a privatização do setor saúde, à custa da redução da prática de caráter humanitário e social dos sistemas de saúde públicos, e desta maneira, apenas permitir o acesso a uma população que possa pagar pelos serviços de atenção individual, pertencente a estratos de renda médios e elevados, outorgando-lhes um atendimento marcadamente elitista, prevendo-se assim no futuro, a privatização dos serviços públicos.

Neste contexto surge o segundo postulado, denominado por nós de modelo de qualidade, que induz à mercantilização da saúde, quando surge no discurso estatal, a noção de qualidade em relação ao que, até então, havia sido considerado como as tarefas do bem-estar do governo. Esta idéia, que na sua base sustenta a existência de necessidades crescentes frente a recursos cada vez mais limitados, se acompanham de novos pressupostos, econômicos e sociais derivados da indústria, o que supõe transferir a solução das necessidades da sociedade (antes competência quase exclusiva do Estado) aos setores hierarquicamente organizados, planos de saúde, tanto estatais como privados, agora financiados pelos usuários.

O anterior supõe introduzir o conceito de equidade, definida como a correspondência ao esforço individual e social (grupos organizados) frente à distribuição de serviços, e ambos (indivíduos e serviços) devem assumir a noção de competência e competitividade, tanto no manejo de recursos como na obtenção dos objetivos e metas, por meio de sua regulamentação, assim como assumir critérios de eficiência e eficácia no desempenho, próprios do discurso industrial-empresarial. Resultando numa exigência de diferenciação e de incompatibilidade no tipo de serviços e assistência a ser outorgados, tanto no nível das unidades básicas como dos sistemas complexos de saúde. O conceito de qualidade rompe com os esquemas extensionistas das chamadas políticas do bem-estar, derivadas do pós-guerra.

A idéia de qualidade não é vista nem como um princípio nem como um processo, mas sim como uma resultante, já que a questão básica supõe o seguimento e a avaliação dos programas. Além disso, vai além das práticas discursivas em torno da excelência e modifica situações e mentalidades já instituídas. O desafio consiste em encontrar as vias e os mecanismos que possibilitem a participação dos integrantes do sistema de saúde e dos usuários e seu crescimento conjunto, para uma maior eficácia e eficiência deste sistema (SENGE 2002).

Esta questão não só envolve uma construção dos primeiros compromissos sob os quais se sustente o início dos programas, mas também a capacidade de seguimento e abertura na medida em que estes consigam consolidar-se, sem a aplicação de uma padronização rígida dos processos produtivos no campo das organizações profissionais (RIVERA 1995). Deste ponto de vista, a qualidade aparece como um instrumento de seguimento e valoração das ações e, portanto é um fator variável quanto aos seus resultados, os quais deverão permitir a avaliação do desempenho.

De acordo com o quadro 1, a atenção do nível primário representa o ponto de confluência de todos os atores sociais envolvidos na solução dos problemas do processo saúde-doença, sobretudo quando participa da escolha e indica a seleção do médico no tratamento de problemas pessoais. Enquanto que no segundo e terceiro níveis, a participação dominante se dá entre as instituições do sistema em uma relação inter e intra-organizacional, a qual chega ao plano global (transnacional), que representa as relações interorganizacionais no conjunto social mais amplo. Ao mesmo tempo é restrita aos grupos econômicos mais poderosos, como um aspecto vital no processo de mercado da globalização atual.

Quadro 1: Vinculação dos atores sociais e institucionais nos diferentes níveis de um sistema de saúde seguindo o esquema de qualidade.

ATORES	NÍVEIS DO SISTEMA DE SAÚDE		
	PRIMEIRO	SEGUNDO	TERCEIRO
Cidadãos	SIM	NÃO	NÃO
Grupos organizados	SIM	NÃO	NÃO
Instituição Nacional	SIM	SIM	SIM
Instituição Mundial	SIM	SIM	SIM

Neste sentido, o sistema de saúde focaliza sua atenção participativo-social no nível primário e se torna seletivo nos níveis de alta tecnologia (níveis secundário e terciário). Este tipo de produção de serviços onde se divide os profissionais da medicina e outros profissionais da equipe de saúde, em generalistas e especialistas, está de acordo com o tipo de objeto de estudo-trabalho que predomina no setor saúde: a doença. Portanto é necessário contemplar os diferentes modelos do conhecimento e prática em ciências da saúde, aplicadas sob a racionalidade cognitivo-instrumental da ciência moderna e que fundamentam grande parte dos Programas em saúde.

2.3. OBJETO DE ESTUDO-TRABALHO E PRÁTICA PROFISSIONAL

Nestas considerações é de suma importância mencionar-mos duas categorias que intervêm, como outra dimensão, na análise estratégica dos Programas de saúde no México: o objeto de estudo-trabalho abordado e o tipo de prática profissional respectivo, que respondem às necessidades de saúde da população e que em sua

articulação permitirão estabelecer outro aspecto da fundamentação teórico-prática dos Programas em estudo.

Nas décadas de oitenta e noventa, um grupo de autores latino-americanos — Gómez C. 1980, Breilh 1989; Almeida Filho 1989 e Laurell 1991—, interessados em determinar as especificidades dos problemas em realidades diferentes às da Europa e dos Estados Unidos da América, e considerando as particularidades da região, propuseram um novo paradigma em Ciências da Saúde, onde o objeto de estudo é o processo saúde-doença, entendido como um processo particular da vida social em geral, no qual intervêm tanto aspectos biológicos quanto sociais, culturais, econômicos e políticos.

Apoiados neste paradigma se começam a teorizar sobre a obsolência do pensamento científico-médico tradicional, baseado no objeto de estudo doença ou saúde e sobre a necessidade de recuperar espaços e formulações que se referem ao mundo individual, mas também ao coletivo-social, do cotidiano, do étnico, do gênero e outros espaços, que haviam sido abandonados pelo conhecimento científico predominante, geralmente de tipo reducionista.

Sob esta perspectiva, BREILH (1995), explica que a saúde-doença é multidimensional e contraditória pelo seu constante movimento, enlaçando as possibilidades e limites que determinam a capacidade de transformação de uma pessoa, de uma comunidade ou de uma sociedade. Isto é, o movimento da vida social se desenvolve sob um sistema de contradições entre processo saudável e processo destrutivo, que em sua unidade e oposição condicionam o desenvolvimento da saúde-doença.

“Essas contradições entre os processos da vida social que nos **protegem-aperfeiçoam** e os que nos **destroem-deterioram**, acontecem em vários domínios ou aposições da vida, de trabalho ou de consumo, que se perfilam na vida coletiva, e determinam o desenvolvimento das contradições mais específicas da vida cotidiana e individual e, pela mediação destas últimas, se desenvolvem as contradições no genótipo e fenótipo humanos, onde os processos físicos, psíquicos e fisiológicos, que garantem a sobrevivência, nos oferecem defesas e reservas, que se

opõe aos processos fisiopatológicos que as deterioram e determinam o envelhecimento rápido, a doença e a morte” (BREILH 1995).

Em consequência, o processo saúde-doença é um objeto complexo, que abarca o nível individual e coletivo, assim como as dimensões biológica e social. Isto implica também que o processo é, além disso, condicionado pelas políticas e programas no setor saúde implantadas num momento histórico; e em um nível mais profundo é dialético e dinâmico, multideterminado-multideterminante e multidimensional.

O segundo componente desta dimensão, a prática profissional integral, é considerada como a resposta científico-técnico-sócio-ética aos problemas e necessidades do processo saúde-doença e possibilita estabelecer os diferentes marcos teóricos nos que esta se desenvolve. Neste sentido, é importante acentuar que essa resposta tem uma relação dialética com o objeto de estudo, processo saúde-doença, já que para enfrentar, de forma dinâmica e integrada, os problemas surgidos do processo saúde-doença, deverão atuar por meio de três elementos articulados nas suas relações inter, intra e indivíduo-organização: a formação de recursos humanos, a produção de serviços e a produção de conhecimentos.

Estas duas categorias (objeto e prática) na sua interação gerariam o conhecimento complexo ou básico (OMS 1987), entendido como a articulação dos conhecimentos biológicos, sociais e físicos, num processo em construção permanente, a ser desenvolvido com a participação permanente dos diferentes atores intervenientes. Isto permitiria, no futuro, o desenvolvimento da prevenção profunda ou integral, tendendo alcançar a cultura da saúde, que permita direcionar nossos atos para os valores positivos da saúde, em relação com a natureza, a técnica e a cultura, do homem e da mulher.

Assim, no componente da formação de recursos humanos, as instituições de educação superior, têm transitado por três tipos de *curricula* ou programas de estudo. O primeiro, gerado pelo estudo Flexner, em 1910, se fundamenta nas ciências naturais e se caracteriza pela reunião de um conglomerado de disciplinas

denominadas de ciências básicas, assentadas nos dois primeiros anos em uma sucessão ordenada de escalões, cada um apoiando-se no anterior e que antecedem às disciplinas destinadas ao diagnóstico e tratamento das doenças, na etapa de formação hospitalar. Ao final, se constituem como os elementos fundamentais que possibilitam a cura individual, elemento chave do tipo de produção de serviços, reduzidas em seu “que fazer” profissional (ver Quadro 2).

De acordo com esta lógica, se formulam programas de estudo sob o planejamento de tipo normativo ou neoclássico, de tipo comando-controle, desenhado por um grupo de peritos das áreas biológico-clínicas e aplicado por outro grupo que não visualiza sua integralidade e o contexto social em que se desenvolvem. Isto cria, na formação do recurso humano, um obstáculo na visão integral de assistência e cuidados ao paciente. Estas formulações desenvolvem um “que - fazer profissional” de tipo artesanal em sua categoria econômica, com uma tendência biomédica reducionista, especializada e concentrada nos hospitais para uma prática técnica-empírica, individual e onerosa, afastada das doenças que afetam, no cotidiano, a maior parte das pessoas (LORENZANO 1994).

O processo pedagógico se estrutura sob a pedagogia da resposta (FREIRE 1999) na qual o professor proporciona os conhecimentos, sem uma intervenção ativa do discente, o que o converte em um armazenador de dados, com características memorizantes, repetitivas, sempre de acordo com as formulações do professor, que não considera as origens e o contexto do sujeito do conhecimento, e menos ainda, o objeto de estudo doença. Em razão desta lógica, a avaliação é efetuada sob esquemas rígidos, a maior parte de caráter memorístico, o que impede ao discente refletir e articular o conhecimento técnico-científico.

Foi necessário outro grau no avanço do conhecimento, para deixar em evidência as limitações deste paradigma educativo, e o surgimento de outro, na década de sessenta, o qual foi denominado de ecológico, no qual se considera a saúde como o objeto de estudo e se institui sob as premissas de formar um profissional biologicamente orientado, clinicamente capacitado e socialmente sensível. Estrutura-

se para isso, uma semi-integração das áreas biológica, clínica e social, esta última com ênfase nas ciências do comportamento, com forte preponderância na articulação dos conhecimentos biológico-clínicos, instituídos em dois eixos: o patológico e o clínico (ver Quadro II).

Os problemas da saúde, de acordo com este paradigma, se encontram explicados pela intervenção de uma tríade estrutural: hospedeiro–agente-meio, a qual intervém favorável ou desfavoravelmente no surgimento dos problemas de saúde. No “que - fazer” profissional se incorpora a prevenção do tipo individual, para o controle da saúde, sem considerar ainda a historicidade social dos problemas. Neste enfoque, se colocam em um mesmo plano, natural-ahistórico, todos os elementos da natureza, incluindo a sociedade. Neste sentido, consegue falsear a realidade, pois reduz a vida humana à sua dimensão animal e converte o social, o cultural e o ideológico em um elemento a mais do meio ambiente.

Destas formulações se deduz que o entorno e os fatores do agente só estabelecem conexões externas com o fator humano (hospedeiro) e "então se pode atuar sobre eles com medidas de tipo ecológico sem necessidade de modificar a organização social, uma vez que a mesma não os condiciona essencialmente. Em consequência, a estrutura social fica liberada de toda responsabilidade ecológica, e todo ajuste dos desequilíbrios do ecossistema devem-se realizar segundo a idéia de devolver funcionalidade aos segmentos alterados desse todo harmônico, integrado e equilibrado, que é o sistema da história natural da doença" (BREILH e GRANDA 1989).

Assim o “que fazer” profissional é formulado do plano industrial-empresarial, e disso decorre a divisão técnica do trabalho (especialidades) e se estabelecem os grupos de profissionais para o desempenho de atividades em um mesmo espaço. O trabalho clínico é realizado com pessoal auxiliar e através da delegação de funções, com pagamentos indiretos e manejo das técnicas básicas de diagnóstico e pesquisa no consultório. Em consequência, se mantém a característica de um “que - fazer” artesanal, preventivo-individual, elitista, oneroso e individualista.

O processo pedagógico se estrutura com base em uma pedagogia da resposta (FREIRE 1999), muitas vezes de tipo grupal, e se deparam os primeiros elementos de um planejamento do programa de estudo baseado na teoria de sistemas, que indicam os princípios do planejamento pedagógico na educação superior. No campo do planejamento curricular se incorporam aspectos pedagógicos sobre reflexão e crítica. A avaliação se realiza sob parâmetros reflexivos, que possibilitem uma articulação dos conhecimentos e seu impacto na sociedade, porém, o programa, continua sendo de tipo normativo.

Na década de oitenta, o paradigma se transforma em um modelo para a compreensão dos fenômenos do conhecimento na sua integridade, e neste sentido o grupo Latino-Americano de Associações de Faculdades e Escolas das diferentes disciplinas de Ciências da Saúde (Medicina, Enfermagem, Odontologia), que pertencem à União de Universidades da América Latina (UDUAL) estabelecem como objeto de estudo o denominado processo saúde-doença, já que expressa o caráter dinâmico dos fatos vinculados a este processo, no qual se considera a articulação do conhecimento biológico-social, como condicionante no aparecimento dos perfis epidemiológicos (ver Quadro 2).

Quadro 2: Modelos básicos do processo saúde-doença e prática profissional.

MODELO LATINOAMERICANO	MODELO MÉDICO-CIENTÍFICO (SEC. XVI – XX)
SAÚDE COLETIVA	MEDICINA MODERNA
Centrado na constituição e continuidade do processo saúde-doença como um processo dinâmico e contínuo.	Centrado no estudo da doença. Sua intervenção está na <i>compreensão</i> atomística, celular, orgânica, sistêmica.
Manter a <i>saúde pública ou coletiva</i> .	Modelo biomédico hegemônico.
Prevenção profunda (prover a sociedade com meios integrais para a saúde). Respalda-se na comunidade. Seu objetivo: criar uma <i>cultura da saúde</i> .	<i>Curativo</i> . Seu objetivo é estabelecer as condições de restabelecimento no sujeito. “Que fazer” curativo, artesanal, individual, elitista, oneroso.
<i>Enfoque</i> holístico-social (global). Sujeito integrado a processos (modelo cultural-crítico).	<i>Enfoque</i> atomístico-dualista (disjunção mente-corpo). Saber especializado.
Os <i>encarregados</i> devem ser as instituições sociais (sociedade: implica luta político-social).	Manter a saúde recai no indivíduo. O <i>encarregado</i> é o cidadão livre e autônomo, membro da sociedade civil, segundo o projeto burguês ou modelo capitalista.
Toda ruptura da saúde está vinculada aos processos sociais (economia, política, cultura, organização, etc.).	<i>Modelo evolutivo</i> . O processo saúde-doença se concebe como “natural” (condição própria de todo organismo).
Reconhece a relação entre os processos sociais e as expressões particulares nos processos bio-psíquicos humanos do processo saúde-doença.	O entendimento histórico da saúde ou doença, isoladamente, evade o problema da relação entre seres humanos e seu meio ambiente, negando qualquer nexos biológico, psíquico e social.
Dá conta da interdependência nas transformações do sujeito e seu meio político-sócio-cultural. Atores e autores sociais. Emancipação.	Não reconhece que as transformações se dão no sujeito a partir de seu meio político-sócio-cultural. Regulamentação.

Para dar conta de toda a complexidade do processo saúde-doença deve considerar-se os seguintes planos: geral, particular e específico, os quais permitem construir a unidade do mundo real e dentro dela a unidade sócio-biológica, já que existe uma história das partes, as quais também são produzidas pela história do “todo” (BREILH 1995).

O planejamento utilizado na formação de recursos humanos, neste enfoque latino-americano, é de tipo estratégico na sua dimensão cultural, considerando os

momentos explicativo, normativo, estratégico e tático-operativo, desenvolvidos por MATUS (1987) com a participação dos atores sociais que intervêm no processo pedagógico e os diferentes grupos sociais representativos da comunidade da zona de influencia da instituição, para a formulação dos diferentes sistemas integrados de ensino-aprendizagem.

A pedagogia a utilizar é a da pergunta (FREIRE 1999), com uma ampla participação grupal que permita a reflexão crítica do conhecimento, e deve existir em todas as etapas da formação, uma estreita relação entre a teoria e a prática que permita uma avaliação integrada.

A produção de serviços, como outro componente da prática profissional, deverá ser compreendida segundo suas três dimensões, articuladas entre si: - a econômica, a política, e a cultural – (BREILH e GRANDA 1989).

Na primeira, a categoria denominada econômica, se encontra três tipos de produção de serviços: - a artesanal, a empresarial e/ou industrial e a social-. Uma produção de serviço de tipo artesanal é aquela onde o profissional desenvolve em forma individual todo o processo do serviço ou atenção brindada ao ser humano, desde seu ingresso até o pagamento final, e a mais-valia se logra pelo esforço do tempo despendido e pelo alto custo da atenção, para os usuários. A produção de serviços empresarial ou industrial se estabelece sob a participação de um grupo de profissionais com uma divisão social e técnica do trabalho, na qual a mais-valia se obtém pela contratação da mão de obra profissional de baixo custo ou bem pelos altos custos da alta tecnologia utilizada. Na produção social se encontram os serviços em nível governamental e não governamental, onde os profissionais são assalariados, sem poder obter lucro pelas atividades desempenhadas (BREIHL e GRANDA 1989).

Na categoria política se distinguem duas formas de produção de serviços: o formal e o informal. A produção formal é regulada pelos diferentes sistemas do Estado, através da legalização dos cursos realizados pelas instituições de educação superior, e se apresentam dois tipos de serviços: o estatal e o privado. A produção

informal é desenvolvida pelos chamados grupos empíricos ou informais que o Estado desconhece legalmente, não permitindo sua intervenção em nenhum tipo de serviço em nível estatal e privado.

A categoria cultural, da produção de serviços, compreende três elementos: o conhecimento empírico, o técnico e o científico-social. O conhecimento empírico se sustenta nos fatos cotidianos e não contém elementos teóricos que sustentem sua prática; o conhecimento técnico tem um início de racionalidade científica; e o conhecimento científico-social é compreendido como um processo que se sustenta em um conjunto de conhecimentos, com um alto grau de veracidade científica e elementos teóricos confiáveis.

Estes tipos de conhecimentos têm uma alta relação com os diferentes tipos de produção de serviços e formação de recursos humanos. Por exemplo, uma produção de serviços de tipo artesanal tem estreita relação com uma produção de serviço de tipo cultural técnico, já que sua formação flexneriana foi desintegrada, embora conserve ainda um forte componente biologista. Esta situação impera, ainda hoje, em grande parte da produção de serviços dos sistemas de saúde em América Latina.

Por último, na prática profissional, se encontra a produção de conhecimentos, a qual se estabelece sob duas grandes tendências nas Ciências da Saúde: a pesquisa quantitativa e a qualitativa. A primeira está baseada em leis funcionais e probabilísticas e nos métodos biológico-clínicos e epidemiológicos tradicionais (pesquisa quantitativa), e a segunda baseada nos métodos fenomenológicos, etnográficos da teoria fundamentada e da teoria crítica, desenvolvida nos campos biológico-clínico-epidemiológico (pesquisa quali-quantitativa) na qual deve estabelecer-se a articulação do social e do biológico, sobretudo por meio do método epidemiológico crítico, onde o conhecimento tem valores sociais, culturais, econômicos e políticos. Isso permitiria a construção do conhecimento integrado em Ciências da Saúde, gerando uma transformação e recriação do processo saúde-doença.

IBAÑEZ, em 1989, assinala que a produção de conhecimentos, em seu desenvolvimento histórico, atravessa por três etapas: protocapitalismo, capitalismo de produção e acumulação e o capitalismo de consumo. A primeira etapa, do protocapitalismo, têm características de ser não metódica, indisciplinada e empírica; a segunda, do capitalismo de produção e acumulação (primeira revolução industrial), se transforma para a disciplinariedade e o método científico, baseada na pesquisa experimental e nas ciências naturais; e a terceira, do capitalismo do consumo (segunda revolução industrial) a produção de conhecimentos passa a ser interdisciplinária e intermetódica, ou seja, que ultrapassa as fronteiras estabelecidas na fragmentação do conhecimento da segunda etapa.

Sob esta ótica, as funções do saber avançam de acordo com o desenvolvimento geral do sistema socio-econômico-político-cultural de cada uma das etapas citadas. E na atualidade pela alta prevalência de mudanças, se prevê novas formas de abordagem na produção do conhecimento científico, com forte ênfase na metódica interdisciplinária e na articulação da pesquisa quanti-qualitativa.

As dimensões do objeto de estudo-trabalho e prática profissional em relação com a teoria organizacional incidem no tipo de planejamento da organização, seja este normativo, sistêmico ou crítico-cultural, posto que cada um deles tenha diferentes formas de resolvê-las. Assim a teoria normativa se desenvolve melhor com o problema doença e um “que fazer” econômico individual; a saúde se relaciona com um “que fazer” preventivista individual e encontra-se em um tipo de planejamento sistêmico superficial (hospedeiro-agente-meio) em uma relação ahistórica; e a formulação do processo saúde-doença se articula com uma prática profissional integral em um planejamento estratégico de tipo crítico-cultural, que reconhece a relação entre os processos sociais e a interdependência na transformação do sujeito e seu meio político-cultural.

2.4. PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL E ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.

Na revisão e formulação do planejamento, como outra dimensão da análise estratégica, propomos que este se encontra implícito nas teorias da organização, uma vez que a cada teoria corresponde um tipo de planejamento, seja este normativo, sistêmico ou crítico-cultural. Para compreender o planejamento estratégico situacional (crítico-cultural), desenvolvido nos momentos formulados por MATUS (1989), foi necessário estabelecer uma proposta que deve ser retomada na sua versão original, a EAPS. Esta em seus diferentes eixos básicos mantém uma estreita relação com as teorias organizacionais em suas unidades primárias de análise, assim como com os distintos tipos de planejamento, como a seguir se desenvolve.

A EAPS no seu desenvolvimento recebeu diferentes denominações, como Sistema Local de Saúde (SILOS), e mais recentemente, Cidades ou Municípios Saudáveis, os quais tendo a mesma origem, e ainda com diferentes denominações, atendem sempre aos eixos básicos formulados na EAPS desde sua origem: a participação social comunitária, a intersectorialidade, a descentralização e a tecnologia apropriada, que foram as bases de seu desenvolvimento. (OPS 2005; YEPEZ 2003).

A EAPS tem sido sistematicamente desvirtuada, circunscrita em muitos casos a um nível primário de atenção à saúde ou bem denominada como programas de atenção primária à saúde, ou de “atenção primitiva” (OMS 2000), razão pela qual não se tem logrado o postulado original de desenvolver avanços nas mudanças dos sistemas de saúde, que é o objetivo principal da EAPS, sob a formulação de diferentes alternativas e mudanças no planejamento e administração estratégica do sistema de saúde.

Neste aspecto deveria haver-se colocado, nessa nova visão, a mudança do paradigma da doença em nível individual, para o paradigma do processo saúde-doença em nível coletivo-individual e assim poder considerar um sistema de saúde

abrangente, efetivo e integrado na prevenção profunda, e uma prática de intervenção sobre os condicionantes sociais, históricos, culturais e políticos do processo em uma sociedade, em um momento do seu desenvolvimento histórico.

Esta premissa é fundamental, para entender o conceito da EAPS, porque implica uma transformação na idéia de como incide o processo saúde-doença nos grupos humanos. Conseqüentemente no sistema de saúde, segundo BARRENECHEA (1987), se necessita utilizar o planejamento e a administração estratégica do processo saúde-doença, para assim produzir avanços na saúde da população, passando de uma prática profissional individual hegemônica para uma prática profissional da assistência social em saúde, no coletivo-individual.

A EAPS é uma vez mais, o ponto chave para alcançar a Meta de Saúde para Todos no ano 2025 (OPS 2005), e para isto se deve estabelecer uma mudança na compreensão e significado do termo e seu planejamento nos sistemas de saúde, baseado na lógica dialética, que parta do geral, para o particular e para o específico do processo saúde-doença e da prática profissional integral. Assim a EAPS, deve ser considerada em seus eixos básicos, acima citados, como elementos chaves de um processo necessário para o propósito de colocar ao alcance das comunidades, sistemas de saúde socialmente aceitáveis, igualitários, com participação plena de todos os atores sociais em um sistema integral e integrado, que vise à melhoria da situação do processo saúde-doença e da prática profissional com participação da população (GÓMEZ C. 1998).

Como resultado, uma sumária descrição do modelo de uma sociedade do bem-estar, e sua relação com os diferentes momentos do planejamento estratégico situacional e da EAPS, precisa partir do princípio que os modelos de desenvolvimento econômico-sócio-político-cultural, incidem diretamente nas propostas para a formulação de programas de saúde pública. Pelo qual teremos que explicitar esta relação a partir da formulação de um modelo que recupere os aportes que na sua época fizeram MATUS (1989) e MONTILVA (1989) e resumir as categorias que se encontrem na prática e nas ações integradas para o objetivo da

saúde, em todos os momentos, que estes autores têm explicitado: Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático Operacional, e aos quais, GÓMEZ C. e GARDUÑO (2000) adicionaram o momento de Políticas de Saúde.

De acordo com MATUS (1987), os fatores estruturais próprios do momento explicativo, que representam as perspectivas do conhecimento e formas de solução das problemáticas do processo saúde-doença, seguiriam os seguintes planos:

- **Genoestrutural**, o qual compreende as normas básicas que regem o sistema, produzidas socialmente e abrangidas no nível geral;
- **Fenoestrutural**, o qual compreende as acumulações sociais que desenvolvem as capacidades de produção em todas as esferas do social, formuladas no nível particular;
- **Fluxos de produção**, os quais compreendem as resultantes da produção social e representam aos vetores de definição dos problemas, desenvolvidas no nível específico.

Em consequência, o primeiro momento — explicativo — é básico no modelo de planejamento estratégico de MATUS (1987), o qual pode equiparar-se ao diagnóstico do planejamento normativo, porém neste caso, se desenvolve sob os três planos: genoestrutural (geral), fenoestrutural (particular) e fluxos de produção (específico), os quais, em sua inter-relação permitem aprofundar sobre as múltiplas causas do processo saúde-doença, para explicar situacionalmente como é a realidade para todos os atores sociais e para os interventores no processo, considerando a validade dos problemas relevantes e a complexidade do fenômeno.

Neste sentido, se propõe na metodologia, uma relação matricial do momento explicativo com os eixos básicos da EAPS, dado que na atualidade, estes elementos, estão sendo utilizados em diferentes programas de saúde, de uma forma reducionista e desintegrada, o que não permite uma aproximação processual e sistemática ao planejamento e administração estratégica em saúde.

O segundo momento denominado normativo aponta para o dever ser, o que permite a formulação de tendências situacionais de acordo com a realidade, em resposta aos problemas existentes do momento explicativo, ou diagnóstico situacional, através da oferta de enfrentamento dos problemas em seus espaços de compreensão e normatividade, no qual se podem distinguir três espaços constitutivos: das determinações gerais, dos condicionantes particulares e dos condicionantes singulares ou específicos, nos que se expressam as diferentes formas de atuação da prática profissional diante do processo saúde-doença e sua relação com os elementos da EAPS, que possibilitam explicitar as formas de enfrentar-los.

A idéia fundamental é que a explicação situacional seja a guia metodológica e coerente dos problemas detectados, pelo qual este momento normativo deve ser trabalhado em equipes multi-poli-disciplinares (profissionais, líderes comunitários, organizações não governamentais, políticos da área, técnicos, etc.) com uma alta preparação política e técnica. Nestas equipes o processo saúde-doença e o tipo de prática profissional serão explicitados nos âmbitos nacionais, regionais e locais, e em consequência permitirão ser amplamente debatidos e definidos pelos diferentes atores sociais que intervêm neste momento. Este momento normativo tem uma similaridade com a formulação do plano estratégico empresarial e a análise do ambiente e a organização que possibilitem a formulação da visão, missão, objetivos, estratégias e ações dos programas que se situam dentro da teoria sistêmica.

No momento de Políticas de Saúde se devem considerar as decisões que orientam as atividades das pessoas que participam na organização e na análise dos programas de saúde, políticas que devem ser abordadas de acordo com os quatro elementos da EAPS. Vale a pena esclarecer que políticas deste tipo não foram propostas ainda, muito menos operacionalizadas.

De acordo com ALMEIDA (2002), a idéia de uma política para o setor saúde, tal como para outras áreas sociais, não existia antes da segunda metade do século XIX. Através dos séculos, o discurso da saúde se relaciona com o âmbito social, permitindo o surgimento do discurso da saúde pública e da política de saúde, como

campos específicos de intervenção do Estado. Assim puderam-se ver as diferentes etapas complementares de constituição da medicina na Europa, por intermédio *da medicina do Estado* na Alemanha, da *medicina urbana* na França e *da medicina da força de trabalho* na Inglaterra, formuladas por FOUCAULT (1979).

Nas últimas três décadas do processo de globalização, as condicionalidades dos organismos internacionais, com ênfase nos países subdesenvolvidos, passaram a incluir recomendações explícitas para a reforma das políticas sociais, inclusive as políticas de saúde, aconselhando a utilização e otimização dos escassos recursos focalizando-os para intervenções que diminuíssem a "carga de doença" e fosse comprovadamente custo-efetivo (baixo custo) (BANCO MUNDIAL 1993).

Em conclusão, o dilema entre a administração de escassos recursos (vetor normativo de eficiência) e a superação das desigualdades (justiça social e equidade em uma relação interorganizacional) foi exacerbado nas últimas três décadas, ainda quando a crença na possibilidade de equilibrar esses dois parâmetros foi severamente questionada. Neste sentido, as políticas neoliberais enfatizaram o individualismo e vincularam a política social estritamente ao cálculo de crescimento não diferenciado, acentuando o conflito entre valores individuais e coletivos e reforçando a contabilidade ética que lhe é subjacente (SANTOS 1998). Isto é um dilema importante na região latino americana, uma vez que as relações interorganizacionais externas têm encontrado forte aceitação nacional, nos grupos privados e estatais das elites gerenciais nacionais, e onde a aplicação das políticas de privatização do setor social do Estado, tem proliferado de forma acrítica.

Seria necessário, portanto, retomar a discussão das políticas sociais em uma outra perspectiva, como por exemplo, sugere SANTOS (1998), ao defini-las como *metapolítica*, reconstruindo a discussão dos princípios e valores que lhe são subjacentes e definindo os princípios de justiça social, equidade e participação social, coerentes e consistentes, nos quais se apoiar, além de operacionalizá-las de forma efetiva, utilizando relações estratégicas interorganizacionais por meio dos diferentes elementos da EAPS. Isto permitiria estabelecer uma política social que garanta as

necessidades básicas da sociedade de bem-estar. Resta, portanto, incluir nessa equação a negociação política, a qual se explicita no momento estratégico.

O momento Estratégico confronta as categorias de viabilidade política, econômica e organizacional e os planos de decisão, operacionalização e sua permanência, em uma relação matricial, para assim poder estabelecer a articulação entre o “dever ser” e o “poder ser” do programa direcional (MATUS 1987). Considera-se que o processo saúde-doença e a prática profissional situados em cenários histórico-sociais, não são alheios ao âmbito do conflito no interior das comunidades e na estrutura política e social mais ampla.

Sob este horizonte, o momento estratégico aparece como um campo de possibilidades e compromisso entre os diferentes atores sociais e a administração pública, que repercute sobre as ações e assume diversos significados, que possibilitam ou inibem a construção de uma cultura da saúde, e em consequência o desenvolvimento do programa base estabelecido no momento normativo. Este momento pode ser considerado, dentro do planejamento sistêmico empresarial como o desenvolvimento das estratégias de sobrevivência, adaptativas, defensivas e ofensivas, que se podem estabelecer de acordo com a matriz DAFO.

Por último, o momento Tático-Operacional supõe a conjunção entre o conhecimento e a ação e é onde se concentra o maior número de experiências que se tem acumulado no planejamento e administração normativa ou neoclássica em saúde, sem que exista uma verdadeira reflexão sistemática em torno dela, o qual é atribuível à carência de referenciais prévias, que no planejamento estratégico se desenvolvem nos quatro momentos citados. Daí o pragmatismo normativo ou sistêmico em que se desenvolvem, ainda hoje em dia, as ações dos trabalhadores da saúde, ao desconhecer o enquadramento de suas ações com os componentes programáticos tradicionais administrativos.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVOS GERAIS

Estabelecer, por meio das dimensões da análise estratégica, o tipo de teoria organizacional e os marcos da administração pública predominantes na elaboração dos Programas de Saúde Nacional (nível nacional) e do Governo do Distrito Federal (nível local).

Determinar por intermédio das dimensões da análise estratégica, os elementos teórico-metodológicos dos Programas sob os cinco momentos do planejamento e administração estratégica.

Compreender os pressupostos básicos do modelo de bem-estar e de qualidade dos Programas derivados da análise estratégica, as formas de participação comunitária em todos os momentos do planejamento estratégico, a utilização de tecnologia apropriada, a descentralização do sistema e sua inter-setorialidade.

Estabelecer a inter-relação dos Programas por meio das dimensões da análise estratégica, os objetos de estudo e a prática profissional, sob as premissas do compromisso e responsabilidade social e visualizar as possibilidades, no futuro, do desenvolvimento de alternativas em planejamento e administração estratégica em saúde.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar os Programas de Saúde nacional e local da Secretaria de Saúde do México e do Distrito Federal, para verificar o planejamento utilizado e sua possível sustentação no âmbito teórico-prático nas diferentes teorias organizacionais, nas unidades de análises primárias dos componentes do campo da administração pública e nos tipos de planejamento e administração estratégica.

Estabelecer sob quais paradigmas (normativo, sistêmico ou cultural) são desenvolvidos os dois Programas de saúde pública, nacional e local, do ponto de vista dos pressupostos das teorias da organização: neoclássica, sistêmica e cultural ou crítica.

Compreender qual o objeto de estudo (doença, saúde ou processo saúde-doença) e que tipo de prática profissional se fundamentam os dois Programas do setor saúde no México.

Determinar sob que pressupostos (de qualidade ou bem-estar) se encontram os Programas de saúde nacional e local do setor saúde no México.

Analisarem-se os elementos existentes no planejamento e administração estratégica dos Programas nacional e local, possibilita a formulação de um novo paradigma do processo de trabalho no setor da saúde pública, que integre o processo saúde-doença e a prática profissional, num processo de auto-eco-organização do ambiente físico, natural e social das comunidades.

4. PRESSUPOSTOS

Com base no Programa Nacional da República Mexicana e no Estadual do Governo do Distrito Federal, assim como nas entrevistas com os planejadores de ambos os setores, é possível estabelecer por meio das dimensões da teoria da organização, do campo da administração pública e do processo de planejamento e administração estratégica, quais são os elementos teórico-metodológicos básicos da teoria organizacional contidos em tais Programas, considerando os momentos: explicativo, normativo, políticas de saúde, estratégico e tático-operacional.

É possível também estabelecer diferenças teóricas e metodológicas nas características dos Programas de saúde em nível nacional e local considerando os enfoques em planejamento e administração pública, conforme a teoria da organização, e em consequência dos campos organizacionais e vetores normativos da administração e o planejamento público, sob as quais se sustentam.

É possível articular o tipo de objeto de estudo e o tipo de prática profissional propostos nos Programas nacional e local com as teorias culturais (fenomenológica, crítica e histórico-social) que permita, no momento atual ou futuro, o trabalho em equipe e uma prática profissional integral, assim como a construção de um projeto com visões diferentes na compreensão da teoria-prática, que contemple características alternativas da cultura e ecologia da saúde, para delinear um sistema de saúde com características de equidade, integralidade, universalidade, eficácia e eficiência social, e flexibilidade em longo prazo.

“A palavra método deve ser concebida fielmente em seu sentido original e não em seu sentido derivado, degradado na Ciência Clássica; com efeito, na perspectiva clássica, o método não é mais do que um corpo de receitas, de aplicações quase mecânicas, que visa excluir todo sujeito de seu exercício. O método degrada-se em técnica porque a teoria se tornou programa. Pelo contrário, na teoria complexa o método é engrenagem, e o método para ser estabelecido, precisa de estratégia, iniciativa, invenção, arte. Estabelece-se uma relação recorrente entre teoria e método. O método gerado pela teoria regenera-a. O método e a práxis fenomenal, subjetiva, concreta, que precisa da geratividade paradigmático-teórica, mas que, por sua vez, regenera esta geratividade. Assim, a teoria não é o fim do conhecimento, mas um meio-fim inscrito em permanente recorrência”.

Edgar Morin

5. METODOLOGIA

Para fundamentar as técnicas e métodos a serem utilizadas na análise estratégica dos Programas nacional e local de saúde no México, algumas considerações teóricas devem ser feitas no presente capítulo.

Segundo SANTOS (1995), “na ciência moderna a ruptura epistemológica simboliza o salto qualitativo do conhecimento do senso comum para o conhecimento científico; na ciência pós-moderna o salto dado mais importante é o contrário, do conhecimento científico para o conhecimento do senso comum. Esta, ao senso-comunicar-se, não despreza o conhecimento que produz à tecnologia, mas entende que, assim como o conhecimento se deve converter em auto-conhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida”. Trata-se, então, de uma racionalidade feita de racionalidades e para que esta configuração de conhecimentos ocorra é necessário inverter a ruptura epistemológica.

Segundo este autor é possível, no ato de conhecimento, partir de um ponto de ignorância para um ponto de conhecimento, existindo neste aspecto no projeto de modernidade, o conhecimento regulador que surge entre o caos e a ordem, caracterizado pelo conhecimento hegemônico ou pelo conhecimento emancipatório que se desenvolve do colonialismo até a solidariedade como um salto paradigmático da crítica do conhecimento dominante. Os desafios a serem resolvidos são: do predomínio do monoculturalismo para o multiculturalismo, da descontextualização de suas ações para prever suas conseqüências e da objetividade e neutralidade em termos absolutos para maximizar a objetividade e minimizar a neutralidade, já que as ações e a subjetividade são tanto produtos como produtores dos processos sociais (Santos 2005).

Neste sentido, nos encontramos entre as mudanças do paradigma atual das ciências baseado no cartesianismo, para um novo paradigma denominado cultural, ecológico ou sistêmico, fundamentado nos seguintes critérios (CAPRA1991):

- A mudança da parte para o todo, no qual a dinâmica do todo permite entender as propriedades das partes e sua inter-relação, em uma teia articulada;
- A mudança da estrutura para o processo, onde se manifestam as interações das estruturas;
- A mudança da ciência objetiva para a ciência epistêmica, uma vez que, compreende que o processo do conhecimento deve ser incluído na descrição dos fenômenos em estudo;
- A mudança da construção do conhecimento em rede, como uma metáfora, através da qual percebemos a realidade como uma teia de relações, em que nossas descrições conformam a interconexão dos fenômenos observados;
- A mudança de descrições verdadeiras para descrições aproximadas, em que a ciência não proporciona uma compreensão completa e definitiva da realidade.

As contribuições dos dois autores citados possibilitaram que os diferentes elementos estudados fossem analisados sob uma perspectiva de confrontação-complementação das partes (teorias organizacionais, objeto de estudo, prática profissional e planejamento estratégico) e do todo (sistema de saúde), em um processo dinâmico, sempre estabelecendo redes nas formulações contidas nos diferentes documentos, na qual o observador se encontrou em contínua inter-relação com o objeto em estudo, para tentar ao final formular algumas considerações gerais de dito objeto: o setor saúde no México.

5.1. MÉTODO QUALITATIVO

É importante fazer a escolha correta do método e das teorias adequadas ao estudo dentro da opção pela pesquisa qualitativa, para o reconhecimento e análise de diferentes perspectivas, que propiciará reflexões dos interessados no tema, como parte do processo de produção de conhecimento, dada à variedade de abordagens que se pode ter (YIN 2005).

Segundo GODOY (1995), a pesquisa qualitativa não procura enumerar ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados. Não é imperativo partir de hipóteses preestabelecidas, e sim de pressupostos, pois as questões são amplas e tornam-se mais específicas durante a pesquisa.

A pesquisa qualitativa é orientada para a análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e das atividades das pessoas em seus contextos. GODOY, em 1995, afirma que a palavra escrita ocupa lugar de destaque, importante no processo de coleta de dados e nos resultados, que passam a ser as transcrições de entrevistas, anotações de campo, desenhos, fotos e outros documentos. Entre os tipos de pesquisa qualitativa, voltados aos estudos da gestão, o autor ressalta: estudo de caso, pesquisa documental e etnografia (observação participante). O estudo de caso, para Yin (2002), é a investigação empírica de um fenômeno contemporâneo, no seu contexto e em situação real. A opção pelo estudo de caso parece adequada às questões que foram abordadas neste trabalho.

O estudo de caso é adequado quando se quer responder às questões “como” e “por quê?” certos fenômenos ocorrem, quando há pouco controle do pesquisador sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é analisar fenômenos atuais dentro do contexto de vida real, isso exige que se adquira profundo conhecimento da cultura da organização (GODOY 1995).

Também é importante destacar que no estudo de caso o pesquisador pode utilizar uma variedade de dados coletados por meio de diferentes fontes de informação, podendo valer-se das seis fontes de evidências descritas em YIN (2005), que são: documentação, registro em arquivos, entrevistas, observações diretas, observação participante e artefatos físicos.

A opção para a realização deste trabalho foi de uma pesquisa qualitativa, por meio de um estudo de caso, para analisar e comparar a interdependência dos marcos geral, particular e específica, nas dimensões biológica e social dos programas nacional e local (Distrito Federal) de saúde de México.

A pesquisa realizada se focou em conhecimentos, práticas e atitudes contidas nos Programas em estudo. Foram realizados através de uma revisão dialógica dos documentos oficiais destas instituições e em entrevistas semidirigidas, realizadas com planejadores da Secretaria de Saúde Nacional e da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, na Cidade do México. Dois de cada secretaria.

Neste trabalho, o estudo de caso serviu como uma metodologia para articular o dado e a teoria, com uma série de formulações, a partir de uma compreensão dos fenômenos em estudo, que em contextos quantitativos levam à idéia de verificação (BARBA 2002). Ao mesmo tempo permitiu uma compreensão, em forma rigorosa, da situação social que circunscreve o presente estudo e assim poder estabelecer, tentativamente, os múltiplos fatores intervenientes, em base aos componentes teóricos elaborados previamente, os quais ao serem confrontados, levaram a fortalecer ou corrigir os aspectos teóricos encontrados, para a validade e confiabilidade na conformação das bases de um sistema de saúde,

Perseguiu-se, pois, na análise estratégica do sistema de saúde mexicano, um processo articulado das dimensões em estudo (teorias da organização, processo saúde-doença, prática profissional, planejamento estratégico e EAPS) apoiado em diferentes momentos e condições do objeto em estudo e segundo o avanço cognitivo do pesquisador.

5.2. COLETA DE INFORMAÇÃO

Em nível nacional, na Direção de Planejamento Estratégico da Secretaria de Saúde da República Mexicana, se entrevistou duas pessoas, que participaram da elaboração do Programa Nacional de Saúde.

Em nível local, na Divisão de Planejamento dos Serviços de Saúde do Distrito Federal entrevistaram-se duas pessoas, que participaram da elaboração do Programa de Saúde do Distrito Federal.

A entrevista foi estruturada a partir de um roteiro (Anexo 7), definido como uma situação construída com o fim específico de que os entrevistados se expressassem sobre a elaboração dos diferentes capítulos dos referidos programas. A seleção das pessoas entrevistadas obedeceu a sua participação na elaboração dos citados programas. Cabe mencionar que no desenrolar da entrevista outras questões surgiram, as quais foram necessárias para aclarar e precisar os pontos abordados.

Buscou-se seguir os passos fundamentais para a realização da entrevista, incluindo a apresentação do pesquisador, através de uma conversa inicial de aproximação, explicando o interesse e os objetivos do trabalho, a justificativa na eleição do entrevistado, a garantia do anonimato na publicação da informação e a liberdade de recusar-se a responder as questões que julgasse inconvenientes ou de interromper a entrevista se julgasse necessário. Para tal efeito foi pertinente contar com um gravador, pois neste caso, foi o meio de avaliar o procedimento de produção do documento.

As quatro entrevistas tiveram uma duração aproximada de 4 horas, foram realizadas no local de trabalho dos entrevistados após um contato inicial para agendar o dia, a hora, o local e o tempo disponível de cada um deles. Procurou-se reunir os dois planejadores que participaram em cada Programa de Saúde, em um só espaço, de forma que cada um deles respondia e/ou aprofundavam nos aspectos que haviam tido maior participação no Programa correspondente à Secretaria de Saúde pertinente.

A análise das entrevistas abarcou o momento da escuta e o da transcrição, para o qual se levou em conta o apego estrito do que os entrevistados narraram, conservando inclusive o estilo coloquial da narrativa. A interpretação das entrevistas pessoais de cada Secretaria e o discurso como um todo foi articulado com o campo teórico construído. A apresentação da informação obtida nas entrevistas está relatada nos resultados deste trabalho e em cada um dos capítulos analisados que conformam os Programas nacional e local.

Os documentos coletados de ambas as secretarias de saúde foram: Programa Nacional de Saúde, 31 Programas de Ação (Comunidades Saudáveis, Educação Saudável, Mulher e Saúde, Saúde Ambiental, Migrante vai sadio e volta sadio, Saúde e Nutrição dos povos indígenas, Doenças transmitidas por vetor, Câncer cérvico-uterino, Cólera, Raiva, Saúde Bucal, Urgências epidemiológicas e desastres, Saúde reprodutiva, Infância, Atenção à saúde da adolescência, Diabetes Mellitus, Doenças cardiovasculares e hipertensão, Transplante, Acidente, Tabagismo, Alcoolismo, Droga-adição, Saúde mental, Câncer de mama, Câncer de próstata, HIV-AIDS e infecções de transmissão sexual, Transfusão sanguínea, Cruzada nacional pela qualidade dos serviços de saúde, Consolidação da arbitragem médica, Proteção financeira em saúde, Qualidade, equidade e desenvolvimento em saúde), Lei Geral de Saúde, Programa de Saúde do Distrito Federal, Informe Mundial de Saúde da OMS (2000), Plano Nacional de Desenvolvimento 2001-2006, e outros documentos que permitiram maior aproximação na análise estratégica, objeto deste trabalho, que se encontram especificados na bibliografia.

5.3. DIMENSÕES PARA A ANÁLISE ESTRATÉGICA

As formas que permitiram levar à termo a análise estratégica dos dois programas de saúde mexicanos se definiram pela interação das seguintes dimensões de análise: teorias organizacionais e unidades primárias de análise; planejamento estratégico situacional com os momentos explicativo, normativo, políticas de saúde, estratégico e tático-operacional e sua articulação com a Estratégia de atenção primária à saúde; os cenários do processo saúde-doença e prática profissional; dimensões das que derivam os pressupostos de bem-estar e qualidade, presentes nos Programas.

5.3.1. Teorias Organizacionais

A análise estratégica do setor saúde no âmbito nacional e local, foi realizada em primeira instância, em relação às teorias organizacionais (neoclássica, sistêmica e

cultural) e no campo da administração pública, em que se encontram esses programas, elementos que se encontram elaborados na revisão da literatura.

As unidades primárias da análise estratégica foram concebidas sob o marco geral da administração pública, segundo HARMON e MAYER (2001), que compreende, por uma parte, os campos intra-organizacional, interorganizacional e organização-indivíduo, e por outra, as categorias correspondentes aos vetores normativos (eficiência, direitos e discricionariedade); unidades primárias que deram pistas sobre o significado das formulações contidas nos documentos chaves de ambas as organizações.

HARMON e MAYER (2001) formulam que a teoria neoclássica toma a categoria de decisão, como a unidade primária de análise, identificada na relação intra-organizacional, posto que o paradigma mecanicista considere a organização como um sistema fechado, sem relação com o meio que o rodeia, e em consequência suas premissas subjacentes de racionalidade instrumental têm como ponto de vista fundamental, a tomada de decisões, baseadas na hierarquia e o poder.

Assim, os diferentes enfoques da teoria neoclássica, ao considerar as organizações como entidades auto-suficientes, tratam muito pouco as relações interorganizacionais, considerando assim as outras duas relações com maior frequência. Weber assinala os aspectos racionais das modernas organizações como as propostas mais destacadas; Taylor o conhecimento objetivo, para a definição dos meios para alcançar metas organizacionais e Barnard, combinando as duas formulações, entende a organização moderna como uma força moral dirigida aos propósitos sociais (HARMON e MAYER 2001).

A noção de hierarquia, no campo intra-organizacional, baseada nas premissas de poder e conhecimento e nas dicotomias das questões de fato e valor, de conhecimento e sentimento, de ação racional e não racional, é amiúde incapaz de explicar as relações complexas entre os diversos níveis ou subgrupos internos, geralmente mediados por processos de negociação e acordos.

A eficiência e a efetividade, como vetores normativos, são os valores supremos desta teoria organizacional, compreendidas de diferentes formas, que vão desde o uso eficiente dos recursos, segundo Weber; seguido pela “melhor maneira”, de acordo com a Taylor, chegando ao bem da cooperação para produzir e distribuir, segundo Barnard (HARMON e MAYER 2001).

Os direitos e adequação do processo se encontram definidos de acordo com as regras propostas pela organização, segundo procedimentos internos, assim como de códigos morais individuais, que se manifestam na prestação de contas em todos os níveis hierárquicos. Esta prestação se dá desde os que tomam as decisões, até os que levam à cabo as ações. Estes problemas de direitos individuais e adequação do processo organizacional são considerados, nesta teoria, como elementos políticos, e em consequência ao ficar fora do alcance racional deverão ser considerados pela tecnologia administrativa, onde são transformados em problemas de eficiência.

A respeito da representação e controle da discricionariedade, ainda quando não existem evidências de seu manejo, é possível fazer inferências, controladas através da especialização do trabalho que, ao separar cargos, separa ao mesmo tempo o desenvolvimento das ações, ambos sob regulamentos obrigatórios da hierarquia e, portanto coloca-se um limite à discricionariedade, ou ainda esta se encontra liberada em nome de um procedimento eficiente.

Em conclusão, a teoria neoclássica da administração pública, se estabelece sob um compromisso normativo, e os valores gerenciais de eficácia e efetividade, para a consecução racional de metas e, mais recentemente a produtividade ou desempenho, em função da ciência e do conhecimento científico hegemônico; ambos atuando como guias da teoria e prática do planejamento e administração pública. Estes elementos estão adequados no campo intra-organizacional, onde se pressupõe que não existem interferências externas e em consequência as metas e objetivos organizacionais são bastante rotineiros e previsíveis.

A teoria de sistemas tem como unidades primárias da organização, as relações inter e intra-organizacional, como um sistema holístico, já que o que interessa é a manutenção e direção da organização frente à incerteza ambiental, e tendo como eixo a direção geral ou comando central. A relação indivíduo-organização quase não é considerada e em alguns casos é regulamentada.

Assim, na teoria de sistemas se estabelecem como unidades de análise a articulação das três relações organizacionais, tomando como base a noção de equilíbrio, em consequência tende a estabelecer a relação entre eficácia e efetividade com a de sobrevivência e adaptação organizacional; por isso são considerados como fatores primários da análise, restando uma posição secundária à adequação do processo e a discricionariedade, os que são utilizados pela organização como procedimentos regulamentados, sobre tudo quando se faz menção à equidade e à igualdade, de acordo com a idéia de reduzir a incerteza, e assim poder alcançar a sobrevivência, característica própria de uma organização científico-racional.

A teoria sistêmica explica as relações da organização como unidades sociais em grande escala e sua íntima conexão com o conjunto da sociedade, o que proporciona à administração pública a articulação das três relações organizacionais, por meio das noções de equilíbrio de forças, e em consequência de sua homeostase, que permitem tornarem-se inteligíveis as relações do administrador público.

Assim por exemplo, o servidor da saúde, ao se relacionar com agentes de outras instâncias do governo federal, estadual ou municipal, para indicar políticas, negociar benefícios e serviços aos usuários, principalmente nas ações denominadas de descentralização e inter-setorialidade, desenvolve ações no campo das relações interorganizacionais. No campo intra-organizacional o trabalhador da saúde se relaciona com supervisores, pessoal administrativo e colegas para o manejo dos programas, de fluxos do trabalho e condições laborais. E no campo da organização-indivíduo se relaciona com outros colegas e o usuário, ao interpretar e aplicar regulações para a tomada de decisões, segundo regras que determinam o nível de assistência a ser outorgado.

A teoria de sistemas, sob o conceito de função (prestação de serviço, financiamento, gerência de recurso, regulamentação - OMS 2000) articula estas relações no campo da administração pública, oferecendo um marco para analisar as influências recíprocas das suas relações, que a maior parte dos autores tende a qualificar como provas de um processo de adaptação. Esta compreensão das relações entre unidades sociais em grande escala (organizações estatais, por exemplo), e sua íntima conexão com o conjunto da sociedade é qualificada de benigna, considerando-as Katz e Kahan, como provas de adaptação entre ambas (HARMON e MAYER 2001:208).

Entretanto, outro autor Perrow, citado em HARMON e MAYER (2001:235), adverte que as organizações, na relação interorganizacional, utilizam a adaptação e a cooperação como estratégias secundárias e pelo contrário, o controle do ambiente chega a ser considerado como a estratégia primária. Isto pode ser tolerável quando existem energia e recursos econômicos suficientes, ao menos, na medida em que se adaptam à organização, mas pode ser um motivo de alarme em tempos de escassez e de recortes no âmbito público, em nosso caso do âmbito social, já que obriga às organizações a tornar-se depredadoras, o que evita que sirvam ao interesse público na sua amplitude.

Estas observações conquistam importância quando se avalia como se comportam os vetores normativos da administração pública, já que as expectativas de sensibilidade e responsabilidade frente ao povo ao que servem, implica a observância de uma teoria normativa ampla, o que é incongruente com a orientação de controle ditada pelas normas da racionalidade e controle sistêmico, impedindo a compatibilização das estratégias adaptativas e ofensivas da organização com as demandas do entorno.

Em consequência, a teoria de sistemas contribui para aclarar, como vetor principal da normatividade, a relação de eficiência e efetividade com a adaptação e sobrevivência organizacional. Deixa pouco esclarecido os outros dois vetores normativos do marco da administração pública: adequação do processo

organizacional e dos direitos individuais, ficando ambos em uma posição secundária nesta corrente. Esta posição secundária é devida ao conceito de organização racional, o qual vê a cooperação com o ambiente, das tarefas a desenvolver, como uma segunda opção para seu controle, reconhecendo os direitos dos clientes ou sua representação, como elementos que levarão ao imprevisível, à incerteza, noção que a racionalidade, neste tipo de organização, nega, regula ou suprime.

As teorias, cultural ou crítica consideram como unidade primária de análise a relação face a face, nos campos inter e intra-organizacional e indivíduo-organização. Isto permite o desenvolvimento de processos não coercitivos para a obtenção de consensos, em torno de propósitos compartilhados e sob amplas relações sociais, elementos que se encontram baseados na significância da subjetividade dos atores sociais envolvidos.

Assim, diante dos vetores normativos, dos valores tradicionais da administração pública, da eficiência e da efetividade, se formula a idéia de que estes são valores da burocracia tradicional, baseadas na racionalidade instrumental, como um marco mental objetável, já que introduz as necessidades exclusivas e específicas dos indivíduos, em categorias uniformes e impessoais, servindo ao interesse burocrático, com uma disposição eficiente e autoritária (HARMON e MAYER 2001).

Conseqüentemente, a idéia básica da eficiência é questionada, o que só tem sentido se conhecido de antemão os fins da ação, como uma norma instrumental para julgar com quanta rapidez e economia é possível alcançar um fim particular, mas não pode dizer-nos quais são esses fins e como as outras normas de equidade, imparcialidade e de crescimento pessoal são decididas. O problema a ser resolvido é o imperativo burocrático de impessoalidade, controle e técnica; valores estes que acompanham as funções formais das organizações burocráticas, e que têm criado a racionalização da sociedade. Assim, na teoria cultural as unidades de análise eficiência e efetividade, são levadas em consideração para estabelecer como o indivíduo pode transcender à organização, preocupando-se com os interesses e

carências das pessoas; ou seja, como através da crítica e a democratização das relações sociais, pode-se conhecer os significados políticos do discurso sobre eficiência e efetividade, colocando-as à luz das patologias que estas produzem, para questioná-las e refutá-las, com a intenção de torná-las mais humanas.

Neste contexto, os direitos e adequação do processo não são considerados como os meios instrumentais para alcançar algum fim, como as teorias normativa e sistêmica os consideram; não importa que estes fins sejam formulados pelos agentes ou teóricos sociais, de forma individual ou coletiva. Diferem também da forma de conceber os direitos individuais, como a proteção e permissão de receber tudo o que seja possível, do escasso suprimento que a sociedade oferece, e que permite a realização do indivíduo dentro de um contexto social. Neste sentido, os direitos e adequação do processo organizacional são considerados com uma visão de apoio às realizações individuais. Estes processos são importantes, já que contribuem o contexto em que se desenvolvem os projetos dos indivíduos e o reforço das relações humanas horizontais.

Por último, a discricionariedade, ou seja, a capacidade de fazer juízos independentes na implantação cotidiana das políticas públicas, só é válida quando assume o compromisso de permitir aos cidadãos a participação na tomada de decisões, de acordo com seus marcos de significado e importância.

No caso da discricionariedade, na qual os administradores podem fazer juízos independentes na implantação, dia a dia das políticas públicas, ela deve ser contextualizada na sua aplicação e redefinida pelo compromisso ativo dos cidadãos na tomada de decisões públicas, considerando seus marcos de significados, nos termos do que parece ser mais importante para a comunidade.

Desta forma, as teorias, interpretativa e crítica, sustentam que a realização individual se realiza por meio dos processos sociais na comunidade humana, e sua proposta está baseada no discurso não coercitivo, de tipo social. É o exercício da razão crítica e emancipadora, ao impedir que a comunicação seja deformada, o que

possibilita a reflexão-introspecção ou conversação interna, que deverá influir positivamente em nível individual e nos demais membros da sociedade. A tarefa dos teóricos da organização crítica é fomentar a ação prática, evitando a informação deformada.

Em resumo, HARMON e MAYER (2001) estabelecem as diferentes dimensões dos três postulados mencionados sob as categorias do interesse cognitivo, das metáforas dominantes das unidades primárias de análise, do significado da racionalidade e dos valores, incorporados nos diferentes paradigmas ou postulados, os quais são mostrados no quadro 3.

Quadro 3: Teorias da organização e sua relação com as categorias de análise.

POSTULADOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE				
	Interesse cognitivo	Metáfora	Unidade primária	Racionalidade	Valores
Teoria Normativa	Técnico	Máquina	Decisão	Hierarquia-Instrumental	Eficiência
Teoria de Sistemas	Técnico	Organismo	Holístico	Conjunto-sobrevivência	Propósitos
Teoria Cultural	Emancipador	Histórico-social	Processos	Indivíduo-Sociedade	Não coercitivo

Sob a luz destas categorias de análise (unidades primárias), foi possível interpretar os conteúdos dos documentos base dos programas e junto com o resultado das entrevistas estabelecerem em qual das teorias de organização se situam os Programas de saúde nacional e local, considerando a natureza interativa da teoria em seu pensamento e ação e as formas de abordagem dos problemas em saúde e sob que postulado teórico, de bem-estar ou de qualidade, os Programas se sustentam.

5.3.2. Planejamento Estratégico Situacional e Estratégia de Atenção Primária à Saúde – EAPS.

O Planejamento estratégico situacional, como outra dimensão da análise estratégica, possibilitou compreender quais foram os tipos ou modalidades utilizadas e qual sua relação com os elementos que compõem e articulam os momentos formulados por MATUS (1987), e ao mesmo tempo identificar os pressupostos reais, estratégico situacional ou estratégico empresarial, em que se encontravam imersos.

Para este propósito, se elaborou um roteiro do planejamento estratégico situacional, descrito em seus fundamentos teóricos na revisão da literatura, e agora apresentados metodologicamente através dos quadros 4 a 8, os quais foram desenvolvidos de acordo com os fundamentos da teoria organizacional cultural ou crítica, que descrevem os principais elementos de cada momento e de como intervêm neles as unidades primárias desta teoria organizacional. A matriz compreende uma inter-relação com a EAPS, como uma categoria que permite explicitar cada um dos elementos que tem sido instituído no desenvolvimento do planejamento estratégico, e observar como estes elementos-chaves podem ser relacionados com os problemas dos objetos de estudo-trabalho e a prática profissional correspondente, que em sua inter-relação facilitem uma abordagem articulada do processo de planejamento.

Momento Explicativo

De acordo com as formulações de MATUS (1987) é preciso entender como os atores intervenientes percebem a realidade e as ações que produzem para preservar ou alterar os problemas do processo saúde-doença, o qual constitui para os atores uma estimativa da situação, que expressa a complexidade multidimensional do fenômeno.

A explicação do processo saúde-doença pode observar-se de óticas diferentes, de acordo com a inserção dos atores sociais na totalidade histórico-social em que se desenvolvem. Em consequência o **poder ser** e o **dever ser** do problema da saúde-

doença resultam de uma alta complexidade. Daí que a explicação passa pelos planos situacionais de um problema quase-estruturado, genoestrutural-fenoestrutural e fluxos de produção, os quais foram analisados matricialmente com os elementos da EAPS, que possibilitaram situar o problema analisado. Isto permitiu identificar este momento do planejamento, nos dois Programas em estudo, a partir dos documentos oficiais existentes e dos resultados das entrevistas, com o auxílio da metodologia da análise estratégica em suas diferentes dimensões.

Quadro 4: O momento explicativo segundo a relação dos planos situacionais e os componentes da Estratégia de Atenção Primária à Saúde (EAPS).

CAMPO DA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA			
Momento Explicativo	Plano Genoestrutural	Plano Fenoestrutural	Plano de Fluxo de Produção
Participação social comunitária	Diagnóstico situacional baseado nas premissas de cultura e ecologia do processo saúde-doença	Organização participativa para a saúde da comunidade	Prevenção integral profunda
Ciência e Tecnologia apropriadas	Critérios de seleção de conhecimento e tecnologia	Projetos, planos e programas de acordo com as necessidades do processo saúde-doença.	Aplicação das propostas
Intersetorialidade	Marco jurídico-administrativo	Capacidade de relacionamento	Intercâmbio interinstitucional
Descentralização	Critérios e requisitos de acordo com as prioridades	Programação de necessidades sociais em saúde, nacionais e regionais.	Aplicação de recursos, nacional, regional, local.

Assim, o nível genoestrutural, na idéia de uma análise estratégica, tem seu ponto de partida na participação social da comunidade no diagnóstico situacional do processo saúde-doença, como o elemento primordial da EAPS, o que permite o

estabelecimento das bases de uma cultura da saúde, construída por todos os atores sociais, no contexto do paradigma cultural. O anterior se sustentaria na formulação de uma fase criativa do planejamento, de acordo com o cenário oito do processo saúde-doença (e apresentado nos cenários posteriores), onde a participação de todos os atores sociais na pesquisa do objeto de estudo-trabalho processo saúde-doença em nível coletivo é fundamental para a articulação das categorias sócio-históricas e biológicas em estudo. O diagnóstico situacional deverá ser realizado pelos organismos competentes, nos diferentes contextos, nacional, estadual e municipal, para o estabelecimento do marco de uma organização comunitária para a saúde coletiva no plano fenoestrutural, que conduziria às linhas de ação a ser desenvolvida em um programa de prevenção integral profunda, no plano de fluxo de produção.

Estes planos estão fundamentalmente baseados na idéia de emancipação dos participantes, permitindo ou aprofundando o conhecimento do processo saúde doença, estreitando a relação entre os participantes em seus diferentes níveis, convergindo os conhecimentos sobre a prática profissional e o objeto de estudo-trabalho, explicando o problema encontrado por meio da categoria de recursividade e não de causalidade linear.

O estabelecimento da organização e ações comunitárias, como resultante desta participação social, deve permitir o reforço dos aspectos ou valores positivos do processo saúde-doença, aproximando os diferentes grupos e atores sociais à cultura integral da saúde. Para este propósito, devem estabelecer-se formas de atuação social, face a face, nas três relações organizacionais e nos vetores de normatividade, que devem ser desenvolvidos na pesquisa situacional, na organização da comunidade e nas pautas de integração do conhecimento em saúde pública por intermédio da prevenção profunda.

A categoria de ciência e tecnologia apropriada, do ponto de vista cultural, supõe a definição de critérios de simplificação-complexidade na seleção do conhecimento e tecnologia no campo da saúde pública, o que até o momento não tem ocorrido. Tais critérios deverão ser determinados pelos diferentes atores sociais,

baseando-se no diagnóstico situacional do momento explicativo o que permitiria estabelecer, em torno deles, os projetos e programas integrados baseados no conhecimento e técnicas do modelo social da saúde. De acordo com estes ideais e necessidades detectadas, se tem em consequência a possibilidade de elaborar propostas adequadas às diferentes realidades sociais, o que redundaria em uma melhor aplicação do gasto social nesta categoria. O anterior propiciaria, ao mesmo tempo, o desenvolvimento de um conhecimento científico-tecnológico-social em saúde, em nível local, regional e nacional. Assim as relações interorganizacionais e os vetores normativos devem ser amplamente desenvolvidos, sobretudo com os setores da formação de recursos humanos e da produção de conhecimentos (pesquisa científica – tecnológica) no campo da saúde, que permitam uma prática profissional integral em saúde pública.

A inter-setorialidade, como o componente fundamental da relação interorganizacional supõe, no paradigma cultural, a necessidade de elaborar conjuntamente regras de caráter político-jurídico-normativo, que façam a intermediação entre as relações institucionais com outros setores e permitam a participação social. As relações intraorganizacionais, que correspondem ao setor interno do campo da saúde, permitiriam definir os marcos de competência dos atores sócio-profissionais: pessoal técnico-administrativo, chefias e comunidade, e cada um deles com os diferentes grupos sociais participantes que possibilitem estabelecer de maneira adequada os fluxos de intercâmbio inter e intra-organização, e desenvolver-se de acordo com os diferentes vetores de normatividade do campo da administração pública em uma teoria organizacional crítica ou cultural.

A descentralização, refletida, sobretudo, na relação inter e intra-organizacional do campo administrativo da metáfora cultural, seria uma resultante das ações anteriores. Neste caso, é preciso desenvolver o princípio de coerência, de acordo com TESTA (1990), entre a organização, os propósitos e os métodos, para estabelecer os critérios e requisitos fundamentais da descentralização. É necessário considerar as prioridades do diagnóstico situacional, sistematizar e relacionar o processo saúde-doença e a prática profissional ao princípio citado, para alcançar o

momento normativo, para a resolução das necessidades municipais, estaduais regionais e nacionais, o que levaria a uma correta aplicação dos recursos, considerando neles os vetores normativos dos diferentes níveis institucionais intervenientes.

Em uma leitura vertical, no plano da situação genoestrutural, no seu momento explicativo, se deve precisar, refletir e compreender os novos macro-problemas do processo saúde-doença, encontrados neste plano, pelos diferentes atores sociais. Esses macro-problemas devem ser sistematizados levando em consideração os elementos da EAPS, desde a participação social comunitária até os critérios e requisitos das prioridades da descentralização (Quadro 4).

No plano fenoestrutural, devem compreender-se os diferentes nós críticos que se apresentam nos macro-problemas detectados. Isto conduziria nos campos da administração pública (relações organizacionais e vetores normativos) ao desenvolvimento de projetos, planos e programas, segundo necessidades regionais e nacionais, no momento normativo (DE ALMEIDA 2001).

Por último, ao descrever-se os nós críticos e sua acumulação no campo das ações (fluxo de produção) através dos subproblemas e os mini-problemas, em seu marco particular permitiria desenvolver as atividades que vão da prevenção integral até a aplicação de recursos, pelas quais as ações e sub-ações, em uma estrutura modular, desenvolvendo-se no momento normativo, terão um marco referencial que os oriente (Quadro 4). Esta explicação situacional referida sob a teoria crítica ou cultural em articulação com o processo saúde-doença, permite a compreensão de uma realidade que se localiza nos três planos e nos quatro elementos da EAPS, que na sua intersecção oferecem uma visão integrada da teoria e prática em saúde. Esta visão representa em cada uma das partes e no todo, uma prática profissional social sob perspectivas diferentes, e com a participação dos atores sociais participantes.

Esta reflexão foi possível ser realizada a partir da leitura dos documentos oficiais no âmbito federal, a qual é apresentada no capítulo dos resultados no item

denominado “**onde estamos**”, e no âmbito do Distrito Federal no item denominado “**contexto**”.

Momento Normativo

O momento normativo é a expressão do que o marco de usos e costumes tem considerado como programas. Em mais de uma ocasião encontra-se que a definição de normatividade, nos programas de saúde, é a resultante da hegemonia de grupos no setor saúde e não derivada do pressuposto da cultura da saúde e da realidade de seu contexto.

Neste caso, é preciso reconhecer a oposição que se suscita entre as etapas de diagnóstico e os programas da administração neoclássica. Esta dicotomia expressa as diferenças substanciais que existem entre o **poder ser** (momento explicativo) e o **dever ser** (momento normativo) e, portanto derivam em uma incompatibilidade entre previsão de ações e as normas. As formulações das etapas (planejamento, organização, execução e controle) de um programa base de tipo normativo, podem não se corresponder, e isto, expressariam as prováveis situações anômalas que tem surgido para a implantação de programas nacionais de saúde, ou ainda nos denominados sistemas locais de saúde e inclusive nos programas de saúde atuais, que tem operacionalidade local, nos denominados Municípios Saudáveis.

No planejamento e na administração estratégica deve ter-se como referência a cultura da saúde, derivada do momento explicativo, como a categoria principal de trabalho. Em primeiro lugar, no paradigma cultural, deve haver um programa base o qual se define como a oferta de resolução dos problemas genoestruturais, fenoeestruturais e fluxos de produção do momento explicativo. Este programa deve constituir uma convocação à ação e direcionalidade, que os atores sociais devem imprimir para que ocorram mudanças da situação presente nos três níveis: nacional, estadual e local.

Quadro 5: Relação dos elementos normativos segundo a explicação situacional.

CAMPO DA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA			
Momento Normativo	Geral	Particular	Específica
Programa base	Plano Nacional de Saúde	Plano Estadual de Saúde	Planos Locais de Saúde
Programa Direcional	Fundamentação de eixos direcionais	Adequação regional	Ações e sub-ações em Saúde
Estrutura modular	Enlace entre eixos direcionais	Viabilidade programática	Operação-ação
Orçamento por programa	Determinação de necessidades sociais	Prioridade na relação recursos-necessidades	Aplicação do orçamento
Síntese: Teoria e Prática em Saúde Pública	Missão e filosofia	Abertura programática	Objetivos situacionais e metas

Em segundo lugar, deve existir o programa direcional que apresenta a base dos eixos fundamentais da EAPS: participação comunitária, tecnologia apropriada, intersetorialidade e descentralização, que permita na sua operacionalização e ação aproximar-se da situação-objetivo com graus aceitáveis de probabilidade e adequados às realidades nacionais, regionais e locais; este programa para sua operacionalidade deve estar baseado nos perfis epidemiológicos, na intersetorialidade e na correta alocação de recursos.

Este programa direcional atua como uma bússola entre os meios, produtos e resultados, desenvolvendo uma estratégia para seleção de problemas e atores, do meio político e econômico e da busca de resultados, que se articula com o programa base. Para isso, se estabelece um compromisso na organização, a qual expressa a direcionalidade que os atores sociais imprimem à transformação da situação presente. Entre a situação inicial e a situação objetivo é preciso propor eixos direcionais que imprimam precisão aos meios, produtos e resultados, entre estes, os projetos de ação

representam um caminho importante na proposta cultural, já que poderiam constituir-se nas possíveis soluções aos problemas detectados em seus nós críticos comuns e, portanto devem ser flexíveis e mutáveis diante de situações novas.

Em terceiro lugar, a estrutura modular, ao postular os enlaces entre os eixos direcionais, oferece a oportunidade de criar estruturas flexíveis, capazes de adaptar-se às diferentes dimensões de avaliação e análise; para isto a premissa modular tem que se estabelecer no vínculo operacionalização-ação dos nós críticos encontrados, que permita a aproximação da solução dos problemas do processo saúde-doença, por meio de uma prática profissional integral.

Em quarto lugar, o orçamento por programa é uma resultante da determinação das necessidades e problemas do processo saúde-doença e da prioridade das ações da prática profissional considerando o conhecimento, cultura e tradição das comunidades. A falha deste instrumento consiste em que os recursos são destinados considerando mais as necessidades do aparelho administrativo, que das equipes de trabalho no campo.

A síntese supõe a articulação das partes e do todo no momento normativo, numa clara definição da missão e filosofia do sistema de saúde. Esta resultante permite a revisão da formulação de objetivos e metas básicas da abertura programática, para orientar à avaliação permanente de metas e objetivos deste momento normativo e dos diferentes momentos do planejamento estratégico situacional.

Na formulação do momento normativo é preciso desenvolver as unidades primárias do campo da administração da saúde pública, face a face, que permita uma contínua participação social em todos os seus sub-momentos.

Este momento tem relação com os itens **“aonde queremos chegar”** e **“que caminho seguir”** do Programa Nacional de Saúde e com os itens **“estratégias para**

enfrentar os seis desafios” e a “organização de serviços”, do Programa de Saúde do Distrito Federal.

Momento de Políticas de Saúde

Em consideração à idéia de metapolíticas que articulem o campo da saúde pública e os componentes da EAPS, no paradigma cultural, é preciso contar com políticas comunitárias, uma vez que, da captação de suas demandas e necessidades devem partir as políticas gerais de saúde, as quais devem fundamentar-se nos diagnósticos situacionais do processo saúde-doença, tanto daquelas que se recuperem do próprio conhecimento e prática da comunidade, como daquelas obtidas dos perfis biológicos, ecológicos e histórico-sociais, e dependendo também das prioridades estabelecidas por todos os atores sociais.

Em consequência, as prioridades devem transformar-se em políticas comunitárias do programa base, de forma que as necessidades e demandas devem buscar pontos de referência nas comunidades, para lograr o seu desenvolvimento social através da sua inserção no programa base. As políticas comunitárias nos programas normativos, no modelo de bem-estar, tiveram poucos resultados, dada sua inserção preferencial na idéia de comando-controle, centralizando as ações em saúde e convertendo-as em ações programáticas de tipo técnico-burocrático, e assim rejeitando o trabalho no espaço da comunidade, seus conhecimentos, cultura e tradição.

Por último, no âmbito das políticas gerais de financiamento e políticas comunitárias é preciso considerar a participação combinada das instituições, assim como da própria comunidade. Estas políticas que não têm podido desenvolver-se, em virtude de que, ao depositarem-se todas as ações no campo das instituições do setor saúde, com uma visão altamente centralizada, impedem à participação da comunidade. Isto ocorre em consequência da valorização interna, com a participação de todos os atores e setores sociais envolvidos em uma relação inter e intra-organizacional, no campo da administração pública.

Em matéria de políticas científico-tecnológicas gerais deve buscar-se a adequação entre recursos técnico-científicos, nas necessidades sociais e demandas em saúde, para o sucesso adequado de sua intervenção na operacionalização-ação programada. O problema principal a ser detectado consiste em conhecer o desenho de políticas que permitam articular o conhecimento e a tecnologia eleita ao marco das situações a enfrentar e, além disso, transcender os obstáculos entre a modernidade científico-tecnológica e as estruturas da organização tradicional e rígida para as que melhor se enquadram, ou então, mudar a organização interna do sistema. O planejamento estratégico permitiria introduzir políticas para determinação de custos por módulo, visando a sua redução e permitindo uma valorização profunda na sua aplicação. É preciso advertir que não contando com tais políticas, a relação da articulação de conhecimento-tecnologia e necessidades em saúde é altamente inadequada.

As políticas gerais de intersetorialidade (princípio básico entre as ações de diferentes setores para a obtenção de melhores níveis de saúde) baseadas na relação interorganização, devem ser estabelecidas considerando eixos integradores, que permitam aos diferentes elementos e fatores gerar ações coordenadas no campo da saúde, tanto nos setores sociais como no econômico. Esta articulação na tomada de decisões, assim como na integração das ações modulares, produziria rupturas na setorialidade atual e no marco de competências e funções limitadas, dirigidas sob uma influência interorganizacional rígida; evitando-se assim, problemas administrativos e políticos que inibem as transformações e impedem a contribuição de outros setores e sua valorização nos ganhos programáticos (Quadro 6).

Quadro 6: Correlação de políticas gerais de saúde e específicas da EAPS.

Políticas de Saúde	Políticas comunitárias	Políticas Científico-Tecnológicas	Políticas intersetoriais	Políticas de descentralização
Políticas gerais, Campo administrativo.	Captação de demandas e necessidades	Adequação entre recursos técnico-científicos e as necessidades sociais	Manejo de elementos e fatores integradores	Adequação de recursos humanos, materiais, financeiros.
	Transformação de necessidades e demandas em programa base	Intervenção do conhecimento técnico-científico-social em operações-ações programáticas	Nível de informação integral para orientar a tomada de decisões	Capacidade do manejo dos recursos em nível macro e micro social
	Inserção da comunidade no programa base	Níveis de inserção de acordo com o módulo	Integração Modular dos setores	Lógica de coerência modular: Propósitos, Organização, Métodos.
	Financiamento do programa e contribuição da comunidade	Determinação de custos por módulo	Contribuição financeira de setores envolvidos	Alocação de recursos nas unidades básicas e especializadas
	Valorização participativa de ações	Valorização participativa da aplicação simplificação-complexidade	Valorização participativa dos setores	Valorização participativa da descentralização

O marco das políticas gerais inclinadas à descentralização é incluído primordialmente na relação interorganização e intra-organização. Supõe não só o exercício de uma série de decisões e de um marco jurídico flexível que permita a transferência de recursos, programas e funções a serem descentralizadas, mas também significa dar coerência ao método, à organização e aos propósitos dentro da lógica modular, que possibilitem exercer a capacidade de participação sobre os processos derivados, que surjam na chamada, descentralização. Neste campo do planejamento, o campo prioritário deve ser o dos sistemas locais de saúde, ao contrário do que acontece atualmente, onde os recursos se concentram em unidades territoriais estaduais, que não se enquadram com o esquema de necessidades de

saúde da população, na medida em que a divisão política territorial não corresponde às regiões de demanda social em matéria de saúde, e em consequência a valorização da descentralização em nível municipal é mínima. Este momento de políticas não tem um item específico nos Programas em estudo, pelo qual se analisaram os pontos mais próximos a este aspecto, sobre tudo nos marcos referenciais dos dois Programas.

Momento Estratégico

Além dos avanços que as Ciências da Saúde e a Saúde Pública, em forma específica, têm gerado, é necessária a introdução deste momento de viabilidade e estratégias e de ligá-lo aos diferentes níveis de participação social, visto a partir da análise das unidades primárias do campo da administração pública. De fato, em nenhum caso, os programas de saúde podem operar sem esta condição estratégica, sem que os receptores e atores destes meios desenvolvam ações para a mesma finalidade: saúde em uma sociedade do bem-estar.

Frente às restrições de atuação impostas aos atores sociais cabem três posições estratégicas: aceitar as restrições das tendências situacionais e atuar passivamente, superar as restrições construindo estratégias com vontade de mudança (Quadro 7), ou então ignorá-las, atuando como se não existissem, entrando no campo dos desequilíbrios e da impotência organizacional.

O campo do setor saúde se encontra inserido em cenários histórico-sociais, portanto não é alheio aos âmbitos do conflito e da negociação, tanto no interior das comunidades como nas estruturas políticas e sociais mais amplas. Sob este horizonte, as estratégias aparecem como um campo de possibilidades e compromissos entre os atores sociais, que repercutem sobre as ações dos programas e cujos resultados assumem significados diversos, que possibilitam ou inibem a construção de uma cultura da saúde.

Quadro 7: Relação de Viabilidade organizacional, econômica e política segundo estratégias de decisão, operacionalidade e permanência.

ESTRATÉGIAS	VIABILIDADE		
	Decisão	Operacionalidade	Permanência
Organizacionais	Flexibilidade e criatividade	Capacidades técnico-científicas	Abertura e reorganização
Econômicas	Investimento social	Eficácia-eficiência e impacto social	Estabilidade financeira
Políticas	Produção final do programa e políticas	Rupturas estruturais	Estratégias de cooperação, cooptação, conflito.

A viabilidade organizacional, econômica e política estão interligadas à estratégia de decisão (Quadro 7). Uma leitura vertical permite aclarar a conexão dos momentos do planejamento estratégico desde a flexibilidade e criatividade da organização, passando pelo investimento, até à produção do programa e à formulação final das políticas. Na viabilidade da operacionalidade é preciso conhecer a capacidade técnico-científica da organização, como ocorrem as relações econômicas dos vetores normativos, com ênfase na eficácia e na efetividade e seu impacto social, assim como as possíveis rupturas estruturais da organização no campo da administração pública definidas pelas políticas. Por último, para o sucesso da permanência do programa, é necessário discutir a necessidade da abertura cognitiva e de reorganização da instituição e sua estabilidade orçamentária, de maneira a resolver as estratégias de cooperação, cooptação ou conflito do programa base, estabelecido.

O momento estratégico deve ser operacionalizado em todos os momentos do planejamento estratégico situacional, que permita a viabilidade do Programa dentro de um processo (De Almeida 2001). Esta relação entre viabilidade e estratégia apresentada no quadro 7, foi contrastada com os programas em estudo.

Momento Tático-Operativo

Este momento é talvez onde se concentre o maior número de experiências que se tem acumulado no planejamento em saúde de tipo normativo ou neoclássico, sem que exista uma verdadeira reflexão sistemática em torno dela, o qual é atribuível à carência de referenciais prévios, que no caso do planejamento estratégico têm sido desenvolvidos nos quatro momentos anteriores. Daí o pragmatismo em que se desenvolvem, ainda atualmente, as ações cotidianas dos trabalhadores do setor saúde.

O momento tático-operativo supõe a conjunção entre o conhecimento e a ação. A reflexão conjuntural é uma condição primordial para entender o programa geral e o diagnóstico situacional, porque o seu desconhecimento, as falhas na discussão e na análise por parte dos participantes, tanto no plano particular como no específico, poderia gerar descontinuidade entre o sistema de decisões do âmbito nacional e o momento da execução. Se tal ruptura ocorrer, impedirá chegar à síntese e a realimentação necessária, que perseguem os programas originados deste momento e o programa base normativo do setor saúde (Quadro 8).

A complexidade própria da proposta supõe uma dupla leitura, quase simultânea do quadro 8, tanto vertical como horizontal. Desta maneira, uma leitura horizontal a partir dos planos geral, particular e específico implica transitar em um ângulo teórico-prático, onde se gera o fluxo de relações entre os níveis de poder e autoridade, para chegar aos diferentes componentes do plano específico de responsabilidade de ação-execução. Em uma leitura vertical do nível geral e particular é necessário compreender que a ação conjuntural, a análise situacional, a resolução de problemas, os critérios e o sistema direcional que orientam os planos foram separados apenas analiticamente, mas se apresentam integrados dentro da mesma ação.

Quadro 8: Relação das Ações Situacionais, Resoluções, Critérios e Sistema Direcional, segundo planos Geral, Particular e Específico.

PLANO	AÇÃO		
	Geral	Particular	Específica
Ação conjuntural	Reflexão do diagnóstico situacional e Programa base nacional	Compreensão do diagnóstico e programa estatal	Diagnóstico situacional e programação local
Análise situacional	Percepção institucional do setor saúde nacional	Percepção institucional do setor saúde estadual	Percepção da população e plano de atitudes dos usuários
Resolução de problemas	Decisões e ações sobre problemas e operações em nível nacional. Programa direcional	Decisões e ações sobre problemas e operações em nível estatal. Programa direcional	Decisões e ações de problemas e operações e enlaces para a ação com atores e usuários locais
Critérios	Técnico-científico-social do setor saúde nacional	Técnico-científico-social das instituições estaduais	Técnico-científico-social de acordo com o nível operativo
Sistema direcional	Conhecimento dos eixos direcionais nacionais	Conhecimento dos eixos direcionais estaduais	Aplicação dos eixos direcionais e dos conhecimentos e prática com a população local

Na sua inter-relação, as ações no nível específico são de suma importância sobre tudo na abordagem dos problemas desde seu diagnóstico situacional e seu conhecimento técnico-científico, até os que permitem deduzir as percepções da população e do usuário, em uma relação face a face, para a tomada das decisões e ações sobre os problemas complexos do processo saúde-doença, e os diferentes enlaces do conhecimento científico e comum entre todos os atores sociais para poderem enfrentá-los e desenvolver ações conjuntas.

O plano específico é um espaço de reflexão e prática das características próprias de cada uma das experiências locais, que não podem ser analisadas como séries estatísticas, nem sistemas padronizados, pois o significado de cada ação

implica estabelecer um diálogo face a face, entre o receptor dos serviços e a equipe de trabalhadores da saúde.

Os quatro momentos formulados por Matus, além do momento de políticas proposto neste estudo, foram confrontados com os documentos dos Programas nacional e local do setor saúde e verificadas suas contradições e confluências.

5.3.3. Cenários do Processo Saúde-Doença e Prática Profissional

Aqui apresentamos os possíveis cenários gerais e particulares do processo saúde-doença no presente milênio, desenvolvidos por GOMEZ C e GARDUÑO (2000) como outra dimensão da análise estratégica. Eles devem ser apreciados sob óticas que percebam a complexidade e o alto nível de incerteza em que podem desenvolver-se em sua relação com os diferentes elementos da prática profissional em saúde pública que se articulam em um sistema de saúde: produção de conhecimento (pesquisa quali-quantitativa em epidemiologia, clínica-biológica, planejamento e administração, de campo, de laboratório, etc.), produção de serviços (econômicos, políticos, culturais), formação de recursos humanos (flexneriano, ecológico, latino-americano).

Estas interrelações permitiram estabelecer as linhas de possíveis saídas à problemática do processo saúde-doença, no presente e no futuro, e que devem ser consideradas como elementos chave e constitutivos na análise estratégica dos programas em estudo, para conhecer se alguns dos cenários têm sido previstos na sua integralidade ou se foram reduzidos na sua linearidade.

Assim, os esquemas lineares de seqüências causais, que foram típicos até há pouco tempo, nos falam de um marco onde o planejamento dos sistemas de saúde se compreendia como um conjunto de regras e condições que permitiriam estabelecer os lineamentos do presente ao futuro, típico da administração e planejamento normativo, baseados na metáfora ou paradigma mecanicista, fundamento da teoria

neoclássica. Esta linearidade não permite compreender que no processo de pesquisa epidemiológica crítica e do planejamento estratégico, se imbricam os atores sociais que nele participam e menos ainda os condicionantes sociais, culturais, políticos, econômicos nos quais se desenvolvem (GÓMEZ C e GARDUÑO 2000).

Este desenho de cenários mostra a vasta problemática do presente século, e que deverá abrir a possibilidade de encontrar situações antagônicas e complementares, onde, mesmo dentro de um Sistema Nacional ou Local do Setor Saúde, seria possível encontrar situações onde o aspecto regional ou local não necessariamente seja a expressão das tendências macro nacionais.

Ao mesmo tempo, para que os cenários coexistam apesar a suas semelhanças e diferenças, será necessária uma análise estratégica que possibilite reconhecer e integrar as diferenças-complementos entre os problemas do processo saúde-doença e a prática profissional nos distintos sistemas e níveis do setor saúde. Esta análise pode permitir a construção de processos organizacionais integrados, com uma grande capacidade de resposta, segundo as unidades primárias do campo da administração pública, nas que sobressaem as relações inter e intraorganizacionais apresentadas nos termos de descentralização, da intersectorialidade, dos vetores normativos de eficácia e eficiência, e da representação e discricionariedade, para estabelecer um trabalho mais articulado, baseado no planejamento e administração estratégica, contidos no paradigma cultural ou crítico.

Na análise dos cenários foram considerados os subcenários mais significativos, cuja viabilidade poderia permitir orientar a práxis do processo saúde-doença, nos próximos anos, a partir de uma visão complexa e multidimensional, em estreita relação e complementaridade com a prática profissional em saúde pública (formação de recursos humanos, produção de serviços e produção de conhecimentos).

Considera-se no primeiro cenário (Quadro 9) três variáveis complementares: a população, o sistema de saúde e o meio geográfico em que se desenvolve. O

contexto das diferentes ações do sistema de saúde deve ser previsto para estabelecer possíveis soluções e alternativas, considerando diferentes formas de sua apresentação no campo administrativo em saúde pública. Neste cenário se estabelecem parâmetros de acordo com as possíveis tendências e se determinam para as duas primeiras categorias (população e sistema de saúde) as situações de incremento ou de decréscimo e para a terceira (espaço) a dualidade do urbano e do rural. Estas categorias em seu entrecruzamento permitem estabelecer, no marco de condições gerais, diferentes alternativas aos problemas que podem ser encontrados no sistema de saúde.

De acordo com esta formulação, e a partir do cenário número um, se estabeleceram oito subcenários factíveis onde se tenta analisar suas possibilidades de ocorrência e suas opções ótimas, medianas e negativas, de acordo com o comportamento das três categorias citadas.

Os resultados das diferentes tendências indicam que existe uma diversidade de possibilidades no marco de condições para os sistemas de saúde, e que nas condições das três variáveis em discussão derivam subcenários diversos e contrastantes (Quadro 9).

O primeiro e quinto subcenários, considerado ótimo, indica o crescimento ideal do sistema de saúde no meio rural e urbano, e tem seu fundamento em uma extensão da cobertura e um alto investimento por parte do Estado. Neles se apresenta uma política social ampla no campo da saúde, refletida na promulgação de leis reconhecendo a saúde como um direito social, que abrange todos os espaços geográficos de um país, existindo uma relação direta entre o crescimento populacional e o sistema de saúde. Neste sentido, se tende a uma organização que considera as relações do campo da administração pública de uma perspectiva cultural.

Quadro 9: Cenário No. 1 - População, Meio e Sistemas de Saúde em relação a Tendências e Marco de condições.

Meio	Sistema de saúde	População	MARCO DE CONDIÇÕES
Rural	Incrementa	Incrementa	Extensão e alto investimento social. Saúde como um direito social
		Decresce	Extensão e alto investimento do setor saúde nas áreas rurais marginais
	Decresce	Incrementa	Falha nos recursos para a extensão e insuficiência de investimento social
		Decresce	Aglutinação de populações para concentrar recursos, em áreas de convergência de comunidades.
Urbano	Incrementa	Incrementa	Crescimento programado do setor saúde de acordo com o incremento de necessidades. Saúde como direito social
		Decresce	Falha no diagnóstico situacional o que gera desperdícios de recursos
	Decresce	Incrementa	Otimização de recursos e investimento em prevenção integral, (poderia apresentar-se por insuficiência de recursos no setor saúde).
		Decresce	Proporcionalidade no uso de recursos e otimização do investimento social

No segundo e sexto subcenários, o decréscimo da população nas áreas rural e urbana e o incremento do sistema de saúde propiciariam tendências diferentes. Na área rural, poderia supor-se extensão da cobertura e alto investimento social dos recursos e em consequência a possibilidade de um projeto de crescimento programado, de acordo com as necessidades reais do processo saúde-doença. Na área urbana, o sexto subcenário, poderia ocorrer por um diagnóstico situacional inadequado dos problemas do processo saúde-doença em grupos marginais ou por imprecisões no diagnóstico e no desenvolvimento programático em toda a área.

Neste marco de condições, estes subcenários poderiam considerar-se como um campo organizacional e administrativo de tipo cultural.

O quarto subcenário, decréscimo das variáveis população e sistema de saúde, resultaria, no meio rural, em uma concentração de recursos e aglutinação de comunidades rurais, geralmente por meio de uma atenção itinerante. Na área urbana, o oitavo subcenário baseado em uma maior racionalidade, apresentaria uma otimização no uso de recursos humanos, materiais e investimentos no setor saúde. Este subcenário apresenta um marco de condições similares ao que temos na maior parte da América Latina. As características dos subcenários quarto e oitavo sugerem um campo da organização e administração voltadas para a teoria de sistemas.

Por último, um incremento da população e decréscimo do sistema de saúde resultaria subcenários de diferentes tendências. Na área rural, a falta de recursos para extensão e investimento e na área urbana, uma otimização dos recursos existentes e investimento em promoção e prevenção da saúde. Ambas as situações estariam determinadas pelo baixo investimento no setor saúde; características de subcenários com tendência para a teoria de sistemas.

O quadro 10 apresenta o segundo cenário e os oito subcenários possíveis, combinados a partir de três categorias epidemiológicas que definem, nos seus traços mais gerais, os problemas de saúde-doença em nível nacional ou mundial e seu incremento ou decréscimo, daria como resultado um marco geral de condições que afetaria de diferentes formas ao sistema de saúde.

O primeiro e último subcenário, apresentam características de incremento ou decréscimo, presentes nas três variáveis, as quais propiciam dois marcos de condições diametralmente opostos. O primeiro subcenário levaria o sistema de saúde a prováveis resultados desastrosos e o último a uma condição de marco geral ideal. A relação interorganizacional se encontra nestes marcos gerais, que pode refletir-se nas situações atuais do sistema de saúde de acordo com as situações precárias, ou em

marcos ideais, muito longe da realidade dos sistemas de saúde nos países latino americanos.

Quadro 10: Cenário No. 2 - Perfis do Processo Saúde-Doença e o Sistema de Saúde

Pandemias	Epidemias	Endemias	MARCO GERAL
Incrementa	Incrementa	Incrementa	Situação precária.
		Decresce	Diminui a incidência de problemas prevalentes, sem lograr uma proposta de controle sanitário.
	Decresce	Incrementa	Obtém-se o controle sanitário mais não se conta com uma proposta integral que impeça a extensão.
		Decresce	Obtém-se condições sanitárias e tratamentos adequados, mas não se encontram medidas adequadas para problemas que ultrapassam as fronteiras.
Decresce	Incrementa	Incrementa	Subcenário pouco provável pela globalização.
		Decresce	Subcenário pouco provável pelo desenvolvimento do conhecimento atual.
	Decresce	Incrementa	Subcenário pouco fatível, sobretudo em países em desenvolvimento.
		Decresce	Subcenário ideal.

O segundo subcenário que apresenta decréscimo dos problemas endêmicos e aumento de problemas epidêmicos e pandêmicos pode conduzir o sistema de saúde para um marco geral que tende para um manejo adequado da prevenção integral profunda. Este, porém sem um adequado controle sanitário em nível das comunidades que compõem um país, e com dificuldades para estabelecer um efetivo controle a partir das barreiras fronteiriças, como acontece atualmente com problemas

como HIV-AIDS ou pandemias por vírus. As relações interorganização do perfil epidemiológico e do sistema de saúde podem estar refletidas neste marco geral.

O terceiro subcenário, decréscimo dos problemas epidêmicos e aumento de problemas endêmicos e pandêmicos, estaria condicionado por um excelente controle sanitário do meio ambiente e um limitado controle na prevenção integral dos outros problemas. Este é um subcenário pouco provável em países subdesenvolvidos, diferente do que acontece nos países industrializados com alto desenvolvimento das medidas sanitárias e o aumento de problemas sobre tudo endêmicos, por hábitos culturais, o que explicaria a inter-relação entre perfis epidemiológicos e a atuação dos sistemas de saúde.

O quarto subcenário, decréscimo dos problemas endêmicos e epidêmicos com incremento de pandemias, estaria condicionado a um bom controle sanitário e desenvolvimento da prevenção integral, mas medidas contra problemas que ultrapassam as fronteiras são inexistentes como no caso do HIV-AIDS e problemas ambientais em nível mundial. Este marco geral do sistema de saúde é orientado por estes relacionamentos interorganizacionais com perfis epidemiológicos que se apresentam em países industrializados.

Os dois subcenários pouco prováveis, quinto e sexto, não estão de acordo com o avanço do conhecimento científico em Ciências da Saúde. É provável a existência do sétimo subcenário, se os grupos nacionais de ampla renda ou países industrializados, logram um controle sanitário ótimo nas suas fronteiras domésticas (lar) ou nacional (entre estados) ou internacional (entre países).

Qualquer um dos subcenários citados poderia prevalecer nos próximos anos, e em consequência seu adequado conhecimento permitiria definir as prioridades interorganizacionais, que deverão enfrentar os sistemas de saúde, nacional ou local, central ou periférico, considerando neles a complexidade do fenômeno de transição ou polarização epidemiológica.

O terceiro cenário (Quadro 11) definiria as principais categorias do perfil de morbimortalidade do processo saúde-doença, dividida nos três conjuntos de elementos que articulam todos os problemas deste processo e seu impacto no marco geral de prioridades a ser considerado pelos sistemas de saúde. Isto permitiria visualizar, de maneira antecipada, a relação de recursos humanos e materiais, e de requerimentos técnico-científico-sociais, com a qual se verá confrontada a organização do setor saúde em relação aos três problemas do processo saúde-doença: infecto contagiosos, crônico-degenerativos e ambiental-psicossomático-externos, de acordo com a suas probabilidades de ocorrência (incremento ou decréscimo), em um marco geral de intervenção, que aborde as políticas, os gastos, e os níveis de serviços, formulados no quadro 11.

O oitavo subcenário é o ideal. Esse subcenário permitiria o estabelecimento de um sistema de saúde perfeito, ainda que não exista na atualidade em nenhuma região do mundo. Esta ausência pode levar os serviços de saúde nacionais e locais a enfrentar diferentes perfis do processo saúde-doença até chegar ao caos como indica o primeiro subcenário. O marco geral de prioridades define com muita aproximação que as prioridades dos sistemas de saúde deverão ter em conta as relações inter, intra e indivíduo-organização para definir seus marcos da ação no tipo de prática profissional a desenvolver.

Quadro 11: Cenário No. 3 - Perfil de Problemas Dominantes do Processo Saúde-Doença e o Sistema de Saúde.

Infecção-contagiosos	Crônico-degenerativos	Ambiental-psicossomático-externos	MARCO GERAL DE INTERVENÇÃO	
Incrementa	Incrementa	Incrementa	Sugere-se uma política de prevenção integral e uma estratégia de vigilância, de controle e possível erradicação dos problemas do processo saúde-doença.	
		Decresce	Teria que se aumentar, em forma considerável, o financiamento da prevenção específica e cura.	
	Decresce	Incrementa	Crescem consideravelmente os gastos dos níveis comunitário e terciário.	
		Decresce	As prioridades: o controle e o saneamento do meio.	
Decresce	Incrementa	Incrementa	Requer assumir medidas de controle ambiental e de alto gasto de hospitalização e cura	
		Decresce	Perfil próprio de países de alto nível de desenvolvimento, pelo que se privilegia o gasto em alta especialização.	
	Decresce	Incrementa	Pouco provável já que supõe que exista um conhecimento integral definido e possibilidades de cura para os problemas crônico-degenerativos	
		Decresce	Subcenário ideal	

O segundo subcenário, no qual decrescem os problemas externos e se incrementam os infecção-contagiosos e crônicos degenerativos, tenderia ao aumento dos gastos na produção de serviços para a prevenção específica (promoção, vacinação e controle do meio) e da prevenção integral, que compreende a cura. Este

subcenário poderia encontrar-se em países em desenvolvimento com tendências à industrialização de produtos altamente contaminantes, pelos quais as relações interorganizacionais presentes na globalização impactaram os sistemas de saúde.

O terceiro subcenário apresenta o decréscimo dos problemas crônico-degenerativos e incremento dos problemas ambiental-psicossomático-externos e infecto contagiosos. Esta possibilidade levaria ao acréscimo dos gastos nos níveis comunitário e terciário do sistema de saúde, para enfrentar os problemas surgidos do desenvolvimento econômico-social e os problemas residuais da industrialização que contaminam o meio ambiente.

O quarto subcenário indica como prioridade o controle e o saneamento do meio, o que leva a uma problemática que ainda abrange países subdesenvolvidos isolados, nos quais o sistema de saúde necessitaria de estratégias participativas em nível comunitário, com alta ênfase nas relações interorganizacionais.

Do quinto ao sétimo subcenários, se apresenta um decréscimo dos problemas infectocontagiosos e acréscimo ou decréscimo dos problemas não transmissíveis e ambiental-psicossomático-externos, como fenômenos presentes nos países industrializados, altamente desenvolvidos. Neles os sistemas de saúde e outros setores têm realizado medidas de controle sanitário em nível individual e coletivo com alto investimento, e atualmente privilegiam os gastos hospitalares e da alta especialização, resultando que o ato da cura seja individual e artesanal e o modelo biomédico seja tradicional, sem utilizar o conhecimento e a prática profissional integral o que leva a um sistema de saúde de alta especialização e tecnologia de ponta, e suas relações interorganizacionais privilegiam as classes sociais dominantes.

O quarto cenário (Quadro 12) apresenta os diferentes comportamentos dos recursos financeiros, humanos e de infra-estrutura que deverão influir nos sistemas de saúde. Estes diferentes elementos, na sua inter-relação, exigiram o manejo de diversas teorias da organização, nos marcos de operação do sistema de saúde, sistêmica ou crítica. E estes se refletiram no planejamento e administração dos

diferentes sistemas de saúde, na política, no investimento social, na participação social e no tipo de tecnologia.

O primeiro subcenário seria um indicador de um marco de condições de operacionalidade do setor, onde o conceito de saúde é considerado de alta prioridade pelo Estado, e pressupõe a existência de condições econômico-político-cultural-sociais para proporcionar todo tipo de recursos. Em consequência a possibilidade de poder desenvolver uma cultura da saúde, em uma relação ótima das unidades primárias do campo da saúde pública.

Ainda se pode indicar que o primeiro subcenário poderá consolidar-se em alguns países da região, como é o caso brasileiro, venezuelano e cubano. Neste subcenário suas relações interorganizacionais, indicam um alto grau de articulação entre todos os setores do Estado, e no último subcenário em que se apresenta uma situação catastrófica acontece o contrário.

O segundo subcenário, decréscimo dos recursos financeiros e incremento de recursos humanos e da infra-estrutura, indica um aproveitamento integral e articulado do gasto social no setor saúde, com uma proposta intra-organizacional de otimização dos recursos mediante mudanças internas na organização do setor, com tendência para uma organização sistêmica.

Quadro 12: Cenário No. 4 - Comportamento dos Recursos Financeiros, Infra-estruturais e Humanos no Sistema de Saúde e seus Marcos de Operação.

Humano	Infra-estrutural	Financeiro	MARCO DE OPERAÇÃO
Incrementa	Incrementa	Incrementa	Supõe uma política social, onde a saúde será considerada de alta prioridade e adotará as condições máximas para proporcionar os recursos e alcançar seu desenvolvimento em níveis nacional, regional e local.
		Decresce	Supõe uma proposta de políticas de aproveitamento integral do investimento no gasto social.
	Decresce	Incrementa	O gasto fixo em salários do pessoal, às vezes o mínimo, e a alta manutenção da infra-estrutura, inibem o investimento no gasto social, para a criação de novos espaços.
		Decresce	Consideraria a comunidade mesma, como o principal cenário de trabalho, participação comunitária ao máximo.
Decresce	Incrementa	Incrementa	Proposta de alta produtividade do setor de trabalhadores da saúde.
		Decresce	Otimização dos recursos e extensão da cobertura dos serviços de saúde
	Decresce	Incrementa	Privilegia-se a alta tecnologia, hiper-especialização, teoria organizacional de mercado.
		Decresce	Situação precária

O terceiro subcenário, com aumento dos recursos financeiro e humano, condicionaria um gasto fixo maior, o que inibiria o investimento na infra-estrutura e a extensão da cobertura, sem mudanças intraorganizacionais. Esta situação propiciaria graves dificuldades na sustentabilidade de um sistema de saúde, apesar de sua tendência para uma organização sistêmica, uma vez que na sua relação interorganizacional, poderia ser questionado pela população.

O quarto subcenário é indicativo, pelo decréscimo de recursos financeiros e de infra-estrutura, de um esquema onde a comunidade por meio dos grupos organizados é o principal agente de realização do trabalho do sistema de saúde. Isto é uma realidade na atuação dos promotores de saúde comunitários, seja por trabalho voluntário, por autogestão ou por doações. A autogestão, como uma relação intra e indivíduo-organização, imperam nesta produção de serviços.

O quinto subcenário que aponta um incremento de recursos financeiros e infra-estrutura com redução de recursos humanos, exemplificaria uma proposta dos trabalhadores do setor saúde para o aumento da produtividade, através da eficácia e eficiência, baseadas no autoconhecimento que transcende à organização, desenvolvendo ações autônomas e responsáveis; ações próprias de uma relação inter, intra e indivíduo-organização, inserida no paradigma organizacional cultural.

O sexto subcenário, onde só incrementam-se os recursos de infra-estrutura, reflete uma operacionalidade de otimização e provável extensão dos serviços de saúde com a participação ativa da comunidade, pelas quais as relações indivíduo-organização seriam preponderantes em uma organização que tende para o paradigma cultural.

O sétimo subcenário onde somente há incremento dos recursos financeiros reflete um projeto que privilegia a alta tecnologia nos insumos do setor saúde, principalmente quando se dá prioridade aos do nível terciário, típico de alguns países industrializados e periféricos. Este subcenário pressupõe priorizar as relações intra-organização do setor hegemônico (médico), estabelecidas em uma organização e administração normativa ou neoclássica.

Dentre os problemas básicos dos sistemas de saúde estão a natureza e composição dos recursos humanos requeridos para este século XXI. Estes sem dúvida reclamarão uma alternativa na prática profissional, formulada na concepção da equipe de saúde, que aprimore tanto no âmbito institucional das relações

interorganizacionais, como nas relações com os demais componentes da equipe e os usuários, nas relações intra e indivíduo-organização (Quadro 13).

O primeiro subcenário supõe uma maior participação dos profissionais da saúde em equipe, e a utilização de um conhecimento e tecnologia apropriada que permitam uma expansão do sistema de saúde. Seria a solução ideal, já que se obtém a resolução dos problemas do processo saúde-doença, por meio de uma prática profissional que atua integralmente e conjuntamente com a sociedade, pelo que estaria enquadrada em uma teoria organizacional do tipo cultural. Isto significaria um crescimento integral dos serviços de saúde, a partir dos diagnósticos situacionais e uma resposta governamental total à problemática encontrada. Situação contrária se apresenta no último subcenário, com tendência ao decréscimo dos recursos humanos e do conhecimento científico e tecnológico no nível estatal, que levaria a uma restrição da sua expansão ao sistema de saúde e em consequência a um caos organizacional no campo da saúde pública.

O segundo e terceiro subcenários são indicativos de duas tendências atuais nos sistemas de saúde. No segundo quando diminui o pessoal médico, se tenderia ao manejo da prevenção e promoção da saúde por meio de outro tipo de pessoal, geralmente técnico ou de agentes comunitários, assim como ao desenvolvimento de uma ciência e tecnologia apropriadas, que tendem a promover um maior impacto do sistema de saúde, que poderia situá-lo em uma teoria organizacional cultural. No terceiro subcenário a tendência é de um conhecimento reducionista e a hiper-especialização do pessoal médico e ao uso das tecnologias de ponta, que sustentem a especialização, materializada na idéia da qualidade dos serviços de saúde em nível estatal, considerando o sistema baseado na teoria organizacional de mercado.

Quadro 13: Cenário No. 5 - Quantidade de Médicos e outro Tipo de Profissional, Conhecimento (Ciência e Tecnologia) e conseqüências prováveis no Sistema de Saúde.

Ciência e Tecnologia	Pessoal não Médico	Corpo Médico	CONSEQUÊNCIAS PROVÁVEIS
Incrementa	Incrementa	Incrementa	Expansão do sistema de saúde, o que significa o crescimento de serviços integrais e recursos em saúde, teoria organizacional cultural.
		Decresce	Ênfase na prevenção integral e na alta tecnologia, teoria sistêmica.
	Decresce	Incrementa	Ênfase na hiper-especialização e hiper-tecnologia, teoria mercado.
		Decresce	Deslocamento dos papéis tradicionais e domínio de um grupo profissional e predomínio da alta tecnologia da saúde, teoria mercado.
Decresce	Incrementa	Incrementa	Modelo biomédico atual, baseada na teoria organizacional normativa, que procura manter-se.
		Decresce	Ênfase na prevenção integral em equipes de saúde, teoria organizacional cultural.
	Decresce	Incrementa	Ênfase curativa de acordo com o modelo organizacional normativo prevalecente
		Decresce	Carência de recursos e impossibilidade de expansão, caos organizacional.

O quarto subcenário é de suma importância na atualidade, já que o interesse do sistema de saúde se fundamenta no uso do conhecimento de ponta e da hiper-tecnologia, com a idéia do manejo da robótica que mudaria os papeis dominantes dos grupos profissionais. Isto, como resultante de mudanças nas relações intra-organização do grupo hegemônico, para a contratação de especialistas que dominem esta prática. Este subcenário aponta para uma teoria organizacional de mercado.

O quinto subcenário representaria o modelo atual, baseado na atuação médico-enfermeiro em uma relação interorganizacional com tendência ao comando-controle da teoria normativa ou neoclássica, a qual pretende afiançar-se com a menor transformação da ciência e da tecnologia atual, denotando uma produção de serviços individuais e artesanais de tipo economicista.

O sexto subcenário, onde se incrementa outro tipo de pessoal, com tendências ao trabalho comunitário, representa a formulação da prevenção integral com a participação social da comunidade, em um tipo de organização cultural. Ao contrário do sétimo subcenário que conduz a uma prática profissional, do grupo hegemônico, economicista de tipo artesanal, individual e de alto custo, com uma relação intra-organizacional que conduz ao paradigma normativo, tal como muitos sistemas se encontram na atualidade.

Todos os cenários devem ter acesso a sistemas de informação, como um componente do poder e do conhecimento técnico-científico-social, tanto no setor estatal como no privado. A utilização da informação em cada caso, dada sua missão e filosofia pode ser diferente, tanto na focalização, quanto na magnitude, ou seja, na extensão das ações de saúde. Ao mesmo tempo é indispensável considerar a importância da informação no setor estatal, já que pode definir a natureza de seu planejamento e administração e a capacidade de integrar as equipes de saúde no trabalho e na comunidade.

É necessário também considerar o comportamento das relações intraorganizacionais de ambos os setores, que poderão ser rígidas ou flexíveis, dependendo de como se estabelecem no trabalho cotidiano, da abordagem pelos diferentes atores do sistema de saúde e pelo tipo de resposta às necessidades do meio.

Como mostra o quadro 14, os subcenários primeiro e terceiro se encontram limitados estruturalmente pela organização de tipo autoritária (típico do paradigma normativo), seja pelos níveis diretivos hierárquicos mais elevados no setor estatal,

seja pelos condicionantes daqueles que controlam, direta ou indiretamente, os fundos de financiamento no setor privado.

Quadro 14: Cenário No. 6 - Acesso à Informação Segundo Setores, Resultantes e Comportamento Organizacional no Sistema de Saúde.

Comportamento organizacional	Setor	Acesso à informação	RESULTANTES PROVÁVEIS
Rígido	Estatat	Aberto	Espaço democrático aberto pela equipe de saúde, limitado estruturalmente por organizações de tipo autoritário, modelo normativo, em nível mais elevado e hierárquico.
		Fechado	Esquema típico de um modelo autoritário de gestão, teoria normativa.
	Privado	Aberto	Espaço democrático aberto pela equipe de saúde, teoria cultural, com severas limitantes e condicionantes de quem proporciona os fundos, em nível privado.
		Fechado	Esquema típico de um modelo de organização normativo privado.
Flexível	Estatat	Aberto	Equipe e comportamento desejável de uma organização sistêmica ou cultural.
		Fechado	Equipe de saúde com mentalidade tradicional, enquadrada em um sistema de gestão sistêmica ou cultural e com resistência a mudanças (Progênia Institucional Pública).
	Privado	Aberto	Equipe e comportamento desejável, teoria cultural.
		Fechado	Progênia Institucional Privada

O segundo e o quarto subcenários, conduzem a esquemas típicos de um modelo autoritário de gestão normativa, em que a informação e a organização não fluem, tanto a nível estatal como privado, situação muito comum nos sistemas de saúde atuais, que desenvolvem ações rotineiras, ineficientes e pouco criativas.

O quinto e sétimo subcenários denotam organizações onde a equipe de saúde tem comportamento autônomo, responsável, criativo e cumpridor das ações. Estes subcenários tendem para uma teoria sistêmica ou cultural.

As organizações de comportamento flexível e informação fechada, sexto e oitavo subcenários, conduzem a uma resistência às mudanças, conhecida como “progênia institucional”. Este termo referenciado por TOFFLER (1985), se formula para expressar o envelhecimento prematuro de muitas instituições que, partindo de propostas de mudanças ou alternativas organizacionais, no seu desenvolvimento não foram secundadas pela equipe operativa, ou seja, existem falhas na relação inter, intra e indivíduo-organização.

O processo de trabalho nas organizações de saúde tem sido pouco questionado, dada à hegemonia do elemento médico. Na atualidade, porém é possível que os trabalhadores da saúde possam começar a elaborar novas propostas, sob outras formas de organização, que permitam a integração das relações do campo administrativo do sistema, de tal maneira que seja possível encontrar soluções em direções diversas, para que as ações em saúde sejam exercidas sob novos enfoques, em novas organizações, sobre tudo de tipo interdisciplinar, com tendências a uma organização sistêmica ou cultural (Quadro 15).

O sétimo cenário refere-se a esquemas do campo administrativo fundamentados na teoria crítica-cultural, ideais para a consecução do trabalho em equipe, com informação eqüitativamente distribuída, tanto nos avanços do conhecimento, como na resolução dos problemas do processo saúde-doença, o que também permite avançar para uma prática profissional integral, que possibilitaria iniciar o conhecimento alternativo da cultura da saúde e melhorar os níveis de saúde da população.

Quadro 15: Cenário No. 7 - Processos de Trabalho nas Organizações de Saúde, segundo Fluxo de Informação ao Grupo de Trabalho, Tipo de Organização e Enfoque Dominante na Abordagem de Saberes e suas consequências prováveis.

Enfoque dominante	(*) Tipo de Organização	Fluxo de informação	CONSEQUÊNCIAS PROVÁVEIS
Disciplinar	Centralizado	Aberto	Predomínio médico sobre os demais integrantes, que ficam como subalternos, ainda quando a informação de tipo aberta admite espaços à equipe. Teoria normativa.
		Fechado	Modelo tradicional medicalizado vigente. Teoria normativa.
	Descentralizado	Aberto	Tendência modernizante, ainda sob a hegemonia médica. Teoria normativa.
		Fechado	Esquema tradicional com ênfase no comando-controle. Teoria normativa.
Interdisciplinar	Centralizado	Aberto	Esquema de gestão moderna com ênfase no controle da alta direção ou gestão administrativa. Teoria sistêmica.
		Fechado	Esquema próprio de núcleos que concentram e dominam no interior da organização as estruturas do conhecimento. Teoria normativa.
	Descentralizado	Aberto	Cenário desejável. Teoria cultural.
		Fechado	Espaços próprios de estruturas de poder que dominam áreas de saberes. Teoria normativa.

(*) Abordagem da organização de recursos e faculdades

O quinto subcenário tem uma abordagem baseada na teoria de sistemas, quando se descreve a relação intra-organização por meio da centralização dos recursos, em um fluxo de informação aberta que tende para a interdisciplinaridade. Isto indica um esquema de gestão moderna, com ênfase na alta direção, visualizada

pelo ângulo da gestão empresarial, com tendências à teoria organizacional de sistemas ou de mercado.

Os restantes subcenários representam a tendência normativa tradicional, sejam os fluxos de informação abertos ou fechados, seja a relação centralizada ou descentralizada, ou ainda, o tipo de saber disciplinar ou interdisciplinar. Isso indica que as relações inter e intra-organização tendem a núcleos ou espaços de poder no processo de trabalho que concentram e dominam as estruturas do conhecimento e saberes da saúde ou da doença e em consequência se produz uma prática profissional hegemônica, baseada na cura e no individualismo, com suporte na teoria organizacional normativa.

O cenário oito é constituído, paradoxalmente, pelo marco do diagnóstico situacional do processo saúde-doença, também denominado momento explicativo MATUS (1987), na medida em que além do ponto de partida, é o espaço de realimentação e recursividade de todas as propostas programáticas.

De acordo com o apontado, se consideram duas fases: o diagnóstico administrativo da doença que enquadra as ações sob esquemas e categorias das ciências naturais, com variáveis de espaço, tempo e pessoa e o diagnóstico criativo do processo saúde-doença que abrem alternativas, articulando as categorias das ciências naturais e sociais, com variáveis histórico-sociais e com isso amplia as possibilidades de propostas programáticas. Estes dois tipos de diagnóstico são considerados a partir da visão de duas dimensões da administração: a do planejamento estratégico situacional e/ou empresarial e a da avaliação das ações, normativa ou crítica, e estas fases e dimensões estão referenciadas nos espaços geográficos, regional e nacional (Quadro 16).

Quadro 16: Cenário No. 8 - Fases do Diagnóstico do objeto de estudo-trabalho, segundo espaço regional ou nacional e o tipo de Planejamento-Avaliação.

Dimensão	Espaços	Fase	CONSEQUÊNCIAS PROVÁVEIS
Planejamento	Regional	Administrativa	Normatividade por região, do diagnóstico da doença, objetivos, ações, execução e controle para enfrentá-lo. Teoria normativa ou sistêmica.
		Criativa	Estratégia das ações, do processo saúde-doença no momento explicativo ou diagnóstico integral do processo saúde-doença, que estabelece o momento normativo, políticas, estratégico e tático-operacional. Teoria cultural.
	Nacional	Administrativa	Normatividade e programação nacional do diagnóstico da doença, planejamento, organização, execução e controle. Teoria normativa ou sistêmica.
		Criativa	Estratégia de ações por meio do diagnóstico situacional e Programa Nacional, baseado nos momentos explicativo, normativo, de políticas, estratégico e tático operacional do processo saúde-doença. Teoria cultural.
Avaliação	Regional	Administrativa	Eficácia e eficiência das ações em nível regional, sob o controle da doença pelo ato curativo. Teoria normativa ou sistêmica.
		Criativa	Participação e redefinição das propostas táticas em um trabalho face a face e das linhas estratégicas, quando necessário, no momento tático operativo, baseado no diagnóstico integral do processo saúde-doença. Teoria cultural.
	Nacional	Administrativa	Ordenamento da informação e socialização da mesma, sob o diagnóstico da doença e número de atividades e casos controlados. Teoria normativa ou sistêmica.
		Criativa	Reformulação dos momentos do planejamento estratégico, quando necessário, a partir de um novo programa de saúde, baseado nos momentos explicativo, normativo, de políticas, estratégico, tático-operacional do processo saúde-doença, para uma prática profissional integrada. Teoria cultural.

Uma característica da fase administrativa para compreender o conhecimento do objeto de estudo doença, é que ela se realiza geralmente por meio de variáveis de ordem biológica ou ecológica, com base em projetos regionais ou nacionais. O subcenário primeiro e terceiro tem uma semelhança nos métodos da fase administrativa, considerando como variáveis de análise das bio-classes do tipo idade e sexo e o espaço urbano ou rural. Na etapa do planejamento de tipo administrativo, isso traz como consequência a normatividade ou regulamentação dos programas do setor saúde, que pretende mensurar recursos, quantificar metas, e relacionar procedimentos e atividades, que o tornem próximo da eficiência e da eficácia.

Neste caso, seu enfoque é funcional, quantitativo e normalmente é utilizado como um dispositivo para a permanência dos sistemas de saúde tradicionais, como uma proposta de legitimação do Estado. O resultado provável é a formulação de programas normativos na esfera regional ou nacional, geralmente voltados para ao objeto de estudo doença e um “que fazer profissional” com preponderância dos cuidados pessoais, voltados à cura individual. De acordo com seus componentes programáticos podem situar-se na teoria normativa ou sistêmica.

O segundo e quarto subcenários se aproximam em suas formulações, já que articulam os diferentes momentos da fase criativa ou planejamento estratégico situacional, considerando os interesses e conflitos das diferentes forças sociais que intervêm em todo o processo. Este planejamento considera a coerência entre as forças sociais estruturadas em torno ao processo saúde-doença e a totalidade social, onde se desenvolverá o setor saúde. Neste caso o diagnóstico situacional é o elemento fundamental do momento explicativo, que conduziria aos diferentes momentos do planejamento estratégico dos problemas-ações e na formulação do tratamento integrado (ações curativa e preventiva, individual e coletiva) denominado prevenção integral ou profunda. Assim, estes cenários estão imersos na teoria organizacional crítica-cultural.

Na mesma forma, as fases administrativas ou normativas e a avaliação em nível regional e nacional, subcenários quinto e sétimo, propõem o controle das ações

em base ao ato curativo da doença. As conseqüências prováveis seriam o manejo dos conceitos de eficácia e eficiência, de tipo economicista e o ordenamento e socialização da informação, com ênfase no manejo de dados estatísticos, considerando, sobretudo o número de ações de tipo curativo, realizadas nos diferentes grupos etários urbanos e rurais. As atividades coletivas são formuladas, de modo geral, utilizando-se os cinco níveis de prevenção de Leavell e Clark, com base na história natural da doença, através de ações no indivíduo ou na comunidade e com limitadas formas de avaliação.

Na fase de avaliação criativa, em nível regional ou nacional, os subcenários sexto e oitavo, podem observar-se como elementos opostos e/ou complementares que se diferenciam somente ao formular os momentos do planejamento estratégico. Isso porque, ambos subcenários, enfatizam as relações inter, intra e indivíduo-organização por meio da participação nas linhas estratégicas e possíveis propostas táticas nos serviços de saúde em nível regional, ou bem na reformulação da estratégia e tática de um novo Programa Nacional de Saúde. A flexibilidade é o fundamento da estratégia, e como diz Beaufre citado em TESTA (1992), “a estratégia é uma manobra destinada a ganhar liberdade de ação”.

Não poderíamos fechar esta análise estratégica do problema organizacional do setor saúde sem assinalar, num contexto geral, a conjuntura que se apresenta na América Latina, em torno dos processos recentes de globalização, que começaram a incidir na região desde o início de 1980 e que conduzem a severas reduções no gasto social dos governos da região. Sem dúvida, este fato se traduzirá numa redução significativa dos níveis de equidade, justiça social e bem-estar, sobretudo no setor social, em matéria de saúde e educação.

No quadro 17 consideram-se as categorias de gasto corrente ou de investimento, a existência ou não de programas institucionais de saúde e o marco da estabilidade ou inflação no panorama monetário, que alteram significativamente o exercício orçamentário e incide com maior ênfase no setor social, sobretudo no setor saúde.

O primeiro subcenário é pouco factível de apresentar-se ao nível estatal, dada à superação do grau de desenvolvimento da tecnologia administrativa.

Quadro 17: Cenário No. 9 - Situação Conjuntural segundo Gasto social, Programa e Situação monetária e sua resultante nos Sistemas de Saúde.

Situação econômica	Gastos	Programa	RESULTANTE
Estabilidade	Diminuição	Sem	Exige a existência de um Programa de exercício com o fim de condicionar os recursos.
		Com	Ajuste ao projeto original, a fim de propor prioridades na alocação de recursos.
	Aumento	Sem	Comportamento institucional pouco observado em muitos sistemas de saúde.
		Com	Cenário de expansão, típico do setor privado que investiu no período de recuperação, sem prever uma volta da crise.
Inflação	Diminuição	Sem	Crise de curto prazo em instituições que não possuem cenários de previsão.
		Com	Ajustes drásticos no gasto programado e nos projetos em exercício.
	Aumento	Sem	Sistemas de alto risco que poderiam entrar em colapso no curto prazo.
		Com	Existência de programas estratégicos que não podem ter interrupção. Sistemas de saúde pública com visão estratégica.

O segundo subcenário prioriza a alocação dos recursos, focalizando, sobretudo os problemas infectocontagiosos e os problemas emergentes que se originam pelas limitadas relações interorganizacionais com outros setores e que tem repercussões no campo da saúde.

O terceiro subcenário irrelevante no campo da administração pública apresenta-se em sistemas de saúde que não estabeleceram programas nacionais. Na atualidade com poucas possibilidades de existir.

O quarto subcenário é típico em certas organizações do sub-setor privado, que para sua subsistência procuram estabelecer relações interorganizacionais com o setor estatal, para resolver os problemas financeiros do momento.

O quinto subcenário, parte da existência da inflação, como um princípio recursivo para diminuir o gasto social em saúde, já que na relação interorganizacional dos setores que compõem o governo, este setor é sempre o mais afetado.

O sexto subcenário descreve uma relação interorganizacional já presente nos diferentes sistemas de saúde da região latino-americana, na qual o programa tem ajustes drásticos ao gasto programado e programas em exercício, seja na infraestrutura, na extensão da produção de serviços, como também na restrição de contratação de recursos humanos e diminuição da pesquisa.

O sétimo subcenário conduz a sistemas de alto risco que poderiam falir em curto prazo, diante dos requerimentos imediatos de previsão e ajuste financeiro, os quais podem buscar uma relação interorganizacional que favoreça a privatização do setor estatal por meio da terceirização, em seu proveito.

O último subcenário descreve programas estratégicos, nos quais existem probabilidades maiores para não sofrer interrupções, por uma formulação adequada do campo administrativo em saúde pública, reconhecido na relação interorganizacional, a qual permitiria apesar da inflação prosseguir, seu trabalho em benefício da sociedade.

O quadro geral resultante dos subcenários é a presença, em curto prazo, de processos críticos onde a instabilidade monetária afetará particularmente os sistemas

com menor nível de previsão para a crise. Não seria difícil prognosticar severas perdas nos projetos estatais e privados, ou ainda, assegurar para estes últimos a resolução de seus problemas futuros, com os conceitos e idéias que contém o denominado pluralismo estruturado (LONDOÑO e FRENK 1995).

As diferentes variáveis apresentadas ao longo destes cenários e subcenários afetarão as instituições do setor saúde que não contem com princípios interativos de alternâncias e uma formulação da administração e planejamento estratégico situacional. No caso que estes sejam formulados com critérios mais de ordem tecnocrata, que de saúde coletiva, as resultantes a médio e longo prazo poderiam ser desastrosas.

Assim, o presente estudo considerou a necessidade de realizar uma análise estratégica examinando os aspectos metodológicos apresentados, em sua relação com os conteúdos de cada capítulo dos Programas nacional e local de saúde, pelo qual nos resultados se encontrará uma articulação entre as unidades primárias da administração pública, detalhadas na revisão da literatura e na metodologia, para ir adequando-as aos Programas na dimensão da teoria da organização equivalente, assim como sua aproximação a seus objetos de estudo, ao tipo de planejamento estratégico relacionado com a EAPS e aos possíveis cenários que foram considerados nos Programas nacional e local, em uma visão linear ou matricial.

6. RESULTADOS

6.1. PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE

Em primeira instância se apresentam os resultados obtidos da análise estratégica do Programa Nacional de Saúde da Secretaria de Saúde (SSa 2001), intitulado Democratização da Saúde no México, o qual se auto-define como um programa que se orienta para um sistema universal de saúde.

Na apresentação desse Programa, o Presidente da República expressou o desejo de constituir um país de oportunidades em todos os âmbitos: com trabalho, educação, equidade desde o nascimento, cura à doença individual, saúde e serviços para a população mexicana.

O Programa Nacional de Saúde faz parte do Plano Nacional de Desenvolvimento (PRESIDENCIA DA REPÚBLICA 2001) do atual governo. Neste Plano se considerou o entorno nacional com suas quatro transições: demográfica, econômica, política e social, como condições de aproveitamento de oportunidades e de previsão de efeitos negativos para uma população de 110 milhões de habitantes da República Mexicana, distribuída em 31 Estados e o Distrito Federal.

O Plano Nacional de Desenvolvimento foi desenhado por meio da participação cidadã, a partir de reuniões e consulta por meios eletrônicos, e considerou três processos; tipo de planejamento, controle, e melhoria organizacional:

- O tipo de planejamento adotado foi o estratégico sob instrumentos e mecanismos de curto, mediano e longo prazo;
- O controle, realizado pelo Sistema Nacional de Indicadores, para uma constante avaliação da estrutura e do processo que permita obter uma melhoria continua, eficaz e adequada, às demandas da sociedade;

- A melhoria organizacional, por meio da capacitação e superação dos servidores públicos, modernizando o processo organizacional em benefício da população, com o uso da tecnologia e da informática.

No capítulo do Plano denominado “México: Para um arranque acelerado”, o Plano descreve as condições de transição demográfica, sociais, econômicas, políticas e os desafios a serem retomados no campo específico da saúde. Para enfrentar os desafios na saúde, o Plano Nacional de Desenvolvimento formula quatro objetivos no campo da saúde (PND 2001-2006):

- Elevar o nível de saúde da população e reduzir desigualdades;
- Garantir um tratamento adequado aos usuários dos serviços de saúde;
- Oferecer proteção financeira em matéria de saúde a todos os mexicanos,
- Fortalecer o sistema de saúde.

Isto transforma o Programa Nacional de Saúde (SSa 2001), na sua introdução, em um componente setorial para a conquista destas aspirações, sob um marco de revisão do sistema de saúde que permita colocá-lo ao alcance de todos os cidadãos, baseado no respeito aos direitos humanos, que possibilite proteger financeiramente o indivíduo, quando é atacado pela doença. Para alcançar estas aspirações três desafios foram identificados: **equidade; qualidade; e proteção financeira.**

A falta de equidade é apresentada, como um problema do subdesenvolvimento e seu resultado na área da saúde é a transição epidemiológica, onde se tem por um lado a superposição das seqüelas em saúde, e por outro lado os riscos emergentes, configurados pelo aumento das doenças não transmissíveis (crônicas), e das lesões, além dos riscos das sociedades industrializadas (da urbanização e dos problemas ambientais).

A qualidade é considerada como a melhoria da saúde através dos serviços, sob as dimensões técnica e interpessoal. A qualidade é um desafio na atenção ambulatorial individual; na problemática dos equipamentos insuficientes e obsoletos

em hospitais terciários; no uso eficiente dos expedientes clínicos e na superação da falta de interesse dos profissionais no manejo e controle das doenças.

A falta de proteção financeira afeta a mais que a metade da população pagante, já que 52% não têm cobertura direta sobre os altos custos do tratamento, utilizando mais de 30% de seus rendimentos para seu custeio, e assim contribuindo para seu empobrecimento.

O programa faz um chamado à democratização, para as potencialidades do indivíduo sadio, sob a idéia que a saúde é um processo complexo composto dos aspectos: genético, local de nascimento, idade, posição social, meio ambiente, hábitos, e acontecimentos inesperados. Isto requer a participação ativa do indivíduo, da sociedade, da atenção em sistemas modernos de saúde, de serviços com qualidade e da promoção da justiça.

Neste componente introdutório (SSa 2001), se formula a problemática da saúde, para a obtenção de um desenvolvimento com oportunidades, sob quatro premissas: a saúde como objetivo do desenvolvimento e da igualdade; a saúde e a educação como componentes principais do capital humano; a saúde como um objetivo social; e a proteção da saúde como um valor para fortalecer o tecido social.

Assim, o Programa expõe o círculo virtuoso entre a premissa do investimento em serviços de saúde eqüitativos, eficientes e de boa qualidade, e o incremento do capital humano, círculo que influirá sobre a atividade econômica e gerará recursos para atender melhor as necessidades em saúde, situando-o como um instrumento que concilie ações estatais e privadas do setor saúde.

Com base nos três desafios estabelecidos, foram formulados cinco objetivos para o programa: em relação à eqüidade, o primeiro objetivo seria o de diminuir as desigualdades em saúde; para qualidade, melhorar as condições de saúde e garantir o acolhimento; e no aspecto financeiro, assegurar a justiça no financiamento à saúde, o que levaria ao quinto objetivo, o de fortalecer o sistema de saúde.

Os componentes chave do Programa Nacional de Saúde se desenvolveram nos seguintes capítulos:

I - Onde estamos? A saúde e os serviços no México.

II - Aonde queremos chegar? O sistema de saúde que México merece.

III - Que caminho seguir? Objetivos, estratégias, e linhas de ação.

IV - Medição de avanços. Prestação de contas como componente do processo democrático.

6.1.1. Capítulo I - Onde estamos? A saúde e os serviços no México

Este capítulo corresponde ao diagnóstico do sistema de saúde, o qual é denominado como o entorno que engloba aos três grandes desafios: (equidade, qualidade e proteção financeira); e as quatro funções do sistema de saúde: (serviços de saúde, financiamento, regulamentação e geração de recursos), como componentes fundamentais do sistema de saúde.

6.1.1.1. O entorno

O componente da dinâmica demográfica, e as transformações do país, com suas tendências à redução da fecundidade, 2,4% no ano 2000, prevêem o envelhecimento da população, e a conseqüente complexidade das demandas sociais para a atenção médica. Outro aspecto demográfico, a distribuição espacial, aponta por um lado a urbanização desordenada, que gera novos riscos para a saúde e o local onde se concentram o recurso médico; e por outro a dispersão populacional cada vez mais acentuada em zonas rurais, e com as características no decréscimo desse recurso.

No aspecto social do entorno, destaca o crescimento dos anos de escolaridade e a participação da mulher na força de trabalho, o que traz mudanças na interação com a prestação de serviços e o impacto que produz nas instituições de saúde, pela diminuição da mão de obra feminina, que participava no cuidado dos doentes em casa.

No aspecto econômico do entorno, se formula a idéia de aproveitar a industrialização do país, como um instrumento para incrementar a demanda da atenção médica ao elevar a renda do trabalhador.

No aspecto político, o Programa estipula a conformação de uma sociedade participativa e crítica que demandará informação, serviços e atenção de melhor qualidade.

Nos avanços científicos e tecnológicos se destacam as pressões que estes exercem sobre o sistema de saúde, na utilização dos avanços da biotecnologia, da informática e das telecomunicações, para ampliar a capacidade, a atenção e a qualidade dos serviços.

Na globalização, aborda as problemáticas do capital, das vias de comunicação, do movimento de pessoas, de estilos de vida, de bens e serviços, do comércio, dos serviços globais, da ruptura das fronteiras e em consequência dos riscos de pandemia.

6.1.1.2 O desafio da Equidade

O Programa aborda a situação da saúde do país nos últimos 30 anos, quando se acumulam as seqüelas em saúde, ao mesmo tempo em que se enfrentam problemas emergentes, como um desafio à equidade. Assim, sobre os problemas com seqüelas se encontram as doenças infecciosas, desnutrição, problema materno-infantil, em um extremo do espectro epidemiológico, presente com maior freqüência nas regiões rural e urbana marginal; considerando-se, neste caso, a pobreza como a causa fundamental de tais fenômenos. No outro extremo, dos problemas emergentes, se encontram as doenças não transmissíveis e lesões, ainda que presentes com maior freqüência nos países industrializados, ocorrem atualmente no país, devido a estilos de vida que afetam a saúde como o sedentarismo, o consumo de álcool e do tabaco, a ausência de segurança pública, a violência familiar e a deterioração das redes sociais,

pelo que o programa propõe a implantação de estratégias antecipatórias e preventivas que incidam sobre tais hábitos.

O Programa descreve às desigualdades regionais e de grupos sociais, onde o pobre tem maiores probabilidades de morrer em idade precoce, de sofrer um maior número de doenças que outros grupos sociais e de ter problemas próprios para os que existem soluções comprovadas e de baixo custo. Assim, se propõem que as intervenções efetivas e acessíveis, do ponto de vista financeiro, seja um assunto que não pode ser postergado.

A dinâmica demográfica, descrita no programa, é superior a sete vezes, no transcurso do século XX, quando passa de 13,5 em 1900 a 97,5 milhões de habitantes em 2000. A taxa de mortalidade geral na população, entretanto, decresce neste período, de 35 para 4,5 por mil habitantes. A taxa de mortalidade infantil, de 200 para 26 por mil nascidos vivos. A esperança de vida aumenta de 40 anos em homens e 42 anos em mulheres, para 73 e 77 anos, respectivamente. A média de filhos passou de 6 em 1976 para 2,4 em 2000; e o uso de métodos anticoncepcionais, em mulheres em idade fértil, apresentou um incremento de 70%. Os fenômenos citados possuem uma alta influência nas condições de saúde e na possível demanda de serviços, que os tornará de maior custo e complexidade; sobretudo se for incluída a necessidade de atenção para 14 milhões de gestantes anualmente.

As principais causas de morte também se alteraram. As doenças transmissíveis e problemas ligados à reprodução, que em 1950 ocupavam os primeiros lugares (50%), são deslocados pelas doenças não transmissíveis e lesões (73 e 13%, respectivamente).

Outros indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde (SSa 2001) são os da incapacidade por danos à saúde. Assim o indicador da esperança de vida saudável (EVISA) mede o número de anos de boa saúde que em média uma pessoa pode viver em uma determinada sociedade; e o indicador de anos de vida saudável (AVISA) avalia a perda em saúde, a qual resulta da soma dos anos perdidos por

morte prematura e os anos vividos com incapacidade física. As principais perdas do AVISA, são atribuídas às doenças não transmissíveis e lesões (25 anos, em média), enquanto que as doenças infecciosas, a desnutrição e as mortes pré-natais, alcançam uma perda de 12 anos.

A desigualdade nos danos à saúde, aponta para a distribuição das condições de saúde e o desempenho do sistema e neste aspecto o país mostra um mosaico de desigualdades internas. Em regiões de alto desenvolvimento os perfis são similares a países industrializados (18 mortes por mil em menores de 5 anos) e em regiões empobrecidas se assemelha aos países em desenvolvimento (30 mortes por mil), diferenças acrescentadas nos últimos anos em 55%.

As doenças evitáveis ou com seqüelas e suas intervenções são de baixo custo, em tanto que a desnutrição constitui uma constatação distintiva e irreversível da pobreza. Assim, o Levantamento Nacional de Nutrição em 1999, assinalou que 18% dos menores de 5 anos possuíam uma estatura abaixo da ideal e o retardo no crescimento foi três vezes mais freqüente em zonas empobrecidas do sul do México e quando comparadas com regiões altamente desenvolvidas do norte do país, foi quatro vezes maior.

As doenças respiratórias e diarréicas produziram 100 milhões de consultas por ano, equivalentes a 30% da demanda da consulta total na população doente. A tuberculose ocupa o 19º lugar na lista das principais causas de morte, e se encontra associada à diabete Mellitus, AIDS desnutrição, e alcoolismo; o inadequado manejo do problema tem favorecido a aparição de cepas resistentes, o que o constitui um problema de natureza central.

A mortalidade materna, outro problema de saúde pública, relaciona-se com a cobertura e qualidade dos serviços. Sua tendência nacional é estável em 5,1 por 10 mil nascidos vivos, mas a região sul do México, sobretudo os municípios indígenas, apresenta uma situação grave, 28,3 por 10 mil nascidos vivos. A atenção ao parto, que em instituições públicas é de 6 em cada 10 partos, nos municípios indígenas é

apenas 2 em cada 10 partos. Os problemas pré-natais constituem prioridade sanitária, já que a maior parte das mortes se apresentou durante a primeira semana.

A taxa de câncer cérvico-uterino, em 2000, foi de 19,4 por 100 mil mulheres de mais de 25 anos, e tende a crescer com a idade, sendo o agravo mais comum entre os tumores malignos e a primeira causa de morte. Pelos avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento, não é aceitável nenhuma morte.

Por último, o problema das seqüelas na saúde derivadas de desastres naturais é difícil de ser enfrentado, pelas condições inadequadas do meio e pelo maior número de mortes entre a população indigente.

No outro extremo da polarização, as doenças emergentes – cerebrais, neoplásicas, diabéticas, hepáticas e cardiovasculares - concentram 52% das mortes no país, deslocando às doenças transmissíveis. As doenças do coração concentraram 16% das mortes e a cardiopatia isquêmica representou 63% destas. O crescimento das mortes por tumores malignos foi de 12%, a diabetes alcançou 10%, a cirrose hepática teve uma taxa de 11,5 por 100 mil habitantes e 9% das mortes e espera-se um aumento pela incidência de hepatite B e C, daí sua importância na vigilância epidemiológica.

Com relação à AIDS, se encontraram 64 mil casos detectados, além de estimativas de aproximadamente 177 mil pessoas portadoras do HIV, apesar dos sub-registros devido ao estigma e discriminação. Este problema ocupa o 16º lugar como causa geral de morte, passando para o 4º lugar entre a faixa etária de 25 a 34 anos, e o 7º lugar entre mulheres.

O Programa refere-se aos hábitos como o tabagismo, como risco para a saúde, com uma prevalência de 32% em grupos etários de 18–65 anos. O álcool é outro fator de risco, relacionado diretamente com a cirrose hepática e indiretamente com lesões acidentais e intencionais e, em grau menor, nas mortes por câncer da boca, esôfago, estômago e pulmões. Os dados do Estudo Nacional de Consumo de

Drogas, em 1998, mostraram 12% (3 milhões de pessoas) da população masculina, com síndrome de dependência ao álcool e 0.6% (150.000) mulheres consumidoras, com uma perda de mais de um milhão de anos de vida saudável, sendo que o meio rural apresenta 80 mil anos a mais que o meio urbano.

A obesidade (índice de gordura corporal maior que 30), está associada com risco alto para contrair doenças crônicas, como por exemplo, diabetes, doença cardiovascular e hipertensão arterial, entre outras. De acordo com o Estudo Nacional de Nutrição, em 1999, 30,8% das mulheres em idade reprodutiva apresentaram sobrepeso, e 21,7% obesidade.

Outro elemento da equidade, as vias públicas são consideradas como o espaço que condensa uma gama de fatores de risco para a saúde da população, entre as quais as lesões acidentais que, nos anos 90, representaram a morte de 60 mil pessoas por ano. Assim, a carga de doença por lesões aponta que, o risco de perder um ano de vida saudável, é duas vezes maior no México que em países industrializados.

6.1.1.3. O Desafio de Qualidade

O segundo desafio refere-se à qualidade do sistema de saúde, como uma premissa que contribuirá com o melhoramento da saúde da população, por meio de uma resposta adequada às expectativas dos pacientes; propondo um sistema de saúde sob um marco democrático e uma organização técnico-científica.

O Programa menciona que, o problema maior para o sistema de saúde, é a percepção negativa da população mexicana, tanto nos aspectos técnicos como no acolhimento do tratamento. O estudo do “Diagnóstico Basal de Qualidade”, 1997-99 (SSa 2001), mostra que nas unidades de atendimento primário e secundário (1952 centros de saúde urbanos e rurais e 214 hospitais estudados), existem problemas de abastecimentos de medicamentos, de equipamentos e no uso deficiente dos expedientes clínicos, com uma aderência menor a 50% da normatividade dos

programas prioritários. Na área hospitalar o equipamento é obsoleto e insuficiente, com pouca propensão às normas e domínio dos programas. O nível de satisfação dos prestadores de serviço foi menor que 40%.

A “Comissão Nacional para Certificação de Hospitais” (SSa 2001), avaliou apenas 13% dos quatro mil hospitais, em todo o território mexicano, o que significa que em 87% destes, não se têm elementos sobre a existência de requisitos básicos que garantam uma atenção adequada. No setor privado, de três mil unidades hospitalares, apenas 2% solicitou certificação, e obtiveram uma qualificação de 75%, similar à obtida pelos hospitais da Secretaria de Saúde, entretanto menores que a dos Hospitais do “Petróleo Mexicano” (PEMEX).

O segundo “Estudo Nacional de Satisfação com os Serviços de Saúde” (SSa 2001), realizado pela Fundação Mexicana para a Saúde, no ano 2000, em uma amostra de 1500 pessoas, revelou em relação às prioridades do governo que estas devem ser: diminuição do desemprego, prioridade da segurança pública, melhoria dos salários, da educação, e dos serviços de saúde. Sendo acrescentado nos dois últimos, a necessidade de mudanças fundamentais para minorar os altos custos e as deficiências de recursos e infra-estrutura em saúde, expressado pelas pessoas que utilizaram os serviços hospitalares.

No estudo, os serviços de atenção ambulatorial têm um grau aceitável de satisfação, o que não acontece com os serviços de urgências, onde se reporta 60% de insatisfação. Para 65% das pessoas, tanto os serviços estatais como os privados, melhoraram a atenção ambulatorial e para o resto não. Pelo contrário, em alguns casos até piorou. O problema se suscita com maior frequência na região sul do país, entre a população de pouco acesso, especialmente na atenção domiciliar, e com as mulheres não pertencentes à previdência social. Estudiosos do ramo dos direitos humanos percebem na utilização dos serviços a falta de respeito aos usuários, principalmente às mulheres, grupos indígenas e pobres, assim como maltrato e escasso apoio nos hospitais, pelas suas redes sociais.

6.1.1.4. O Desafio da Proteção Financeira

Este terceiro desafio no Programa indica que um sistema de saúde moderno deve garantir esquemas de financiamento justos, que proteja a toda a população contra gastos exorbitantes por motivos de saúde. Neste sentido, o sistema de saúde mexicano apresenta um desempenho inadequado, já que uma alta proporção da população não conta com nenhum tipo de seguro e suas despesas representam 50% do gasto total em saúde. Segundo o Instituto Nacional de Estatística e Geografia a população pobre, que compreende as classes 1, 2 e 3, é a que, em sua maioria incorre em gastos onerosos.

O Programa considera que a saúde é um dos meios para combater a pobreza e só a segurança da atenção sem a injustiça do pagamento, pode evitar o empobrecimento da população e oferecer segurança ao médico no aspecto financeiro.

a) As Funções do Sistema

Prestação de serviços

A primeira função, “prestação de serviços”, descreve o sistema de saúde pública no México em seus 60 anos de experiência. Assim, em 1943 surge a Secretaria de Salubridade e Assistência (SSA), o Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) e o Hospital Infantil do México (HIM), denominados como a primeira geração de reformas em saúde. A divisão entre a população com direito a previdência social e a população sem este direito, é um hiato importante, presente desde a criação do sistema.

Na década de sessenta surge a segunda geração de reformas, a qual busca a construção de um sistema nacional de saúde com ênfase na atenção primária, com a idéia fundamental da ampliação da cobertura. A criação do IMSS-COPLAMAR a zonas rurais e o PASPMGU para zonas urbano-marginais, surgem como inovações

importantes, ainda que se prossiga com a persistência da dualidade entre previdência social e assistência pública.

Em 1983 se promulga a “Lei Geral de Saúde”, que reconhece constitucionalmente o direito à proteção da saúde e se inicia, ao mesmo tempo, a descentralização dos serviços de saúde pública, assim como um processo de modernização administrativa, apoiado pelas políticas de formação de recursos humanos e impulso à pesquisa. A resistência da população com a previdência social para esta mudança estrutural, assim como os cortes orçamentários do governo são os motivos que obstruíram, até 1995, a descentralização dos serviços da Secretaria de Saúde, atingindo somente 14 estados da federação.

Em consequência, para superar os atrasos e as reformas se adaptarem as transformações do país, é formulada a terceira geração de reformas, que substitui o velho modelo vertical e segmentado, pelo modelo universal, participativo e plural. Este modelo tem sua origem no denominado pluralismo estruturado (LONDOÑO e FRENK 1995).

Em relação aos modelos de prestação de serviços, o sistema de saúde conta com três grupos: o primeiro inclui às instituições que oferecem atenção à população sem seguro (40% da população, moradores nas áreas rural e urbana e considerada a mais pobre), a cargo da Secretaria de Saúde (SSa) e do programa IMSS-Solidariedade; o segundo grupo compreende a previdência social, com uma cobertura de 50% da população, das quais o Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) e o Instituto de Seguridade Social a Serviço dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE) são os mais representativos, e atendem aos trabalhadores manuais e aos funcionários públicos, respectivamente. O terceiro grupo corresponde aos prestadores de serviços que trabalham sob uma base lucrativa (prática privada), que atendem um 10% da população.

De acordo com o Levantamento Nacional de Saúde, 28% da população sem previdência social e 21% da população com previdência social, citaram como sua última fonte de atenção individual ambulatorial, um prestador de serviços privados.

Pela avaliação dos serviços prestados pelo setor estatal, observou-se a geração em 1999, de 246,2 milhões de atividades diretas e 189 milhões atividades auxiliares de diagnóstico. Porém os serviços estão mal distribuídos no país, já que a região sul, área de maior pobreza e densidade populacional, conta com menos de 50% dos serviços.

Um aspecto observado no setor hospitalar é a porcentagem de ocupação: a SSA têm uma ocupação dos leitos de 62%, e o IMSS de 84%. Em relação ao número de consultas diárias por médico, a média é de 7,9 para o setor estatal, correspondendo 6,3 para a SSA; 5,8 para o ISSSTE; e 12,2 para o IMSS. Por último, o número de intervenções cirúrgicas é de 2,8 ao dia, para todo o setor estatal.

Financiamento

Na segunda função, “financiamento”, relata-se que os recursos destinados ao sistema de saúde representam o 5,6% do Produto Interno Bruto - PIB (23 milhões de dólares), dos quais 2,5% correspondem a recursos estatais e 3,1% a recursos privados. Neste sentido, o México tem um percentual menor de gasto em saúde que países como Argentina, Brasil, Chile, Uruguai, e ainda muito menor que países industrializados.

Os recursos do setor público provêm de três fontes: a SSA é financiada pelo orçamento federal e a contribuição do usuário; o IMSS pelas contribuições de empregados, empregadores e governo federal; o ISSSTE pelos servidores públicos e o governo federal.

O gasto em nível estadual (31 entidades federativas), é mínimo (3% do total), com casos extremos no sul e centro do país. O mesmo acontece com o gasto por município. Em 1996 foi estabelecido um acordo de distribuição de recursos, da

federação para os estados, em base às necessidades de saúde, mas como o montante excedente foi pouco, considera-se que o caminho da equidade é lento. Uma característica do gasto público é sua concentração na atenção curativa, sobretudo nas especialidades, assim de 69 a 75% do orçamento das instituições é absorvido pelos hospitais de segundo e terceiro níveis.

Referente à situação atual do sistema de saúde, o Programa revela que é ineficiente e insatisfatório, o que obriga a uma alta porcentagem das famílias, que pagam impostos, a contribuir com a previdência social e ao mesmo tempo utilizar os serviços privados.

Geração de recursos

Nos últimos 25 anos do século XX, observa-se um comportamento irregular na formação dos profissionais em saúde. Na década de 70 se criam 25 faculdades de medicina, triplicando o número de egressos com um alto grau de desemprego; na década de 80, sob políticas de controle, se estabiliza a matrícula; mas na década de 90, esta volta ao crescimento, motivo pelo qual na atualidade o mercado de trabalho é novamente pressionado; e observa-se também que o número de especialistas diminuiu.

A contratação de novos profissionais em saúde tem sido insuficiente, em 1999 o 27% de médicos e o 43% de enfermeiros se encontravam desempregados, sendo este número três vezes maior entre as mulheres. Ao redor de 135 mil médicos e 184 mil enfermeiros se encontram contratados pelo setor estatal e 63 mil médicos pelo setor privado, o que representa uma taxa de dois médicos por mil habitantes; mas ainda, sua distribuição é desigual em nível nacional, assim o sul do país tem uma proporção de 0,8 médicos por 1000 habitantes, contra 2,5 na região norte e 0,13 nas zonas indígenas.

Os recursos materiais de infra-estrutura indicam que de um total de 1.434 hospitais 69% são do setor estatal; de 93.408 leitos e 19.703 clínicas e centros de

saúde, 82% e 88% respectivamente correspondem ao setor estatal. Em relação aos recursos humanos, de um total de 162 mil médicos e de 213.629 enfermeiros, 79% e 86% respectivamente, trabalham no setor estatal. Esta concentração é maior em zonas urbanas.

A indústria farmacêutica mexicana ocupa o décimo quinto lugar, em volume de produção, no mundo. Em 1998 realizou vendas de cinco bilhões de dólares, das quais 20% para o setor estatal, sobretudo para serviços da seguridade social. O gasto médio em medicamentos em 1998, em nível privado foi de 10 dólares, correspondente a 55% das famílias que consumiram algum tipo de fármaco, nas duas últimas semanas.

O gasto público em pesquisa em saúde, segundo o Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia (CONACYT), representa o 2,3% do gasto total nesse ramo, e 0,01% do Produto Interno Bruto (PIB) e ainda 0,45% do gasto total em saúde. As cifras citadas indicam que os padrões mínimos propostos pelos organismos internacionais (0,1% do PIB e 1,5% do gasto público em saúde para o desenvolvimento da pesquisa), não são alcançados. O interessante, apesar dos recursos limitados, é que metade da produção científica nacional foi realizada pela área biológica. Um problema é sua concentração institucional, geográfica e disciplinar.

O setor estatal, nas zonas metropolitanas, desenvolve na sua maior parte, a pesquisa biomédica e clínica, não a pesquisa em saúde pública, a qual se encontra relegada apesar de seu alto impacto. Em consequência, se menciona a necessidade de uma sistematização e fortalecimento de mecanismos para incorporar os resultados desta pesquisa, aos campos da docência, da prática clínica e das atividades de saúde pública.

O sistema de informação foi criado na década de 80, através do Grupo Interinstitucional de Informação, constituído pelo setor estatal em saúde, o setor de informação estatal e o setor de políticas da população, que conta com quatro

subsistemas: população e cobertura; recursos; serviços; e danos à saúde. Assim, o que existe é um conjunto de subsistemas estrutural e funcionalmente desconexos entre si, desvinculados do aparelho administrativo do setor estatal e ainda mais, sem contar com a coleta de dados do setor privado, apresentando falhas para análises mais precisas.

Normatização

A normatização, quarta função do sistema, diz respeito às atividades de regulamentação sanitária dos produtos, bens e serviços e dos aspectos econômicos que tem um impacto na saúde. Neste sentido, o Programa afirma que passou da ação de autorizações para um controle administrativo, de forma aleatória por meio da vigilância sanitária; até chegar à emissão do Regulamento de Controle Sanitário de Serviços e Produtos, (aproximadamente 50 Normas Oficiais Mexicanas), que propiciam um arcabouço jurídico. Ainda assim, existe atraso na regulamentação de agroquímicos.

A regulamentação das atividades de atenção à saúde tem ficado em mãos de organismos não governamentais. Assim das 78 Escolas de Medicina existentes no país, a acreditação é feita pela Associação Mexicana de Faculdades de Medicina, formada por 54 instituições, 69% do total, das quais só 23 estão acreditadas, ou seja, 42%. Das escolas de enfermagem, 300 no país, só 5 são acreditadas, ou seja, 1,7%.

Desde 1943 as licenças profissionais de saúde são de responsabilidade das Instituições de Educação Superior e da Direção Geral de Profissões da Secretaria de Educação Pública. A certificação de médicos gerais é feita pelo Conselho Nacional de Medicina Geral, e a de especialistas sob a coordenação das Academias Nacional de Medicina e Mexicana de Cirurgia. Tarefa pendente é a regulamentação dos praticantes da medicina alternativa, que como uma prática informal está situada fora das políticas do governo.

Os mecanismos para regulamentação dos medicamentos têm sido comprovados como eficazes, mas falhas existem, com respeito à informação (bula) para os consumidores e seu uso racional, assim como dos medicamentos e da tecnologia utilizados pela medicina alternativa.

A cultura da avaliação não tem sido incorporada ao sistema de saúde, ainda que existam sistemas de avaliação do desempenho em nível estadual e em certos programas em nível nacional.

Para a proteção dos pacientes foi criada a Comissão Nacional de Arbitragem Médica (CONAMED) que contribui com as soluções de controvérsias entre usuários e fornecedores, com uma arbitragem de 22 mil casos desde sua fundação, e com um desempenho aceitável, espera-se avaliar a qualidade da atenção, a satisfação dos usuários, ampliar a participação das mulheres no Conselho e promover a criação de comissões estaduais.

Ao realizar a análise estratégica, neste capítulo introdutório, sugere-se que, no marco de suas políticas institucionais, assim como nas suas formulações teóricas, podem ser encontradas as unidades de análises primárias (relações inter, intra e indivíduo-organização), e os vetores normativos do campo da administração pública e em consequência situar-se em alguma das teorias da organização.

A análise estratégica destaca a importância no manejo da relação interorganizacional no Programa, a qual está presente nos cinco componentes do entorno (demográfico, social, econômico, político, avanço científico e globalização), assim como a relação intra-organizacional representada pela medicalização (atenção biomédica tradicional), e a possibilidade de uma maior demanda desta, atribuída aos seguintes fatores: distribuição demográfica espacial, aumento da população idosa, maior grau de instrução dos usuários, qualidade dos serviços oferecidos, aumento do conhecimento científico e pela globalização.

Assim, ao analisar o componente do entorno, no seu desafio demográfico, com relação ao quarto subcenário do cenário 1, “população, meio e sistemas de saúde”, quadro 4, proposto na metodologia, observa-se um manejo reducionista do Programa, em que predominam visões lineares, que só abordam a concentração urbana e a dispersão rural. Assim também com relação ao terceiro subcenário do cenário 2 “perfis do processo saúde-doença e sistemas de saúde”, quadro 10, o Programa se reduz apenas a um elemento linear da complexa problemática interorganizacional do fenômeno demográfico, que em uma avaliação interna pode considerar-se como uma debilidade (D) do sistema.

Já ao analisar os componentes econômicos e políticos do Programa, que levam em consideração a relação entre indústria e renda, na economia, além da participação social para chegar do político à qualidade (relação interorganizacional), e ambas convergindo (relação intra-organização) em um só componente da prática profissional (a atenção médica), pode considerar-se como uma fortaleza (F) do sistema.

Os desafios científicos e da globalização voltam-se para o campo das relações interorganizacionais do setor saúde no conhecimento e no impacto que tem sobre a atenção e qualidade dos serviços (relação intra-organizacional), o que levaria a uma mudança do paradigma para a qualidade, considerando-se esta possibilidade como uma fortaleza (F) do sistema.

Ao analisar o conteúdo programático, observa-se um modelo de medicalização artesanal do setor saúde, com ênfase na cura da doença em nível individual, transladando as técnicas da prática privada ao sistema de saúde estatal; o qual leva à idéia de uma programação normativa na atenção médica, altamente individualista, com tempos e movimentos estabelecidos (resposta intra-organizacional) oferecida a indivíduos que pertencem a diferentes contextos e grupos sociais, típica do campo da teoria administrativa neoclássica, este tipo de prática pode considerar-se como uma ameaça (A) externa ao sistema.

Assim se pode estabelecer que o planejamento estratégico utilizado nestes componentes do primeiro capítulo, tem como elemento de trabalho prioritário a relação interorganizacional, em um campo teórico que poderia denominar-se de tipo economicista e com uma tendência ao postulado de bem - estar, quando formula que a saúde incide no desenvolvimento e equidade, como um componente do capital humano. A premissa fundamental seria treinar, preparar e estabelecer a concorrência para participar no campo da saúde; utilizando duas políticas que tem sido desenvolvidas e aplicadas, em épocas passadas, em sociedades centrais do bem-estar, para o desenvolvimento do capital humano: a política de estímulos e a política de pleno emprego (WAGNER 1999).

Ao formular a relação da organização com a sociedade o Programa estabelece uma série de rumos dirigidos para a democratização do sistema de saúde, por meio da participação ativa dos usuários, e em consequência define outro elemento do campo da administração pública: a relação indivíduo-organização. Existe em vários pontos uma aproximação a essa relação (usuários e trabalhadores da saúde e organização), ainda que apenas, considerada por meio de uma participação virtual, ou pela participação de especialistas em fóruns de saúde, com o qual a organização regula esta relação.

Neste documento, na sua introdução, encontramos a presença dos vetores normativos de eficiência e efetividade, focados do ponto de vista da teoria de sistemas, onde o círculo virtuoso para a medição destes vetores, se fundamenta nas forças do mercado, tal como se estabelece no Informe sobre a Saúde no Mundo (OMS 2000), quando estabelece que os sistemas de saúde não são diferentes a outros sistemas sociais; e assim, sua regulamentação no mercado para seu melhor desempenho (produtividade dos bens e serviços), servirá para melhorar o capital humano, como uma posse inalienável do indivíduo.

O objeto de estudo-trabalho citado na introdução é a doença, e sua resposta é oferecida através de uma prática profissional que gira ao redor da prática biomédica tradicional, situada na categoria econômica artesanal e individual com ênfase na

cura. Neste sentido a relação intra-organizacional se encontra ligada, com maior ênfase, ao elemento médico e às diferentes formas de abordagem dos problemas pessoais de cura individual.

Em uma segunda posição se encontra o objeto de estudo-trabalho saúde, formulado sob o paradigma da multicausalidade, sem estabelecer os condicionantes socioculturais destas relações de interorganização. O termo aparece, sobretudo, isolado quando se formulam os três desafios e os cinco objetivos.

Um componente importante é a descrição dos primeiros quatro capítulos em que se divide o programa. O capítulo 1 (**onde estamos?**) pode ser posicionado no momento explicativo descrito por MATUS (1987), ou em dado momento do diagnóstico do planejamento estratégico-empresarial, com suas formulações da matriz DAFO, caracterizadas nos três desafios do sistema, (tanto internos como externos) e nas quatro funções do mesmo.

O segundo capítulo (**aonde queremos chegar?**) caracteriza alguns conteúdos do momento normativo de MATUS (1987), principalmente quando formula a missão; ou ainda se pode situar no planejamento estratégico empresarial, de acordo com MAXIMIANO (2002) e OLIVEIRA (2004) quando formula a missão, a visão e os valores da organização.

O terceiro capítulo (**que caminho seguir?**) contém aspectos do momento normativo e outros do momento estratégico do planejamento estratégico situacional; mas também pode ser enquadrado no planejamento estratégico empresarial (MAXIMIANO 2002 e OLIVEIRA 2004), pela definição de objetivos, estratégias e linhas de ação.

O quarto capítulo (**medição de avanços**) responde às formulações de eficácia, eficiência e desempenho do sistema de saúde, de acordo com o planejamento estratégico empresarial e a da avaliação do desempenho utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS 2000).

Nas entrevistas mantidas com os representantes da Secretaria de Saúde, estes expressaram que os quatro capítulos do programa foram criados, a partir da discussão, pelos grupos de trabalho que formularam o Programa e que capítulos.

...“Não saíram de nenhuma literatura, de fato foi muito bem recebido na área de planejamento estratégico da Presidência da República, porque assim se estruturaram todos os programas setoriais do país. De fato o nome do informe anual da Presidência a ser apresentado no dia de hoje tem um título parecido, onde estamos, ou algo assim. Foi algo que vem nessa chuva de idéias, assim se articulou. Ao Secretário lhe interessava muito introduzir a componente mensuração no Programa, era uma novidade em um programa setorial, que apenas explicara o que se iria fazer, assim como também como se iria medir, isso foi parte da discussão; e o que se colocaria primeiro, se o diagnóstico (onde estamos) e ao final aonde vamos, ou bem primeiro onde queremos chegar e logo de onde partimos”....

Entretanto pode-se refutar esta afirmação de não ter sido influenciados por nenhuma literatura, resgatando o que Heclo (1985) disse ao se referir ao estabelecimento das políticas, que estas tendem a não evolucionar quando se utiliza como meio de mudanças o marco ou paradigma auto-reflexivo, descrito como “mudanças na autoconsciência”, que implicam perguntar-se sobre: **“onde estamos?”**, **“por que estamos aqui?”** e **“aonde vamos?”**. Termos similares aos empregados nos três capítulos iniciais do programa nacional, o que permitiria considera-lo no paradigma da “mudança na autoconsciência”.

HECLO, segundo WAGNER e col. (1999:335), considera que estes marcos dos paradigmas são difíceis de avaliar, apesar de que organizam os pensamentos e ações, para tornar realizável aquilo que pretendemos. No caso do Programa nacional, os cursos de ação de programas desenvolvidos durante gestões anteriores no setor saúde, como veremos na descrição das estratégias, linhas de ação e programas específicos, são retomados pelo programa atual, ainda quando seu marco de referência se encaminhe para o pluralismo estruturado.

Esta condição do marco ou paradigma para a mudança pode trazer ou não controvérsias, uma vez que podemos falar de marcos sem nenhuma mudança política

ou de políticas sem a eleição de um marco. Neste caso é necessário buscar no marco das políticas mais gerais, por exemplo, as governamentais como o Plano Nacional de Desenvolvimento (2001), e as internacionais como a proposta da OMS (2000), em que terrenos políticos neoliberais elas se encontram e os diversos fatores globalizadores que as explicam, assim como as diferentes formas de ação em que se desenvolvem (funções do sistema) o que se considera como pluralismo estruturado.

Neste contexto, encontramos também uma relação do Programa com o planejamento estratégico empresarial, nas fases de elaboração e implementação da metodologia. Nesta abordagem se observam duas possibilidades: a primeira, definir na empresa como um todo “aonde se quer chegar” e depois estabelecer como a “empresa está para chegar à posição desejada”, e a segunda, definir “como se está”, para estabelecer “aonde se quer chegar”. O Programa se aproxima mais a esta segunda posição.

Ao analisar os três desafios do entorno, observa-se que as relações inter/intra e indivíduo-organização afloram no desafio da Equidade, quando se descreve a transição epidemiológica e as desigualdades regionais, ou ainda, a dinâmica demográfica e os danos à saúde, com seus tradicionais indicadores de desigualdades.

Observa-se uma causalidade linear entre o problema da doença e a pobreza, a luz da relação interorganizacional entre os aspectos da transição epidemiológica e os grupos populacionais pobres. O programa estabelece como solução a mudança de hábitos, sem considerar a complexidade do contexto social da pobreza.

A abordagem, relacionada aos cenários desenvolvidos sobre o “perfil do processo saúde-doença e sistema de saúde”, cenário 2, quadro 10, se limita a um só componente do problema - a doença - (variáveis biológicas: idade e sexo); assim, as condições do problema se restringem ao diagnóstico tradicional (epidemiologia de pessoa, tempo e lugar), e em consequência a resposta é a oferta de serviços regulada pela atenção clínica de tipo individual-artesanal. E essa visão leva o sistema de saúde a um marco de operações desastrosas.

A decisão de dividir o problema de agravos referentes a seqüelas de doenças e doenças emergentes, reduz seu enfrentamento a uma prática fragmentada e individual em diferentes níveis de assistência e em especialidades, esquecendo que é um processo que contém aspectos sociais, culturais, físicos, biológicos, psicológicos e ambientais, articulados e dialógicos que condicionam o aparecimento do processo saúde-doença na sociedade.

O vetor normativo mais utilizado na equidade é a eficiência, considerando seu impacto na parcela pobre da população; e regulando o problema, através da focalização nas doenças mais prevalentes, oferecendo os denominados pacotes básicos de assistência.

A análise estratégica do segundo desafio, qualidade adota o vetor normativo da eficiência e eficácia, (sobretudo quando formula a teoria democrática) como um compromisso do processo justo entre os direitos individuais, dos grupos e do governo, que levarão à equidade. Neste sentido, a teoria da organização considera que a teoria de sistemas leva em conta a relação intra e indivíduo-organização, encravada na idéia da liberdade individual, na qual existe um sentido de equidade, onde cada indivíduo deve ser tratado diferentemente de acordo com as suas condições e recursos (HARMON e MAYER 2001).

O desafio da qualidade é concebido como o elemento base para a mudança do sistema de saúde, e desde a análise estratégica pode ser situado em uma organização sistêmica racional baseada na ciência-técnica, considerada na relação inter e intra-organizacional da atenção hospitalar e ambulatorial; assim como nas relações indivíduo-organização, através do grau de satisfação na assistência individual, com tendência para o modelo biomédico tradicional.

A qualidade considerada pelo Programa em estudo, compreende os aspectos técnicos e de acolhimento dos serviços e traz a idéia de mudança do marco de atuação do sistema de saúde, sem levar em consideração as tendências anteriores e atuais das dimensões organizacionais do mesmo, de seu tipo de objeto estudo-

trabalho e da prática profissional; e nesta escala, relacionado com o decréscimo do financiamento estatal e em consequência com a perda de recursos humanos, materiais e estruturais, resultado do ajuste do orçamento no setor social do país.

Esta última questão é considerada no cenário sobre a “situação conjuntural segundo gasto social, projeto e situação monetária e seu resultante no sistema de saúde”, (cenário 9, quadro 18) e no cenário 4, “comportamento dos recursos financeiros, de infra-estrutura e humanos no sistema de saúde e seus marcos de operação” (quadro 12), onde se estabelece a problemática do decréscimo dos recursos no gasto social, em nível nacional, o que leva à situação precária do sistema de saúde, vista como outra debilidade (D) do sistema.

No terceiro desafio, “proteção financeira”, aparece as relações inter, intra e indivíduo-organização do campo da administração pública, já que se estabelece na universalização do sistema de saúde, uma relação de integração com o mercado do setor saúde, sob a idéia do melhor desempenho administrativo, por meio de um serviço oportuno e apropriado. A relação entre o prestador do serviço e o indivíduo ou sua família, é estabelecida sob sua capacidade de pagamento e o tipo de atividade a ser prestada.

Assim a forma de obter a atenção em nível ambulatorial (individual) e hospitalar (individual), tem sua base na idéia de pagamentos antecipados, regulando as diferentes formas de avanço do sistema para uma economia de mercado, e levando em conta apenas a área médica.

O desafio financeiro nesta análise estratégica permite aproximar a relação interorganizacional entre o setor estatal e o privado no estabelecimento do seguro popular no tocante às classes menos favorecidas que não possuem previdência social, com uma participação ativa do governo na formação de uma bolsa de financiamento estatal. A normatização seria a função principal da Secretaria de Saúde, dividindo as funções de financiamento e prestação de serviços, bases do pluralismo estruturado, como se anota no terceiro capítulo deste Programa.

A noção de saúde descrita, a garantia da assistência, o alívio da carga financeira da população e a garantia de renda para o médico, permitem situar o Programa na teoria de sistemas com forte tendência para a teoria organizacional de mercado.

Nesta aproximação se nota a íntima relação existente entre os desafios de qualidade e de proteção financeira, que levam consigo a resposta à problemática atual dos sistemas de saúde que segundo o Programa, pela incapacidade do setor estatal em resolver a situação de saúde em nível nacional se considera que é indispensável transformar o sistema em uma gerência de mercado ou “administration care”.

Ao analisar a primeira função do sistema (prestação de serviços), observa-se que as relações do campo da administração pública se encontram presentes, com maior importância nas relações interorganizacionais que se dão entre grupos com direitos à previdência social (trabalhadores da indústria e burocratas) e os grupos sem previdência social, e em que se pretende universalizar o atendimento, sem considerar o contexto histórico em que foi concebida a separação no início da industrialização, para garantir mão de obra sadia e evitar ausência e perdas nas fabricas.

Na prestação de serviços, como um componente da prática profissional integral, só é considerada o aspecto político na sua visão formal – público e privado – como a única categoria reconhecida legalmente pelo Estado para dar resposta ao problema da doença. Esta prestação de serviços, em forma isolada, denota que não existem categorias internas, ou eixos, que articulem os componentes de uma prática profissional integral, em consequência as relações inter, intra e indivíduo-organização não são consideradas.

Ao mesmo tempo, observa-se que a avaliação da produção dos serviços é feita sobre ações individuais, no nível ambulatorial e hospitalar, ações que são produzidas em sua maior parte, do ponto de vista de uma categoria econômica de tipo artesanal em nível individual. Em consequência, este tipo de avaliação

economicista de ações de saúde não permite conhecer a situação e o benefício total da cura que permita a melhoria da saúde da população.

Na segunda reforma do sistema de saúde, procurou-se construir um sistema nacional com um enfoque economicista baseado na Atenção Primária à Saúde, como um nível de assistência para ampliar a cobertura, sem usar o termo estratégia, similar às formulações apresentadas no Reporte da Saúde no Mundo (OMS, 2000), que a denomina como “atenção primária primitiva”. Neste sentido a EAPS, parece ser que nunca foi compreendida.

Na análise estratégica da segunda função, “financiamento”, pode-se notar que a relação interorganizacional do setor saúde, não é de alta prioridade para o Estado, configurada pela sua mínima participação no PIB nacional, situação que persiste e se agrava nas relações do setor saúde com os diferentes níveis do governo estadual e municipal.

Assim também se pode notar que a relação intra-organização é regida pela idéia de cura da doença na suas últimas etapas, em nível hospitalar, já que absorve mais de 70% do orçamento, e onde a especialização médica é a base do “que fazer” profissional em saúde pública.

Por último, na relação indivíduo-organização se retoma a formulação do pagamento aos serviços privados do bolso dos contribuintes, como um elemento chave na formulação das possíveis soluções, tal como é o pagamento do seguro popular.

Na análise estratégica da terceira função, “geração de recursos”, se encontra as relações inter, intra e indivíduo-organização refletidas no campo da geração de recursos, seja humano, da indústria farmacêutica ou da pesquisa, com os problemas financeiros e os enfoques no seu desenvolvimento, o qual permite concluir que a relação interorganizacional da administração pública, não tem sido percebida na articulação da prática profissional integral no sistema de saúde.

Assim, chega-se a compreender que tais relações não têm impacto nas instituições formadoras de recursos humanos, sobretudo quando se cita o caso do crescimento dos grupos profissionais de médicos-enfermeiros. No caso das especialidades, o seu decréscimo deve ser considerado como um problema de contratação negativa no nível terciário ou bem do objeto de estudo-trabalho prevalente e as possíveis mudanças para um novo tipo de prática profissional necessária para uma nova saúde pública. Neste contexto, a formação do recurso humano deverá estar de acordo com o desenvolvimento atual do conhecimento, para novas áreas interdisciplinares, que possibilitem nas novas relações inter, intra e indivíduo-organização, evitar a tendência para a hiper-especialidade.

E inquestionável que a visão de avaliação quantitativa sobre o ingresso e contratação de recursos humanos, nos diferentes sub-setores e níveis, analisada em uma relação intra-organizacional, incline-se para o campo médico e paramédico, o qual demonstra novamente a tendência para a medicalização da saúde pública. Isto tem certa relação com o cenário 5, “recursos humanos, médicos e outros tipos de profissionais, ciência e tecnologia e o sistema de saúde”, (quadro 13), em que o aumento deste tipo de profissional leva ao exercício do modelo biomédico tradicional. É notória nesta relação, a preocupação em solucionar o problema do desemprego neste setor.

A relação interorganizacional e indivíduo-organização com a indústria farmacêutica, ocorrem sob uma visão medicalizada onde o impacto na capacidade de pagamento, de seus produtos seja em nível institucional ou individual é problemático, pois não permite alternativas no tratamento integral e integrado, com participação do usuário.

Apesar das diferenças quantitativas de recursos entre as organizações estatais e privadas (relação interorganizacional), devido à estrutura física e recursos humanos favoráveis ao sistema de saúde estatal, se pretende transformar este setor com vistas a sua privatização, implantando o seguro popular.

No campo intra-organizacional se estabelece a relação da pesquisa com a informação. Assim, a pesquisa (produção de conhecimentos) tem uma fraca relação interorganizacional com o Estado, dado seu mínimo orçamento e uma fraca relação intra-organizacional pela baixíssima produção da pesquisa em saúde pública, além disso, só é entendida de forma isolada e não como um componente fundamental da prática profissional, tal como sucede com os recursos humanos e a produção de serviços.

Ao analisar a informação e seu uso nos diferentes subsistemas de saúde, nos setores estatal e privado, em relação ao cenário 6, “acesso à informação segundo setores e comportamento organizacional e os sistemas de saúde” (quadro 14), encontramos essa relação mais próxima aos subcenários 2 e 4, pois há carência de vínculos externos e internos entre os diferentes subsistemas. Além disso, a importância da informação está direcionada apenas para ter maior precisão na análise e tomada de decisões, sem que se estabeleçam as relações intraorganizacionais necessárias para desenvolver o conhecimento integrado e seu impacto na prática profissional em saúde pública.

Na análise estratégica da quarta função, normatização, à relação interorganizacional está presente como elemento chave, sobre tudo nas relações internas para a regulamentação e avaliação dos recursos humanos, tecnológicos e de infra-estrutura e na externa com as Associações que congregam os profissionais. O Programa indica a existência de uma baixa cultura de avaliação e mínimos avanços neste campo, devido às faculdades delegadas a organismos fora do âmbito do sistema de saúde, e suas possibilidades de intervenção se reduzem à busca de uma cultura da avaliação.

A modulação ou normatização do sistema é citada como a função mais importante, porque permite intervir no âmbito central, na relação interorganizacional do sistema. A relação inter e intra-organizacional estão representadas pela regulamentação das 50 normas mexicanas, abrangendo os diferentes problemas de saúde e instituições do ramo.

O Programa Nacional de Saúde nos seus aspectos teóricos, apresentados no capítulo I, “aonde vamos?”, tem uma semelhança com o Reporte de Saúde no Mundo (OMS 2000) como se pode apreciar na formulação dos três objetivos básicos: **boa saúde, capacidade de resposta e equidade da contribuição sanitária**, que o Programa estabelece como: diminuir as desigualdades em saúde, melhorar as condições de saúde, garantir o acolhimento, e assegurar a justiça no financiamento, que são as condições para atingir os objetivos propostos pela OMS. Na mesma forma o Informe aponta as quatro funções de um sistema de saúde: **prestação de serviços, geração de recursos, financiamento e regulamentação**, que são os mesmos descritos no Programa, apenas mudando regulamentação por Normatização.

Existe também uma correspondência com o Programa de Desenvolvimento da Presidência da República em suas formulações teóricas sobre a transição demográfica, social, econômica e política, que na teoria do planejamento estratégico empresarial representam desafios e oportunidades no setor saúde (MINTSBERG e col. 2005).

A partir das dimensões da análise estratégica a formulação do primeiro capítulo temático do Programa Nacional de Saúde denominado “**onde estamos?**”, se situa nos fundamentos da teoria sistêmica, em um planejamento estratégico empresarial, com alguns elementos da teoria normativa ou neoclássica.

Ainda que, no Programa Nacional de Saúde, o desafio da equidade apareça, o que poderia considerar-se dentro do paradigma de bem-estar, isto não ocorre, pois a ênfase dada aos desafios da qualidade e do financeiro, leva ao postulado da qualidade como possível solução aos problemas que o sistema de saúde atravessa. Assim as 4 funções aparecem como elementos de um sistema que tende para o pluralismo estruturado, que estabelece a divisão entre a prestação de serviços e o financiamento oferecido pela função de normatização, que modula o sistema de saúde.

6.1.2. Capítulo II – Aonde queremos chegar? O sistema de saúde que o México merece

Neste capítulo o Programa Nacional de Saúde apresenta a relação entre saúde e democracia, baseada no conceito de cidadania, e que está associada ao exercício dos direitos, obrigações, liberdade e igualdade para alcançar níveis de vida dignos.

Os **valores** propostos no Programa são:

- a) **Justiça**, nas suas duas acepções básicas: o sistema de saúde como garantia de um tratamento semelhante diante de necessidades semelhantes; e pela procura de uma melhor distribuição de recursos e oportunidades;
- b) **Autonomia** que permite a liberdade dos usuários de eleger o prestador de serviços;
- c) **Co-responsabilidade social** seja em cuidados aos doentes, ou na busca de medidas para evitar contágios.

Os **princípios** normatizadores propostos foram:

- a) **Cidadania** considera a proteção da saúde como um direito social e não como uma mercadoria, o qual significa relacionar os benefícios, e o desenho dos mecanismos pelos quais se darão estes benefícios;
- b) **Solidariedade**, para grupos mais vulneráveis, propiciando um sistema de saúde no qual a “contribuição será proporcional à capacidade de pagamento e os benefícios proporcionais às necessidades”;
- c) **Pluralismo**, para exercer o direito de eleição na escolha do profissional, no nível primário de atenção, individual e familiar.

A **visão** se estabelece como a “conformação de um sistema de saúde universal, equitativo, solidário, plural, eficiente, de alta qualidade, antecipatório, descentralizado, participativo e vinculado ao desenvolvimento”.

Assim, o **seguro de saúde universal** (até 2025), garantirá o ingresso aos serviços por um modelo integrado de atenção à saúde (MIDAS), para os grupos mais carentes. As contribuições serão solidárias. O seguro privado será complementar.

A **oferta plural de prestadores de serviço de saúde** permitirá aos usuários, no nível primário de atenção, o direito de eleição do prestador.

A **eficiência** promoverá o uso otimizado dos recursos, definirá prioridades e as propostas de intervenções de baixo custo e alta efetividade.

A **alta qualidade técnica** deverá satisfazer as expectativas dos usuários e a capacitação dos prestadores de serviços, sob ações baseadas em evidências científicas; em ambientes dignos e sob uma cultura institucional que promova o desenvolvimento profissional, o respeito aos direitos humanos e à informação.

A **antecipação** na capacitação de recursos humanos para o desenvolvimento da equipes e infra-estrutura, da mobilização de recursos financeiros e da intersetorialidade.

A **descentralização** até os municípios como uma regra, já que os recursos e tomada de decisões se darão nas instâncias de operação dos serviços pessoais e não pessoais de saúde.

A **cidadania** na tomada de decisões políticas que afetem à saúde, em corpos diretivos, fóruns de discussão, e consulta à sociedade.

A Missão:

“Contribuir para um desenvolvimento humano justo, que permita a inclusão e seja sustentável, por meio da promoção da saúde como um objetivo social compartilhado e o acesso universal a serviços integrais e de alta qualidade que satisfaçam as necessidades e respondam às expectativas da população, ao mesmo tempo em que ofereçam oportunidades de avanço profissional aos prestadores, no

marco de um financiamento eqüitativo, um uso honesto, transparente e eficiente dos recursos e uma ampla participação cidadã”.

À luz da análise estratégica sobre estas propostas do capítulo II denominado “valores, princípios, visão e missão”, do Programa Nacional de Saúde, permite situá-lo dentro da teoria organizacional de sistemas, de acordo com o comportamento das dimensões de análises do campo da administração pública.

Considera-se que o Programa, apresenta relações inter, intra e indivíduo-organização, quando descreve a participação democrática dos cidadãos no sistema de saúde, presentes nos valores e princípios. Relações normatizadas que limitam e circunscrevem suas formas de implantação.

Neste sentido, os valores da autonomia e do princípio do pluralismo, na sua regulamentação, se aproximam ao cenário descrito no quadro I, em que as relações inter, intra e indivíduo-organização, permitem a participação de todos os atores no nível primário de atenção e deixa apenas as organizações nacionais e internacionais participarem e decidirem as ações (geralmente de alta tecnologia) a serem realizadas no segundo e terceiro níveis, o que leva ao postulado de qualidade.

A relação interorganizacional se encontra na visão e na missão, seja nos elementos da universalização oferecida pelo seguro popular, seja na descentralização e na cidadania, que se refletem na contribuição para o desenvolvimento humano, na qualidade dos serviços e no financiamento eqüitativo.

A relação intra-organizacional encontra-se na visão e missão nos seus componentes de solidariedade, qualidade técnica dos trabalhadores da saúde e nas formas de antecipação, sobre tudo quando se menciona a capacitação do recurso humano, e a regulamentação de seu desenvolvimento, ou quando continua formulando a divisão entre promoção da saúde e serviços integrais.

O vetor normativo de eficiência se descreve com maior ênfase na visão do Programa e aparece na relação interorganizacional do sistema denominado universal (seguro popular), que garante a universalidade do sistema e do direito do usuário de pertencer a ele, o que de acordo com os formuladores do Programa constitui a porta de entrada ao Modelo Integrado de Atenção à Saúde (MIDAS), o que está de acordo com a importância e o tamanho das atribuições conferidas ao seguro popular que se encontra atualmente regulado pelas novas normas constitucionais de saúde no capítulo “da proteção social em saúde”, que em seus 30 sub artigos estabelece desde as disposições gerais, os benefícios, e os aportes que o governo federal deve fazer para o fundo, que garanta as cotas familiares, até as medidas de proteção contra gastos desordenados; todos baseados em um plano mestre regulado pela Secretaria de Saúde (SECRETARIA DE SAÚDE 2004).

A eficiência se encontra também na descentralização, na participação, no desenvolvimento da cidadania, e na qualidade técnica, elementos chave na adaptação e sobrevivência do sistema de saúde em suas relações interorganizacionais, os quais formulados sob a teoria organizacional de sistemas, indicam que a subsistência com algumas possíveis mudanças, é a parte fundamental desta proposta programática.

Os vetores de discricionariedade e direitos individuais na visão e missão aparecem em forma secundária, seja na visão como direito de eleição do prestador de serviço em uma oferta de pluralidade, no nível primário, seja no desenvolvimento humano, seja nos valores e princípios, sobretudo na idéia de co-responsabilidade, de acordo com a regulamentação e controle do Programa.

Alguns componentes da EAPS como a descentralização, a participação cidadã e a tecnologia apropriada se encontram citados na visão e missão, sem explicitar que estes elementos básicos constavam da formulação original da EAPS.

A resposta dos entrevistados da SSa a esta questão foi:

...“A idéia é que a visão e a missão foram escritas pelo Secretário, Dr. Frenk. Eu diria que é inspiração direta do Secretário, existem vários ensaios, resultado de sua experiência acumulada, de seu trabalho no setor

anos atrás. Não é o resultado de uma enquête, não é o resultado de uma análise estatística, da percepção da política, mas sim é uma reflexão de gente que conhece o sistema e de fato são muito amplas, a missão e a visão não são limitativas, mas não deixa de ser um documento de política, tem que ser um texto incluyente”. E de um outro entrevistado: “De fato foi o que mais trabalho nos custou, porque há discussão entre o que é uma visão e uma missão, ainda entre conhecedores do setor, já que existe muita confusão entre estes conceitos”.

A regulamentação e hierarquia na liderança gerencial do planejamento estratégico encontram-se presentes nesta resposta.

6.1.3. Capítulo III - Que caminho vamos seguir? Objetivos, estratégias e linhas de ação.

O Programa formula os 5 objetivos normatizadores do Plano Nacional de Desenvolvimento 2001-2006:

- Melhorar as condições da saúde dos mexicanos
- Diminuir as desigualdades em saúde
- Garantir um tratamento adequado nos serviços público e privado
- Assegurar a justiça no financiamento em matéria de saúde
- Fortalecer o Sistema Nacional de Saúde, em particular suas instituições públicas.

Em consequência se definem cinco estratégias substantivas relacionadas com os cinco objetivos citados e as cinco estratégias instrumentais que influem no fortalecimento do sistema nacional de saúde. As cinco estratégias substantivas têm diferentes linhas e programas de ação que constituem seus modos de ação e o mesmo ocorre com as cinco estratégias instrumentais, sendo um total de 66 linhas de ação e 44 programas. As 5 estratégias substantivas são as seguintes:

1. Vincular à saúde com o desenvolvimento econômico e social;
2. Reduzir as seqüelas em saúde que afetam aos pobres;

3. Enfrentar os problemas emergentes mediante a definição explícita de prioridades;
4. Empreender uma cruzada pela qualidade dos serviços;
5. Oferecer proteção financeira em matéria de saúde a toda a população.

E as estratégias instrumentais foram:

6. Construir um federalismo cooperativo em matéria de saúde;
7. Fortalecer o papel reitor da Secretaria de Saúde;
8. Avançar para um Modelo Integrado de Atenção à Saúde-MIDAS;
9. Ampliar a participação cidadã e a liberdade de ação no nível primário de atenção;
10. Fortalecer o investimento em recursos humanos, pesquisa e infra-estrutura em saúde.

Estratégia 1: Vincular a Saúde com o Desenvolvimento Econômico e Social

A relação entre saúde e o desenvolvimento econômico e social é a premissa principal no Programa, sob o pressuposto que a saúde é multi-fatorial e o controle dos fatores vai além do sistema de saúde, formulando a intersectorialidade como um elemento importante para sua melhoria. A idéia principal é que as políticas de saúde devem complementar-se com políticas saudáveis. Estabelece que o investimento em saúde incrementa o capital humano e contribua para o desenvolvimento; com os serviços de saúde conformando um forte setor da economia. Ao mesmo tempo indica que o investimento em saúde, fortalecerá a coesão e o desenvolvimento social, sob a promoção de atividades multi-setoriais sobre os determinantes de saúde.

Linha de Ação 1.1: Fortalecer a ação comunitária em favor da saúde.

A promoção da saúde orientada para incrementar a consciência sobre a saúde, impulsionará um estilo de vida saudável e fortalecerá a ação comunitária em seu favor. Desta linha surge o **“Programa de Acción: Comunidades Saludables” (SSa 2002 e)**, entendido como o conjunto de ações destinadas a gerar e fortalecer atitudes

relacionadas com a saúde, condição essencial para o desenvolvimento do autocuidado.

O programa indica que as principais causas de doença, incapacidade e morte estão vinculadas com múltiplos fatores (ambientais, econômicos, políticos, culturais, e sociais) que precisam de ações múltiplas. Envolve a participação das autoridades municipais, sanitárias, educativas e grupos organizados da sociedade nas 232 jurisdições sanitárias do país. Compreende a capacitação; o credenciamento; e um modelo de avaliação do programa.

Nesta linha se propõem 5 estratégias que vão desde as políticas até a avaliação e mais 15 linhas de ação para realizá-las. A organização hierárquica passa pelo nível central, estadual e jurisdições sanitárias, até chegar às unidades do nível primário de atenção. O esquema operacional classificará os três tipos de comunidade que deverão surgir: iniciada, ativa, e credenciada, em relação direta com a organização comunitária.

As metas foram: Implementar o programa em 2000 comunidades de 500 a 2500 habitantes; criar programas municipais em 80% destas comunidades; credenciar 25% das comunidades; criar 31 redes estaduais; e capacitar os recursos humanos das jurisdições sanitárias. Este programa de ação tem como área responsável a Subsecretaria de Prevenção e Promoção da Saúde.

Linha de Ação 1.2: Promover a educação saudável

Através do **“Programa Intersectorial de Educación Saludable” (SSa 2001 i)** se estabelece que a educação seja o recurso mais poderoso para alcançar melhores níveis de saúde e de desenvolvimento social, já que é um espaço privilegiado para proporcionar os conhecimentos e habilidades para a promoção da saúde individual e coletiva.

A intersectorialidade com a área da educação, inclui atividades para a adoção de estilos de vida saudáveis, de evitar condutas de risco, e de um conhecimento dos

riscos ambientais e laborais e suas forma de prevenção. Isto permitiria alcançar os objetivos de melhoria da saúde, focalização, qualidade e participação social. As 15 estratégias do Programa têm 5 linhas de ação sob a base da descentralização, mantendo no nível central os acordos normativos e orçamentos necessários para seu desenvolvimento.

As metas compreendem: capacitar 100% do pessoal das entidades federativas; proporcionar assistência e referência 100% de crianças com problemas de saúde; credenciar 50% das escolas participantes como "saudáveis"; estabelecer acordos de coordenação entre os 31 estados e suas Secretarias de Saúde e Educação; e formar a Rede Nacional de Escolas Saudáveis e Seguras. Este programa de ação tem como área responsável a Subsecretaria de Prevenção e Promoção da Saúde

Linha de Ação 1.3: Promover a perspectiva de gênero no setor saúde

O **“Programa Mujer y Salud” (SSa 2001 k)** segue o marco do Programa nacional em seus 4 capítulos, o qual permite dar resposta às necessidades da mulher como usuária e prestadora de serviços no âmbito institucional, comunitário e familiar, para obter seu pleno desenvolvimento humano e social.

Reflete-se sobre a definição de políticas multi-setoriais para a abordagem dos problemas de saúde-doença, desde o planejamento até a operacionalidade de serviços em saúde. A integração intersetorial se faria em três campos: i) promoção e advocacia; ii) pesquisa; e iii) cooperação técnica. Formulam-se 5 componentes e estratégias e 44 linhas de ação, que compreendem desde a institucionalização e políticas de gênero até a saúde familiar.

As metas foram: sensibilizar e capacitar 80% de funcionários na categoria de gênero e seus pressupostos; incorporar a perspectiva de gênero em 90% dos programas de ação prioritária em saúde; contar com um Sistema Nacional de Informação e estabelecer indicadores de gênero para conhecer o impacto na situação de saúde; cumprir com a norma “Atenção Médica da Violência Familiar, nas

Unidades de Saúde” em 75% delas; criar linhas de pesquisa sob perspectiva de gênero; incrementar proporcionalmente a contratação de mulheres, e sua capacitação; e desenhar um modelo de atenção diurna extradomiciliar para doentes crônicos, incapacitados e idosos. Programa sob a Coordenação do Programa Mulher e Saúde

Linha de Ação 1.4: Impulsionar uma política fiscal saudável

Estas são classificadas em dois grupos: a) políticas fiscais que promovem a saúde e estimulam o pré-pagamento pela atenção à saúde, que tendem ao uso mais racional dos serviços, à operacionalidade do controle de custos, as quais favoreçam a atenção preventiva sobre a curativa, e a ambulatorial sobre a hospitalar; b) políticas de saúde com implicações sociais. Os objetivos foram incrementar a arrecadação fiscal eliminando exceções ao pagamento de impostos de produtos que são nocivos a uma política de saúde, por exemplo: consumo de tabaco e álcool.

Linha de Ação 1.5: Fortalecer a saúde ambiental

O **“Programa de Acción: Salud Ambiental” (SSa 2001 m)**, visa desenvolver, em nível nacional, estadual e municipal, métodos para estimar a exposição humana aos riscos ambientais por meio da vigilância epidemiológica, de um registro nacional de intoxicações e pela priorização de intervenções nos Critérios de Qualidade Ambiental de Proteção à Saúde. O programa estabelece que a diminuição de contaminantes urbanos, industriais e agro-industriais, conduzirá ao incremento da competitividade e ao desenvolvimento sustentável.

O Modelo de Atenção à Saúde Ambiental (MATSA) formula 4 estratégias, 9 programas substantivos e 37 projetos, que contemplam desde os riscos físicos, químicos até a saúde ambiental e médica para os grupos sociais.

As metas formuladas foram: redução em 70% do nível de chumbo no sangue dos menores de 5 anos de idade; em 30% a incidência de doenças respiratórias na infância por exposição atmosférica e em 60% as exposições no lar; assegurar a 70%

da população o abastecimento de água potável; e a redução de 15% de contaminantes atmosféricos, controlando a destinação de 50% dos agentes químicos de uso no mercado. Este programa estará a cargo da Comissão Federal para a Proteção contra Riscos Sanitários.

Linha de Ação 1.6: Melhorar a saúde no trabalho

Neste item se propõe intervir na proteção dos meios de trabalho, formal e informal, por meio de medidas preventivas de promoção e atenção integral dos acidentes de trabalho e a modernização do marco legal do trabalho. A implementação da Política Estratégica de Integração do Trabalho à Saúde Nacional (PETSAN), formula três componentes: fortalecimento da Legislação do Trabalho; estabelecimento de um Sistema de Vigilância Epidemiológica Ocupacional com participação intersetorial; a geração de um Diagnóstico das Condições de Saúde dos Trabalhadores Mexicanos e o fortalecimento da profissionalização de recursos humanos e pesquisa em saúde do trabalho.

As metas a alcançar foram: atender 65% das doenças de origem ocupacional; resolver 75% dos acidentes de trabalho; incrementar em 40% os recursos humanos e integrar um corpo normativo em saúde do trabalho moderno. Este programa estará a cargo da Comissão Federal para a Proteção contra Riscos Sanitários.

Na análise desta estratégia, a vinculação da saúde com o desenvolvimento econômico e social, depara-se que a relação interorganizacional, do campo da administração pública, é a mais amplamente mencionada sob a denominação de intersetorialidade. O termo é citado na introdução, quando fala sobre a relação entre desenvolvimento e multifatorialidade no campo da saúde e se reflete nas 6 linhas estratégicas citadas, como o elemento chave do desenvolvimento econômico e social.

Assim, ao descrever o princípio de políticas saudáveis, cita a existência de fatores externos, fora do âmbito do setor, o que mostra a restrição na sua atuação, já que se limita a ser um fator de influência nos outros setores de desenvolvimento

nacional, o que indica uma debilidade interorganizacional em referência a outros setores do governo.

Enquanto as linhas de ação apresentadas nos programas de promoção e educação em saúde situam-se numa relação inter, intra e indivíduo-organização. Linhas de ação que já foram amplamente discutidas nos primórdios da Estratégia de Atenção Primária à Saúde (EAPS), pelas diversas organizações do sistema de saúde em todas as latitudes, nacionais e internacionais. Ao citar duas linhas de ação isoladas, uma situada na promoção da saúde nas comunidades e a outra de promoção da educação saudável em nível básico das escolas, e mostra que, nesta visão sistêmica das relações inter e intra-organizacional, as partes têm maior importância que o todo.

A relação intra-organização se encontra com maior ênfase no Programa Mulher e Saúde, o qual estabelece ações em nível da organização para a obtenção de mudanças, nos trabalhadores da saúde, no sentido de conquistar uma compreensão social do conceito de gênero.

Assim mesmo esta relação intra-organização se encontra na idéia de multicausalidade dos fenômenos de saúde, referida pelas diferentes linhas de ação, em uma relação com a ecologia superficial, a que foi amplamente difundida nas idéias de Leavell e Clark, com a formulação da história natural da doença e as três fases preventivas para sua solução.

A relação indivíduo-organização se encontra presente nos 6 programas com maior ênfase nos dois últimos (saúde do ambiente e do trabalho), onde a corresponsabilidade para obtenção da saúde tem uma presença maior, reforçando a tendência à regulamentação.

O vetor normativo de eficiência é o elemento básico nas metas propostas pelas seis linhas de ação e programas, que compõem a esta estratégia, já que suas metas são quantitativas. A discricionariedade e direitos individuais se encontram

regulamentados, em todas as linhas de ação e programas, sob o nível central, o que mostra uma organização de tipo sistêmica, que evita a incerteza e pretende a sobrevivência do sistema.

O único programa que formula como objeto de estudo-trabalho o processo saúde-doença é o PROMUSA (Mulher e Saúde), os outros consideram o problema saúde ou doença, de forma isolada, ainda quando o fenômeno doença tem uma maior preponderância e é considerado como o elemento base de apresentação, desenvolvimento e avaliação.

A prática profissional se estabelece na produção de serviços em nível comunitário, com ênfase na promoção e educação para a saúde, sobretudo nas duas primeiras linhas de ação (comunidades saudáveis e educação saudável). Os componentes de formação de recursos humanos e pesquisa se apresentam, isoladamente, nas diferentes linhas de ação e o PROMUSA menciona a capacitação e o desenvolvimento de pesquisa, neste novo campo da saúde pública.

Estas considerações permitem visualizar que a estratégia e linhas de ação mencionadas têm uma aproximação à teoria da organização de sistemas. É necessário estabelecer que cada vez que se menciona o conceito de intersectorialidade deverá destacar-se que este termo, no campo da administração pública, deve-se entender como uma relação interorganizacional, a qual é utilizada nesta estratégia, como uma prescrição com forte dose de previsibilidade, sob uma concepção economicista, a ser desenvolvida no nível primário de atenção. Isto se encontra quando se mencionam a focalização, o capital humano, a qualidade e as ações promocionais propositadas para obter uma maior eficiência e permitir a sobrevivência do sistema.

Estratégia 2: Reduzir as seqüelas em saúde que afetam aos pobres

Sob o termo seqüela, o Programa enfoca os danos à saúde que podem ser evitados, relacionados com infecções comuns, a reprodução e nutrição insuficiente; apontando a pobreza como a causa fundamental e sua redução, por meio de intervenções altamente efetivas e que tem um custo razoável, como a solução adequada. Estabelece que o problema materno-infantil se concentra no sul do país, considerada como a região de maior marginalização (Chiapas, Guerrero, Oaxaca e Puebla).

Os serviços básicos de saúde serão focalizados pelos programas nacionais: Programa de Educação e Saúde (PROGRESA), Início Similar de Vida, e o Programa de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, os quais garantiram a atenção aos grupos populacionais mais carentes.

Linha de Ação 2.1: Migrante vai sadio e volta sadio

O Programa **“Migrante va sano e vuelve sano” (SSa 2001 j)**, aborda o fenômeno da migração no país e no estrangeiro, como um problema relacionado às oportunidades e o desenvolvimento social. Porém estabelece como eixo fundamental a autodeterminação pessoal no cuidado da saúde, através da informação apropriada.

O programa se fundamenta em 4 capítulos do Programa Nacional (PNS) e se encontra focalizado em 10 Estados e 502 municípios, que têm um mosaico de problemas, na situação da saúde-doença, pela transição epidemiológica, pelos riscos associados à temporalidade do trabalho e pela desintegração familiar. A sua instrumentação se fará no lugar de origem, no percurso e no lugar de destino do migrante; para isto propõe um modelo de atenção à população móvel e sua organização através do “Modelo de Atenção Integrada à Saúde do Migrante”. As 8 estratégias formuladas contêm 48 linhas de ação, que compreendem desde os aspectos informativos e preventivos até a programação do tratamento e a pesquisa operacional.

As metas abrangem: 100% na identificação e capacitação de líderes e de cobertura de vacinação contra doenças previsíveis; 80% em atenção integrada; 95% em administração de micro nutriente; e 100% em educação em saúde sexual e reprodutiva, incluindo o HIV e SIDA; assim com a detecção de outros problemas.

Linha de Ação 2.2: Garantir um início similar de vida

A linha estabelece que seja indispensável garantir uma atenção pré-natal com um mínimo de risco e uma vigilância do crescimento das crianças, o qual significa garantir as mesmas oportunidades de vida ao nascer. As atividades se resumem em consultas pré-concepcionais; promoção da amamentação materna; planejamento familiar; cuidado pré-natal; atenção ao parto normal e ao complicado; urgências do recém nascido; aplicação de vacinas; e capacitação para identificação de sinais de alarme em problemas infectocontagiosos.

As metas foram: aumentar para 70% a cobertura de atenção ao parto com qualidade; reduzir as atuais taxas de mortalidade materna em 35%, neonatal em 20%, e em 30% entre crianças de 1 a 5 anos de idade. Na vacinação, alcançar 95% com esquema completo e 90% com doses de reforço. Registrar o peso e altura dos menores de 2 anos de idade e administrar duas mega-doses de vitamina A; e incorporar em programas de reabilitação nutricional, menores com desnutrição moderada. O Programa se encontra a cargo da Subsecretaria de Prevenção e Promoção da saúde.

Linha de Ação 2.3: Melhorar a saúde e nutrição dos povos indígenas

A população indígena de México com 8 milhões de pessoas, esta distribuída em 63 grupos étnicos, e é a mais numerosa da América Latina. Estes grupos apresentam os piores indicadores de saúde do país: alta mortalidade geral, infantil, e materna; e alta taxa de desnutrição e fecundidade.

O **“Programa de Salud e Nutrición de los Pueblos Indígenas”** (SSa 2001p), fundamenta-se nos 4 capítulos do PNS, e desenvolve 10 ações estratégicas, baseada em 12 intervenções e em 15 compromissos, em uma relação entre programas promocionais, assistências de medicina institucional e tradicional, até o saneamento ambiental e a informação.

As metas estabelecidas para 531 municípios com mais que 41% da população praticando a língua indígena, foram: coordenar ações em saúde e programas educacionais em saúde e nutrição em 30% dos municípios; de saneamento ambiental, em 60%; de capacitação de pessoal no manejo do enfoque trans-cultural, que permita conhecer a visão geral do processo saúde-doença destas populações em 80%; proporcionar suplemento poli vitamínico à dupla mãe-filho; e promover o autocuidado, a saúde reprodutiva e a opção informada de métodos de planejamento familiar. O Programa se encontra a cargo da Subsecretaria de Prevenção e Promoção da saúde.

Linha de Ação 2.4: Controle da tuberculose

O ressurgimento da Tuberculose, pelos problemas da pobreza, de aglomeração da população com serviços de saneamento precários, da desnutrição, das doenças imunodepressoras como o HIV-AIDS, diabetes, e da droga-adição, assim como os tratamentos inadequados, que têm dado origem ao aparecimento de fármacos-resistência, e em consequência o aumento desta doença.

A detecção oportuna, notificação prematura, tratamento supervisionado, seguimento bacteriológico e atenção a casos de fármacos-resistência, são os objetivos a alcançar. As metas propostas foram: garantir a cobertura de 95 a 100% de tratamentos supervisionados com estudos epidemiológicos, seguimento e notificação, que permita o decréscimo da mortalidade anual atual em 5%; e a criação de cinco laboratórios de diagnóstico de fármacos-resistência. Este Programa estará a cargo do Centro de Vigilância Epidemiológica da Subsecretaria de Promoção e Prevenção de Saúde.

Linha de Ação 2.5: Controle das doenças transmitidas pelo vetor da dengue e malária

O “**Programa enfermedades Trasmisibles por Vector**” (2002 h), descreve que a malária mostrou tendências decrescentes até 1998, com surtos em Oaxaca e Chiapas. As ações de controle se orientam à cura dos doentes, eliminação da etapa larvária e prevenção dos surtos. Em 1999 foram incorporadas, com êxito, as comunidades dessas regiões nas atividades de controle e se promoveram os conceitos de espaço e município saudável. As atividades de controle e redução da transmissão serão concentradas no sudeste do país, e para os focos de seqüelas de doenças e a prevenção da doença nos estados do centro e nordeste do país, devido à migração interna.

A dengue, problema infeccioso emergente está relacionado com o saneamento do meio ambiente doméstico e seu controle depende da eliminação do *Aedes aegypti*, reproduzido em criadouros domésticos, em altitudes menores que 2000 metros. As atividades contemplam o fortalecimento das intervenções de controle; melhoria dos sistemas de coleta de lixo e água potável; participação das comunidades; e a capacitação dos profissionais no manejo dos casos clínicos. As metas se dirigem a manter a morbidade da dengue clássica em menos que 20% e uma letalidade da dengue hemorrágica menor que 3%.

A oncocercose, como um agravo que conduz à cegueira em etapas avançadas, afetou 25.770 pessoas e representa um problema no sudeste do México. As atividades de tratamento maciço com *mectizam*, a extirpação dos nódulos e a vigilância epidemiológica, permitirão alcançar a meta da eliminação de casos novos, sob uma estratégia preventiva e de controle. O objetivo e metas foram os de evitar 30% de novos casos e manter a cobertura terapêutica em 95% dos infectados.

A lepra decresceu pela utilização da poli quimioterapia em 10.000 casos, em 1994; e a atual administração pública propõe sua eliminação até o ano 2006. A meta é o uso da poli quimioterapia em 100% dos pacientes que ingressem no tratamento; e estudar 100% dos contatos novos, assim como a vigilância pós-tratamento.

A intoxicação por mordedura de escorpião apresenta altos índices de morbidade e mortalidade e letalidade nas regiões costeiras do ocidente mexicano. Para enfrentar o problema foram estabelecidas estratégias de saneamento básico, vigilância epidemiológica e aplicação de soro anti-escorpiônico, que possibilitem a meta de 50% na diminuição do problema.

A tripanossomíase ou doença de Chagas afeta 14 estados da república, e a partir das estratégias de saneamento básico e vigilância epidemiológica se buscará obter a melhoria da moradia e detecção oportuna de casos.

A leishmaniose, reportada em 17 estados, indica a necessidade de incrementar o controle epidemiológico, baseado nas estratégias de saneamento e vigilância, que permitam o desenho de um sistema de informação para conhecer a incidência real na população afetada e assim prever os danos individuais e evitar perdas sociais e econômicas.

Para outras doenças transmitidas por vírus, como as rickettsioses, febre amarela e a encefalite do oeste do Nilo, se propõem o desenvolvimento da vigilância epidemiológica, para determinar riscos e ações adequadas. A avaliação se fundamenta em indicadores de estrutura, processo e alto impacto. O programa se encontra a cargo do Centro Nacional de Vigilância Epidemiológica. Subsecretaria de Prevenção e Promoção da Saúde.

Linha de Ação 2. 6: Diminuir os casos de câncer cérvico-uterino (CaCU).

O **“Programa de Acción: Câncer Cérvico-Uterino” (SSa 2002 c)**, está baseado nos 4 capítulos do PNS, e tem o propósito de diminuir o problema, assim como informar e coordenar as ações de cobertura e prevenção de serviços de qualidade nesta área. Se considera que o CaCU constitui a primeira causa da mortalidade em mulheres de 25 anos e mais, e em consequência é um dos principais problemas de saúde pública. De acordo com os conhecimentos científico-tecnológicos atuais e em nível de desenvolvimento do país é inaceitável a morte pelo

CaCU, visto que a história natural da doença, permite sua detecção prematura e tratamento adequado.

As atividades e metas estão previstas para oferecer 80% de cobertura na detecção do CaCU em mulheres de 25 a 64 anos de idade, assim como diminuir até o ano 2006 a 15% a mortalidade, em 90% o tratamento de displasia e câncer *in situ* e em 80% o câncer avançado. Este programa está a cargo da Subsecretaria de Prevenção e Promoção da Saúde.

Linha de Ação 2.7: Atender a outros problemas relacionados com as seqüelas

O **“Programa de Acción: Cólera” (SSa 2002 d)** indica que o problema se originou em 1991, com maior número de casos em 1995 (16.430), e seu controle se obtém no ano 2000, quando apenas se registraram 5 casos e sua letalidade não alcançou 1%. O objetivo refere-se ao controle epidemiológico e atenção oportuna. As atividades e metas têm relação com a intensificação da vigilância do nível de cloro na água potável; garantir o estudo e o cerco dos casos suspeitos, e uma cobertura de 95% em populações selecionadas.

O **“Programa de Acción: Rabia” (SSa 2001 l)**. A zoonose transmitida por cães e animais silvestres, tem decrescido 244 casos ao ano. A eliminação do risco de contrair raiva humana mediante as estratégias de vacinação, o controle de cães, a atenção médica oportuna, e a vigilância epidemiológica, até 2006, permitirá manter em zero os casos de morte; em menos de 4 os casos de raiva transmitida pela fauna silvestre; e reduzir a 50 os casos a raiva canina, pela ação intersectorial e transferência em nível municipal da responsabilidade e recursos para o controle da população canina.

O **“Programa de Acción: Salud Bucal” (SSa 2001 n)**, se relaciona com a cárie dentária e periodontopatias, que afetam 90 e 70%, da população, respectivamente. Estabelece 11 estratégias e ações, entre as que se encontram: promoção da saúde bucal; fortalecimento dos programas institucionais; realização de

duas semanas Nacionais de Saúde Bucal ao ano; ampliação da cobertura do serviço utilizando a Técnica do Tratamento Restaurativo Atraumático; coordenação entre as áreas relacionadas com o “Programa de Fluoretação do Sal de Cozinha”, e a realização de pesquisa operacional. A avaliação será quantitativa sob indicadores dos subprogramas de saúde pré-escolar e escolar, fluoretação do sal, curativo-assistencial e normativo.

O **“Programa de Acción: Urgencias epidemiológicas e Desastres” (SSa 2002 I)**, considera que a ocorrência de desastres é comum no México, já que se encontra entre os dez primeiros países com maior número de desastres e entre os vinte primeiros lugares, pelo número de vítimas associadas aos fenômenos. Assim este programa, junto aos de atenção de urgências epidemiológicas, transmissíveis e tóxicas, permitirá proteger a saúde da população na ocorrência de desastres.

Através de 5 estratégias se estabelecem as vias para alcançar o desenvolvimento humano e definem os elementos administrativos, estruturas e insumos do programa, que permitam articular a prevenção integral e a intervenção oportuna, como os componentes substantivos do programa.

Propõe-se a avaliação por meio de indicadores de insumo, processo e rendimento, na atenção a 100% das localidades afetadas por uma situação de desastre; a prevenção e controle de 100% dos casos de surtos epidêmicos; e a capacitação de 100% dos responsáveis do Programa de Urgências Epidemiológicas e Desastres.

O **“Programa de Acción: Salud Reproductiva” (SSa 2002 k)**, há três décadas contribuindo no propósito de diminuir as gestações não planejadas, da mortalidade pelas doenças infecciosas e do câncer cérvico-uterino. O componente de planejamento familiar tem como propósito prevenir riscos e diminuir as diferenças de indicadores entre regiões e grupos mais carentes. As seis estratégias formuladas se conformam desde o diagnóstico situacional até as etapas da administração, que

permitirão avaliar, através de 21 indicadores, as taxas de cumprimento das ações nos grupos populacionais prioritários: rurais, urbano-periféricos, adolescentes e comunidades indígenas.

As metas foram: aumentar para 73% o uso de anticoncepcionais em mulheres em idade fértil; reduzir a taxa de fecundidade a 2,06 filhos por mulher; e reduzir a um terço as demandas insatisfeitas de métodos anticoncepcionais. O programa se encontra a cargo do Centro Nacional de Vigilância Epidemiológica.

O **“Programa de Acción: Infancia” (SSa 2002 i)**, considera os 4 capítulos do PNS, e tem uma atenção integrada aos problemas de saúde em 2 grupos: os menores de 5 anos e os de 5 a 9 anos de idade. Com base no diagnóstico de morbidade e mortalidade se prevê as estratégias de participação social e a priorização de entidades federativas mais afetadas, e de acordo com a análise estratégica da matriz DAFO, se estabeleceram políticas sobre qualidade, diminuição das seqüelas em saúde, atenção, cobertura e regionalização dos serviços, através do MIDAS.

Por meio de sete estratégias e 69 linhas de ação se apontam as etapas de otimização de recursos financeiros e materiais, da intersectorialidade, de recursos humanos, de pesquisa, de educação para a saúde, mercadológica e informática. Será considerado na avaliação o processo e indicadores de impacto.

O **“Programa de Acción: Atención a la Salud del adolescente” (SSa 2002 a)**, se fundamenta nos mesmos capítulos de desenvolvimento do PNS, e suas vertentes de atenção e promoção da saúde no grupo etário de 10 a 19 anos. O enfoque de fatores de risco, proteção e fatores biológico-sociais, deverá favorecer o autocuidado, o bem-estar e a qualidade de vida neste grupo, em confluência com outros 17 programas.

O objetivo e estratégias e linhas de ação (7 e 32, respectivamente), similares ao programa de ação à infância, serão supervisionadas e avaliadas com base na estrutura processo e resultado, em cada trimestre.

Analisando a estratégia 2, “reduzir as seqüelas que afetam aos pobres”, encontramos as três relações inter, intra e indivíduo-organização, que se estabelecem sob as sete linhas de ação. Nelas são compreendidas as seqüelas de doenças infecto contagiosas e algumas crônico-degenerativas, e todas tentam a focalização nas populações de migrantes, indígenas e grupos materno-infantis, apontando que estas seqüelas se relacionam com a pobreza, e que podem resolver-se por meio de ações de custo-benefício razoáveis, sob vetores normativos de eficácia e eficiência.

A relação interorganizacional pode identificar-se novamente, quando se fala de intersetorialidade, citada como o elemento fundamental para reduzir tanto os problemas da pobreza, como os de cobertura do setor saúde. Assim, na linha de ação do migrante, a interorganização se estabelece por meio de ações nacionais e internacionais que permitam o controle deste grupo, reconhecido tipicamente como rural e de zonas empobrecidas, que será atendido em todo seu itinerário, com o fim de mantê-lo sadio, no país e na fronteira com os Estados Unidos.

Neste sentido, a linha de ação para melhora a nutrição e saúde do povo indígena apresenta a relação interorganização, quando formula ações promocionais e de atenção às doenças que afetam a este grupo, focalizando suas ações nas regiões do sudeste do país; apresentando-se a relação intra-organização quando reconhece o conhecimento tradicional e suas possíveis interações com o conhecimento denominado científico.

O grupo materno-infantil encontra-se incluído nas linhas de ação “garantir um início similar de vida”, assim como nas linhas de “reprodução”, de “câncer cérvico-uterino” – de “atenção à saúde infantil”, todas elas dentro da idéia de intersetorialidade, e em consequência da relação interorganizacional; ainda que estes programas sejam desenvolvidos em diversas linhas, em forma isolada, sem considerar sua possibilidade de articulação no grupo citado.

A eficiência, como principal vetor normativo, é mencionada na avaliação do processo administrativo das 7 linhas de ação, geralmente através de dados

quantitativos, expressados nas diferentes metas dos 13 programas das 7 linhas de ação.

A produção de serviços, um componente da prática profissional, no nível primário de assistência é o elemento principal que se apresenta nesta estratégia e suas 7 linhas de ação, com ênfase na promoção da saúde e na atenção clínica individual para as doenças infecto-contagiosas e crônico-degenerativas. Esta produção de serviços apresenta uma desagregação dos diferentes problemas, segundo os 13 programas descritos, que afetam a população mais pobre do país. A forma tradicional de enfrentar tais problemas, parcialmente na promoção e com predominância do modelo biomédico tradicional na assistência, não considera sua articulação com os aspectos de formação de recursos humanos e pesquisa, os outros dois elementos da prática profissional.

A doença é o principal objeto de estudo-trabalho, nesta linha estratégica, e nas sete linhas de ação. Nota-se um avanço teórico, quando se estabelece uma relação multi-fatorial na sua incidência, como causa das seqüelas da transição epidemiológica, embora com uma abordagem linear e simplificada, uma vez que não estabelece os condicionantes do aparecimento do problema e seus aspectos sócio-cultural-político-econômicos. A denominação processo saúde–doença aparece unicamente no programa dos povos indígenas, que caracteriza uma relação intra-organizacional com a possibilidade de uma compreensão cultural do termo, na inter-relação do conhecimento científico e no conhecimento tradicional. A característica organizacional da estratégia é sua dependência da Subsecretaria de Prevenção e Promoção da Saúde.

Estratégia 3: Enfrentar os problemas emergentes mediante a definição explícita de prioridades

O Programa estabelece que o perfil epidemiológico do país esteja caracterizado pelo predomínio das doenças não transmissíveis e as lesões por acidentes e violências, que afetam aos grupos de alta, média e baixa renda. Para

enfrentar estes problemas formula 3 áreas de ação: definição de prioridades, promoção de estilos de vida saudáveis e detecção precoce. Também indica que as consequências acarretadas pelos problemas devem ser resolvidas com a participação de outros setores da administração pública e da sociedade.

Linha de Ação 3.1: Diminuir a Prevalência da doença Diabetes Mellitus

O **“Programa de Acción: Diabetes Mellitus” (SSa 2001 e)**, formula uma abordagem integral, de caráter sistêmico, para o controle das causas e do metabolismo da doença, que ocupa o terceiro lugar da mortalidade no país. De 4,8 milhões de diabéticos, apenas 1,4 milhão, foram diagnosticados; o que dificulta sua prevenção e tratamento.

Este programa conta com 9 estratégias e 9 linhas de ação, sob os paradigmas da multi-causalidade do fenômeno saúde-doença e qualidade; este programa tem maior ênfase na promoção e prevenção dos fatores de risco da doença, e serão realizados em grupos e com a participação da família, o que modifica o papel hegemônico da medicalização e da hospitalização. As “equipes de saúde” deverão promover estilos de vida saudáveis, identificar pessoas de alto risco, organizar grupos de auto-ajuda, e realizar intervenções educativas e campanhas "permanentes" de comunicação social, para modificar estilos de vida.

As metas foram: alcançar o controle metabólico em 80% dos diabéticos das unidades de nível primário; alcançar a média de 69,5 anos de vida nos diabéticos; realizar em coordenação com o setor saúde 23 milhões de provas de detecção de diabetes na população maior de 20 anos de idade; estabelecer 10.000 grupos de auto-ajuda para diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão. Programa a cargo da Subsecretaria de Inovação e Qualidade e o Centro Nacional de Vigilância Epidemiológica

Linha de Ação 3.2: Controlar as doenças cardiovasculares e a hipertensão

O “**Programa de Acción: Enfermedades cardiovasculares e Hipertensión Arterial**” (SSa 2001 g), descreve a transição epidemiológica e demográfica do país que levou ao problema para o primeiro lugar de mortalidade. Propõe que os fatores de risco, como a hipertensão, a diabetes, as deslipidemias, a obesidade, e o consumo de álcool e tabaco, devem ser combatidos. Neste sentido, a hipertensão arterial é a doença crônica de maior prevalência no país e de maior risco para a doença isquêmica e cérebro-vascular.

Os objetivos, estratégias e linhas de ação se encaminham à detecção integrada das pessoas em risco, ou que padecem da doença, assim como ao trabalho preventivo com grupos de auto-ajuda, em coordenação com o programa de controle de diabetes e obesidade. Assim também ressalta a formação de grupos de auto-ajuda e “campanhas permanentes” de comunicação social e educativa, similares ao programa de ação diabetes.

As metas foram: realizar em dois anos, em coordenação setorial, ações de detecção dos principais fatores de riscos em 27 milhões de pessoas maiores de 20 anos; conseguir que os 60% de hipertensos em tratamento alcancem cifras controladas de pressão arterial; e deslocar a idade média atual de mortalidade pelas doenças do coração e cérebro-vascular. A avaliação é proposta por indicadores de detecção, de captação, de controle, e de cobertura por integrantes dos grupos de auto-ajuda. Programa a cargo da Subsecretaria de Inovação e Qualidade e Centro Nacional de Vigilância Epidemiológica

Linha de Ação 3.3: Fortalecer a prevenção e tratamento da insuficiência renal crônica (IRC)

As nefropatias constituem a primeira causa de egressos hospitalares, 3.12%, e a terceira causa de morte hospitalar (5%) no IMSS. De ali a importância crescente como problema de saúde pública no país. Para fortalecer a prevenção e tratamento

foram propostas ações de: implementação de programas de detecção prematura de doenças renais; criação do Registro Mexicano de Pacientes com Diálise; Modificação paulatina do balanço diálise peritonal-hemodiálise; promoção da melhoria do tratamento e a certificação da qualidade com base no registro nacional da Norma Oficial Mexicana (em criação); e o fortalecimento dos recursos humanos em nefrologia, em nível técnico e profissional. De acordo com o PNS não existe ainda um programa, nem metas e área responsável por esta linha de ação.

Linha de Ação 3.4: Promover o transplante como uma alternativa acessível

O **“Programa de Acción: Transplante (SSa 2001 r)**, propõe um enfoque integral e coordenado de doação e transplante de órgãos e tecidos, através de normas, supervisão e registro na prestação destes serviços e as atribuições para sua regulamentação. No campo de transplantes foi criado o Conselho Nacional de Transplante, em 1999, atualmente denominado Centro Nacional de Transplantes, como um componente importante do setor saúde para conservar a vida com máxima qualidade”.

As estratégias, linhas de ação e atividades são consideradas dentro das 10 estratégias do Programa Nacional de Saúde, que levariam a consolidar um sistema nacional de transplantes para regular e normalizar a qualidade do processo; assim como para a construção de uma cultura de doação altruísta de órgãos e tecidos em pacientes com escassos recursos. A avaliação do desempenho, de programas e serviços, se efetuará pelo uso do sistema nacional de indicadores. O programa tem como área responsável ao Centro Nacional de Transplantes.

Linha de Ação 3.5: Racionalizar a atenção das lesões intencionais e por acidentes

O **“Programa de Acción: Accidentes” (SSa 2001 a)**, segue os 4 capítulos do PNS, e afirma que, desde 1970, as lesões aparecem nos primeiros lugares de mortalidade no país (50.000 pessoas, distribuídas entre a juventude e a idade adulta)

provocando a invalidez dos sobreviventes e constituindo a causa mais importante da perda de anos de vida saudável no país.

As estratégias e linhas de ação se estabelecem, sob uma ação intersetorial, para sua prevenção, regulamentação, pesquisa, e norma nacional, para diminuir o impacto destas patologias. Propõe-se, para tal efeito, fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica; melhorar o Sistema da Atenção Médica de Urgências; reduzir os tempos de espera em salas de urgência; unificar o sistema de comunicação; e estabelecer a capacitação permanente do pessoal. As metas foram: diminuir a 10% a taxa de mortalidade por acidentes em geral; a 25% a taxa de mortalidade por acidentes de transporte; e a 13% de acidentes no lar.

Linha de Ação 3.6: Diminuir a dependência ao tabaco, álcool e drogas.

A urbanização e industrialização do país, nas últimas décadas, provocaram um incremento no uso de substâncias que afetam a mente (álcool, tabaco, drogas) e que repercutem na saúde individual, na dinâmica familiar e na convivência social. Os problemas se refletem em maiores índices de mortalidade entre a população em idade produtiva e uma maior frequência de condutas violentas no lar e em público.

O "**Programa de Aceno: Tabagismo**" (SSa 2001 q), retoma os 4 capítulos do PNS, e afirma que o tabagismo é um problema em crescimento em países em desenvolvimento, sobretudo entre mulheres nos grupos etários de 11 a 14 anos de idade, causando problemas emergentes em todos eles.

As 17 estratégias e 21 linhas de ação incluem: o cumprimento do marco normativo para o controle das dependências; a prevenção baseada na intersetorialidade, o tratamento nos três níveis de assistência, e o desenvolvimento de pesquisa.

As metas foram: diminuir em 7,9% o consumo de tabaco no grupo populacional de 10 a 16 anos; criação de 100 clínicas de tabagismo nas instituições

de saúde; dar cumprimento à Norma 028-SSA-199, de controle e prevenção; e regulamentar a proteção dos não fumantes em todas as entidades federativas. A avaliação se realizará segundo o processo, resultados, eficiência e impacto.

3.6.2. O “Programa de Acción: Alcoholismo” (SSa 2001 b), baseado sob os 4 capítulos do PNS, descreve os antecedentes de consumo em grupos etários, gênero, ambientes de trabalho, populações migrantes, rurais e indígenas, e ao mesmo tempo sua relação com a violência, a cirrose hepática e a co-morbilidade psiquiátrica.

As 11 estratégias e 31 linhas de ação se enquadram no fomento de valores e hábitos do autocuidado, na normatividade, na prevenção, no tratamento, na pesquisa e na formação de recursos humanos. As metas foram: aumentar em 20% a percepção de risco ao consumo de álcool na população jovem do país; e capacitar 100% do pessoal no serviço.

O **“Programa de Acción: Drogadicción” (SSa 2001 f)**, se formula sob os 4 capítulos do PNS e no diagnóstico acerca do uso de drogas em lares, áreas educativas, e gênero, e afirma que a maconha e diversos tipos de inalantes são as mais utilizadas no país. As 17 estratégias e 18 linhas de ação estabelecem como prioridades a normatividade, o tratamento, a reabilitação, e a pesquisa. As metas se relacionam com as estratégias e linhas de ação e a avaliação será realizada sobre o cumprimento de metas, operacionalidade e impacto.

Linha de Ação 3.7: Atender os problemas de saúde mental

O **“Programa de Acción: Salud Mental” (SSa 2001 o)** estabelece, baseado na análise do conhecimento no contexto internacional, que este é um problema complexo e determinado por múltiplos componentes biológicos e psicossociais e para sua compreensão e tratamento deve articular-se nas interrelações entre o ambiente social e os indivíduos. Ademais, considera que os organismos internacionais estabelecem a reestruturação da atenção psiquiátrica, a promoção da saúde mental e o desenvolvimento psicossocial da criança.

Descreve que os agravos mentais constituem uma das principais causas de perda de anos de vida saudáveis, estimando que uma quinta parte da população mexicana sofra no transcurso de sua vida, algum tipo de transtorno mental (4 milhões apresentaram depressão, meio milhão epilepsia, 10% demência); pelo qual a demanda deste tipo de serviços tenderá a aumentar. Assim propõe uma mudança na atenção baseada em um enfoque integral e de cobertura a todos os grupos populacionais.

As estratégias e linhas de ação se vinculam com as 10 linhas estratégicas do PNS, e sobressaem o fortalecimento e atenção integral nos modelos de assistência; o incremento dos serviços ambulatoriais; a capacitação dos profissionais; o acesso aos medicamentos dos problemas prioritários; e a criação de redes comunitárias de apoio.

As metas propostas foram: Incrementar em 20% os tipos de serviços (728.884 consultas em 2000); ampliar em 20% a capacidade e recursos (31 unidades com 5.301 leitos, 808 consultórios, 1 384 psiquiatras e psicólogos, no ano 2000); e manter sob controle epidemiológico a taxa de suicídios (2,7 por 100.000 habitantes). O programa está a cargo do Conselho Nacional contra a Droga-Adição. Subsecretaria de Inovação e Qualidade.

Linha de Ação 3.8: Atender as neoplasias malignas

O envelhecimento e hábitos de risco têm conduzido ao aumento do número de tumores malignos na população, em consequência as ações serão dirigidas à promoção de estilos de vida saudáveis, a prevenção de riscos específicos em indivíduos expostos, e à detecção oportuna e atenção precoce aos doentes.

O **“Programa de Acción: Cáncer de Mama” (SSa 2001 c)**, sob os 4 capítulos do PNS, estabelece que a situação atual do câncer de mama se encontra no segundo lugar de mortalidade, em mulheres com mais de 25 anos.

As estratégias e linhas de ação tendem a diminuir o crescimento do câncer através da coordenação inter e intra-setorial; do tratamento com qualidade; da supervisão; da infra-estrutura de apoio; da normatividade; da promoção da saúde; do desenvolvimento gerencial; e da informação.

A avaliação se realizará sob taxas de mortalidade de câncer da mama, em um patamar de 17/100.000 mulheres de 25 anos e mais; o estabelecimento de protocolos de tratamento para câncer segundo estádios da doença; a garantia de tratamento aos 90% dos casos detectados, e a realização de pesquisas sobre fatores de risco.

O **“Programa de Acción: Cáncer de Próstata” (SSa 2001 d)** no seu diagnóstico, coloca este problema de saúde pública no segundo lugar de mortalidade em homens, acima dos 60 anos. Estabelece que os objetivos de prevenção, promoção, detecção oportuna e tratamento, permitirão alcançar uma melhor qualidade de vida, ao utilizar estratégias de normalização; de comunicação social; de coordenação com outros programas; e da pesquisa e informação. As metas propostas foram: avaliar 100% das atividades por meio de seguimento e análise comparativa.

Linha de Ação 3.9: Prevenir e controlar as Infecções de Transmissão Sexual e o HIV-AIDS

O **“Programa de Acción: HIV-AIDS, e Infecciones de Transmisión Sexual” (SSa 2001 h)**, baseado nos 4 capítulos do PNS, sustenta que para deter a epidemia de HIV-SIDA, antes de 2015, é preciso a coordenação intersectorial e a participação social. O México ocupa o terceiro lugar neste problema na América Latina.

Recomenda-se para a prevenção: o uso de preservativos nas relações sexuais; a identificação de fatores de risco e informação; a normatização da transfusão sanguínea; a atenção integral ao dano, otimizando recursos e mitigando os efeitos discriminatórios; e a provisão de apoio social e financeiro. Para isto é necessário

incorporar o maior número de atores nas “campanhas permanentes” de comunicação social e educativa para diminuir condutas de risco e fortalecer o autocuidado.

Os objetivos, missão e visão definem 5 estratégias e 49 linhas de ação e as metas propostas foram: reduzir a prevalência do HIV por transmissão sexual em 15%; de transmissão pré-natal em 75%; por transmissão sangüínea em 100%; reduzir a mortalidade pelo HIV-AIDS em 25% na população de 25 a 44 anos de idade; garantir 100% de acesso aos serviços e reduzir em 100% a violação da Norma Oficial Mexicana. Este Programa está a cargo do Centro Nacional para a Prevenção e Controle do HIV-AIDS. Subsecretaria de Prevenção e Promoção de Saúde

Linha de Ação 3.10: Garantir a disponibilidade de sangue humana segura

O **“Programa de Ação: Transfusión Sanguinea” (SSa 2001 s)** estabelece que o Centro Nacional da Transfusão Sangüínea tenha como missão garantir o abastecimento suficiente e seguro de sangue e derivados, de acordo com a legislação sanitária.

As oito estratégias e linhas de ação enfatizam a auto-suficiência e doação altruísta; a atualização legislativa; a crio-conservação celular; a qualidade, descentralização e regionalização; a produção de hemoderivados. As metas foram: atualizar a legislação sanitária em 100%; estudar e analisar o sangue e seus componentes em 100%; manter e incrementar a doação espontânea do sangue; e criar comitês intra-hospitalares. A avaliação deverá efetuar-se usando indicadores de gestão, de satisfação do usuário e de controle estatístico.

Linha de Ação 3.11: Fortalecer a prevenção e reabilitação dos Incapacitados

A linha de ação propõe que a prevenção da incapacidade deve incrementar-se no futuro, e o tratamento iniciar-se nas primeiras etapas da doença, acidente ou defeito ao nascimento, para evitar as limitações físicas e mentais resultantes. De

acordo com o censo do ano 2000, 2,3% da população sofre de alguma incapacidade grave, com perdas anuais de 75 bilhões de pesos mexicanos.

As metas formuladas incluem: implementar um Programa de Prevenção e Reabilitação da Incapacidade; criar um Sistema Nacional de Registro; priorizar a detecção prematura e reabilitação das doenças ou lesões incapacitantes; certificar 100 serviços de reabilitação e 500 técnicos; estabelecer um serviço hospitalar por cada unidade federativa; instalar a Comissão de Prevenção e Reabilitação de Incapacidade; e obter a participação de todos os setores da sociedade. Este Programa está a cargo do Centro Nacional de Reabilitação.

Ao analisar a linha estratégica 3, "enfrentar os problemas emergentes mediante a definição de prioridades", focado aos problemas de tipo crônico-degenerativo e psicossomático-ambiental externos, encontramos descritos nela as diferentes unidades primárias de análises da teoria da organização.

A intersectorialidade, entendida como uma relação interorganizacional, se encontra presente nas 13 linhas de ação e seus programas, quando descrevem as ações a desenvolver com os diferentes setores e grupos sob uma participação social. Nas 13 linhas de ação se abrangem os problemas crônico-degenerativos, os problemas psicossomático-ambientais externos, o HIV-AID e diferentes enfoques de reabilitação, sem apresentar um eixo intra-organizacional, que permita sua articulação; pelo qual se infere que o manejo destes problemas emergentes e suas prioridades são considerados sob as diferentes especialidades do modelo biomédico tradicional de assistência à saúde, o que dá como resultado a desagregação ou redução destes problemas.

Esta disjunção tem sua explicação no desenvolvimento do conhecimento científico biomédico, baseado na especialização e isolamento dos diferentes elementos que compõem o ser humano (órgãos, células, moléculas), considerado no paradigma mecanicista como uma máquina-corpo. Isso leva a uma assistência médica que consiste em concertar o mau funcionamento do mecanismo avariado e

assim chegar a ter uma aproximação de suas diferentes formas de solução, não de cura, independente do estilo de vida, cultura, conhecimento e classe social do indivíduo. (CAPRA 2004).

Nesta relação intra-organizacional se descrevem as “equipes de saúde” que desenvolverão novas formas de atuação, com ênfase na prevenção e fatores de risco em nível comunitário. Nesta formulação podemos encontrar uma relação inter e intra-organização entre os programas de diabetes e cardiovascular, dada à similaridade de suas diferentes fases de promoção e tratamento. Neste sentido, mostram também a relação indivíduo-organização, quando se descreve as mudanças do trabalho em “equipe de saúde”, por meio da promoção em saúde e o desenvolvimento do trabalho domiciliar e comunitário, com a participação co-responsável e ativa da família e atuação dos grupos de auto-ajuda, para as mudanças individuais de hábitos patológicos.

A eficiência é o vetor normativo mais amplamente encontrado nos 13 programas, seja nas atividades profissionais, seja nas atividades comunitárias e é refletida nas metas quantitativas que eles apresentam. Os elementos de discricionariedade e representação se encontram presentes e regulamentados nas diferentes linhas de ação.

A doença é o objeto de estudo-trabalho mais utilizado em todas as linhas de ação e suas diferentes formas de assistência das doenças emergentes. Desintegra a prevenção já que se limita somente a um componente do processo saúde-doença, isolando os problemas, uma vez que se encontram separados pelas diferentes linhas de ação e seus respectivos programas. A prática profissional por especialidades se ocupa da fragmentação dos corpos (separando não somente o corpo por sistemas, mas também o corpo da mente) e ainda mais, isolando os problemas emergentes dos programas de transplantes, de reabilitação da incapacidade e da transfusão sangüínea.

A Estratégia de Atenção Primária à Saúde se encontra presente nos elementos de participação comunitária, descentralização e intersetorialidade, faltando só o

elemento da tecnologia apropriada, ainda quando não se especificam o surgimento destas relações inter e intra-organização no conceito da EAPS. A sua característica organizacional é que a maioria das linhas se coloca no 2º e 3º nível de atenção e dependem da Subsecretaria de Inovação e Qualidade.

Estratégia 4: Desdobrar uma cruzada pela qualidade dos serviços de saúde

O **“Programa de Acción: Cruzada Nacional por la calidad de los Servicios de Salud” (SSa 2002 g)**, se encontra baseado nos 4 capítulos do PNS, e se institui como um componente essencial no sistema de saúde do México. Esta cruzada nacional, em seu desenvolvimento e avanços, permitirá identificar acertos e fraquezas das políticas e estratégias, que permitam melhorar a cobertura, a equidade e a justiça financeira para os usuários.

A mudança do paradigma obedece à finalidade de mostrar que a qualidade deve ser explicitada e mensurável, sob a responsabilidade de todos os intervenientes, oferecendo quantidade com qualidade e eficiência, e com a participação ativa do paciente.

As pesquisas nacionais mostram em nível estatal ou privado, e ainda entre regiões, níveis de qualidade heterogêneos, tanto na informação e na dignidade humana, quanto na atenção hospitalar e ambulatorial. Entre os fatores geradores deste problema se encontram: a falha de liderança em gestão administrativa, que permita alinhar as estruturas e processos para resultados de qualidade; a existência de uma cultura de informação e não de decisão; e a existência de indicadores inadequados de qualidade, de regulamentação, de acreditação profissional, de políticas de gestão e requerimentos de recursos humanos.

Assim, no capítulo **“onde queremos chegar”**, estabelece que a modificação da cultura organizacional, para lograr a qualidade, deve ser entendida como a “acumulação de aprendizados grupais baseados em sucessos anteriores, por conseguinte válidos, pelo qual devem ser difundidos a todos os membros da

organização” (Schein). Ou bem que “a qualidade deve compreender-se como o grau em que os serviços melhoram a saúde, em congruência com as normas profissionais e os valores da sociedade” (PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE 2001-2006). Neste sentido a qualidade tem duas dimensões: a técnica, que procura alcançar os maiores benefícios com menores riscos, e a interpessoal, denominada como acolhimento na assistência, que busca o respeito ao paciente e sua completa satisfação.

No capítulo “**o caminho a seguir**”, se estabelece os objetivos de elevar a qualidade dos serviços de saúde e obter que estas melhorias sejam percebidas pela população. Para isto formulam-se três estratégias: estímulo à mudança, com 16 linhas de ação; condições de aprendizagem e respaldo, com 28 linhas de ação; e condições de sustentabilidade, com 25 linhas de ação. Todas elas dirigidas aos usuários, prestadores de serviço, organizações e sistemas, e se encontram formuladas a partir dos códigos de ética, educação e informação; do desempenho, sistematização e standardização; até a monitoria, certificação, racionalização estrutural e participação social, como os fatores chave da cruzada nacional. O Programa está a cargo da Subsecretaria de Inovação e Qualidade. As atividades e metas propostas foram as seguintes:

- Definir códigos de ética para os profissionais da saúde, que lhes permitam conhecer os fins, características e limites de sua atividade, para garantir um desempenho efetivo e honesto, assim como um trato digno aos pacientes e a autovigilância do desempenho. Nas atividades destacam a geração de códigos de ética por tipo de profissional em saúde e a difusão em instituições e meios de comunicação. A meta é difundir códigos de ética em 80% das unidades do Sistema Nacional de Saúde.
- Definir e explicitar os direitos dos usuários para serviços integrais, quando receber a informação sobre os riscos de seu padecimento, sobre as características das unidades de atenção e dos profissionais, e à confidencialidade da informação gerada na relação médico-paciente. As

atividades e metas incluem uma carta de direitos do usuário e sua distribuição a 80% dos mesmos.

- Permitir, pela informação, o desenho de mecanismos de reclamação, como um ato de participação cidadã, como uma oportunidade para melhorar a qualidade da atenção e obter informação básica sobre as condições de infraestrutura, recursos materiais e qualidade técnica dos prestadores de serviços. As atividades e metas incluem o fortalecimento do sistema de acompanhamento e de resposta às queixas e sugestões dos usuários.
- Estabelecer um sistema de reconhecimento de bom desempenho, em nível gerencial e operacional, por meio de um sistema de estímulos e recompensas orientado à qualidade, em cada unidade da federação. A avaliação será efetuada a partir da resposta ativa de todos os participantes e por pesquisa operacional.
- Desenvolver um sistema de informação dos produtos hospitalares e cédulas de indicadores, avaliados por uma monitoria permanente nos serviços.
- Utilizar guias clínicas que permitam a avaliação pela padronização de processos, em todos os níveis do sistema de saúde.
- Promover a certificação dos profissionais e estabelecimentos de Saúde.

O “Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico” (SSa 2002

f) se apresenta como outra linha de ação da cruzada nacional, enfocada sobre o ato de atenção no campo das Ciências da Saúde. Seus objetivos e estratégias (10 e 28, respectivamente) sugerem a consolidação deste modelo para obtenção da resolução de conflitos, melhorarem a prática da medicina e o reconhecimento social da comissão.

A Comissão Nacional da Arbitragem Médica (CONAMED) foi criada para tutelar o direito à proteção da saúde e melhorar a qualidade dos serviços proporcionados à população. A meta é a resolução dos assuntos em 85%; implementar um modelo único de manifestação de inconformidade em nível nacional; obter a certificação ISS 9001-2001; difundir as funções e atividades em nível nacional e internacional; e participar e organizar, com instituições de educação

superior, programas de pré e pós-graduação neste campo. O programa está a cargo da Comissão Nacional da Arbitragem Médica.

Nesta quarta linha estratégica ("estabelecer uma cruzada pela qualidade dos serviços"), puderam verificar-se as relações inter e intra-organização do campo da administração pública como aspectos prioritários nos dois programas. Nestas relações encontram-se diferentes postulados da teoria organizacional de sistemas e alguns indícios da teoria cultural. A primeira quando se citam as funções de gerência, informação, regulamentação, reconhecimento do desempenho, certificação e capacidade técnica; e a segunda na formulação da cultura organizacional, da ética, e da participação dos usuários e do acolhimento.

No Programa da cruzada nacional estas relações se encontram imersas nos objetivos e nas três estratégias propostas, fundamentadas na idéia sistêmica de insumo (estímulo à mudança), processo (aprendizagem e respaldo) e resultado (sustentabilidade), que deverá incidir na cobertura, equidade e justiça financeira, e assim alcançar o paradigma da qualidade.

A relação indivíduo-organização está presente nos aspectos da participação social dos usuários, por meio do direito do cidadão e da informação, que lhes permite expressar seu nível de satisfação pelos serviços prestados na cruzada nacional, regulado pela organização.

Na prática profissional, a cruzada pela qualidade, se enfoca nos aspectos da produção de serviços, e esta recai no relacionamento médico-usuário, ou seja, na relação indivíduo-organização. Assim sua característica de categoria econômica, visa uma produção de serviços de tipo artesanal; na categoria política só reconhece os grupos profissionais legalizados pelo Estado e na categoria cultural se define sob uma racionalidade científica, a partir dos códigos de ética para profissionais em saúde, no aspecto de informação, de monitoria, do uso de guias clínicos, da melhoria da gestão, do reconhecimento do desempenho e da certificação. Mesmo assim, freqüentemente esta categoria de produção de serviços, não é reconhecida como tal e devido a isso é citada como atenção médica.

A eficiência do desempenho é o vetor normativo mais freqüentemente utilizado nesta estratégia, em ambos os programas, visando à relação custo-eficácia por meio da mensuração da qualidade. A discricionariedade e representação se encontram regulamentadas nos dois programas e não existe uma forma de participação ativa dos profissionais, ainda menos dos usuários. A discricionariedade se apresenta com maior ênfase na relação profissional-usuário, quando se descrevem as metas a serem alcançadas com a intervenção da população.

No Programa de arbitragem médica as relações inter e intra-organização se encontram na resolução de conflitos e melhoria da prática médica nas diferentes instituições do setor saúde, estatal e privado, em nível nacional. Assim como nas relações com instituições da educação superior, regulando os possíveis programas de formação e capacitação na arbitragem médica. Assim, nesta comissão denota-se a hegemonia do corpo profissional médico.

Estratégia 5: Oferecer proteção financeira em matéria de saúde a toda a população

A saúde tem elementos de incerteza, já que ninguém sabe quando adoecerá. Esse problema, que ao ser enfrentado sem seguro de saúde ou sem poupança suficiente, pode levar o indivíduo a gastos exorbitantes. O programa indica que a metade do gasto total de saúde no México é custeada pelo usuário. Neste sentido, a transição do país para uma economia moderna com instituições sólidas, requer de um sistema de saúde financeiramente mais justo, que proteja à população dos gastos excessivos.

O **“Programa de Acción: Protección Financiera em Salud” (SSa 2002 j)**, propõe democratizar a atenção em saúde, criando condições de acesso, qualidade e financiamento dos serviços, através da “saúde administrada”.

A estratégia tem cinco linhas de ação e indicam que as três formas de pré-pagamento garantirão aos mexicanos indiscriminadamente a proteção financeira e o acesso aos serviços de saúde, integrais e de qualidade.

Linha de Ação 5.1: Consolidar a proteção básica e promover um seguro de saúde popular.

Segundo o artigo 4º da Constituição Mexicana a Secretaria de Saúde instrumentará ações para estabelecer o direito dos mexicanos à proteção da saúde. Neste sentido os programas de extensão de cobertura de serviços de saúde a populações marginais (PROGRESA, PAC, IMMS-Solidariedade), realizam intervenções básicas para as chamadas seqüelas de doenças, mais não incluem serviços complexos de atenção hospitalar.

A consolidação da proteção básica se fará avançando em duas frentes: a cobertura geográfica em comunidades marginais sem atenção e a integralidade da atenção, fortalecendo os serviços de nível primário e os mecanismos de referência dentro do novo “Modelo Integrado de Atenção à Saúde” (MIDAS).

Assim, o seguro popular, que garanta a qualidade dos serviços será coberto mediante um subsídio federal e taxas de afiliação. O pré-pagamento subsidiado com fundos públicos para a população de baixa renda, consolida o seguro popular como um terceiro seguro estatal para poder aderir a uma série de benefícios médicos e de medicamentos (105 intervenções em saúde baseadas em análise de custo-efetividade), que se realizaram utilizando a infra-estrutura pública do setor saúde.

Para o ingresso no seguro popular utilizam-se critérios estabelecidos pelos programas sociais a cargo da Secretaria de Solidariedade (SEDESOL). A Secretaria de Saúde será a coordenadora do seguro, na qual participam os serviços das Secretarias de Saúde e os da seguridade social do Instituto Mexicano do Seguro Social das 31 unidades federativas.

As metas propostas referem-se a indicadores da expansão da cobertura do seguro popular, no ano de 2006, que garantam à população desfrutar deste seguro, o que permitirá reduzir em 75% os gastos excessivos em saúde para 12 % das famílias no país.

Linha de Ação 5.2: Promover e ampliar a afiliação ao Seguro Social.

A diminuição do seguro social na população trabalhadora nos anos 80, segundo o programa, se explica por dois fatos estruturais: a alta carga impositiva das taxas impostas aos trabalhadores e patrões, sobre a folha salarial, que não motivava a criação de emprego formal, e o acelerado crescimento do setor terciário (comércio e serviços), que geram fontes de emprego pulverizadas, difíceis de fiscalizar, além de modalidades de remuneração não assalariadas, em consequência disso, não sujeitas às leis da previdência social.

A modificação da legislação do Instituto Mexicano do Seguro Social, em 1995, permitiu a redução da carga fiscal na folha de pagamento em aproximadamente 33%, e permitiu o desenho de instrumentos de afiliação flexíveis, como a criação do seguro de saúde para a família, uma das opções do seguro popular. Para ampliar as afiliações ao IMSS se propuseram as seguintes medidas: promoção do crescimento da cobertura em meio ponto percentual anual; e a afiliação do trabalhador à previdência social.

Linha de Ação 5.3: Ordenar e regular o pré-pagamento privado.

A promoção do pré-pagamento privado, entre os segmentos da população com maior poder aquisitivo, é outra ação dirigida à proteção financeira das famílias. Para isto se fomentará a contratação de planos integrais de saúde, que incluam serviços curativos e preventivos.

As Instituições de Seguros Especializadas em Saúde (ISES) estão respaldadas pelo marco jurídico das Secretarias Estaduais de Fazenda e Crédito Público (SHCP), da Saúde, e pela Comissão Nacional de Seguros e Fianças. Desde 1998 constituiu uma opção atrativa de planos de pré-pagamento no país, reguladas pela Lei Geral da Saúde, baseadas na medicina preventiva. As metas foram duas: exigir pareceres anuais de todas as Instituições de Seguros Especializadas em Saúde (ISES), e verificar e supervisionar as medidas de instrumentação corretiva das ISES.

Linha de Ação 5.4: Desenvolvimento de outros esquemas de proteção financeira

Instrumentar-se-ão ações específicas para grupos populacionais ou regiões geográficas em condições especiais, como os migrantes mexicanos e a zona de fronteira no norte do país, que beneficiem aos que trabalham e moram na região de fronteira com os Estados Unidos.

Linha de Ação 5.5: Articular o marco de referência do seguro em saúde

O Programa de Ação, Proteção Financeira em Saúde, estenderá gradualmente alguma modalidade de seguro a toda a população, sem importar sua condição de trabalho, localização geográfica ou capacidade de pagamento. Nos dois primeiros anos se concentrará entre as famílias de áreas urbanas com baixo acesso, no segundo ano, entre a população rural, e em 2006, o desafio é alcançar a cobertura total.

As atividades se orientam para alcançar uma vinculação direta dos subsídios individuais e daqueles que o Estado outorga para o seguro, vinculando os recursos às demandas estipuladas e não à oferta de serviços; assim como a ampliação da solidariedade mediante a articulação e regulamentação dos planos de seguros e a diversificação de riscos entre os grupos da população. O Programa se encontra a cargo da Subsecretaria de Inovação e Qualidade.

A quinta linha estratégica, "oferecer proteção financeira em matéria de saúde a toda a população", permite compreender como o campo administrativo da saúde pública, em sua relação interorganizacional, caminha para uma mudança do paradigma da universalidade do sistema de saúde gratuita. Permitirá uma mudança na inclusão do usuário através do pré-pagamento e uma transformação do serviço público. Nele, o "Modelo Integrado de Saúde" (MIDAS), não é mais o elemento básico de transformação, e sim o seguro popular, como um terceiro seguro estatal, o que será o meio para conseguir a universalidade do sistema de saúde, com ações baseadas na análise de custo-efetividade e demanda da população.

A mercantilização, nesta relação interorganizacional, é um fator importante nos fundamentos do neoliberalismo, no qual os seguros estatais e privados (ISES), têm assegurado os benefícios financeiros do Estado, com uma alta tendência à medicalização e uso da estrutura física estatal. A tendência de favorecimento ao seguro popular motivaria no futuro, o desaparecimento do atual sistema de saúde pública. Neste sentido os fundos atuais para financiar o sistema de saúde estatal e social tenderiam paulatinamente a diminuir, o que já se observa com a falta de contratação de recursos humanos, e do pouco crescimento da infra-estrutura material e tecnológica dos serviços públicos. Isto é, no futuro, passaria a depender do seguro popular.

O tipo de prática profissional, proposta nesta linha, é reducionista, com uma visão economicista, "saúde administrada", baseada na demanda e não na oferta, que se desenvolve por meio de uma produção de serviços dividida entre uma tendência artesanal (individual) e/ou industrial-grupal, e com uma visão política que só aborda o aspecto formal ou legal, para o campo médico. Dada esta relação intra-organizacional, pode-se compreender a forma da futura prática em saúde pública estatal, dirigida mais para a promoção da saúde e a prática sanitária da comunidade, deixando, para a produção de serviços, a função de normatização deste setor, os quais passariam a depender do sistema de atenção do seguro popular.

Esta relação, inter, intra e indivíduo-organização do seguro popular, se encontram amplamente regulamentada na Lei Geral da Saúde (SECRETARIA DE SAÚDE, 2004). No capítulo da proteção social em saúde, encontramos a relação inter e intra-organização, no papel regulamentador das unidades médicas institucionais, do financiamento e do cancelamento do seguro (nível federal e estadual). Na relação indivíduo-organização é considerada a parcela familiar de pagamento anual (7,5% do salário mínimo), sendo esta cota progressiva e antecipada (sem esclarecer o que se entende por progressiva); assim também se regula os direitos e obrigações dos segurados referentes à qualidade no serviço e a adoção de condutas adequadas pelo usuário, de promoção e prevenção da saúde.

Ratifica-se nesta relação indivíduo-organização o direcionamento para os fatores de pobreza, marginalização e a exclusão do sistema de saúde atual, na concessão do seguro popular e assim evitar gastos exorbitantes para este grupo de usuários, o que evidencia o elemento de focalização dos serviços nos grupos menos favorecidos, e a possibilidade de pagamento deste grupo, na idéia do crescimento não diferenciado.

Nas últimas décadas se desenvolve no campo da economia a noção do crescimento não diferenciado, que estabelece a necessidade de introduzir a denominada economia do crescimento continuado, canalizando o aumento da produção e do consumo para áreas do serviço estatal, como a educação, a assistência à saúde, a comunicação e os transportes, atividades que correspondiam ao âmbito do Estado. Nesta área social é possível sustentar a idéia de um mercado livre, em equilíbrio, fato que ignora a existência de variáveis sociais, culturais e ambientais que intervêm nas dimensões do crescimento econômico, científico, tecnológico e institucional, sem as quais, tal modelo não tem validade, sobretudo nos países em desenvolvimento (CAPRA 2004). Estas dimensões da ciência, cultura e conhecimento, não são considerados na formulação do seguro popular, uma vez que só desenvolve a idéia de intervir nos grupos economicamente mais empobrecidos do país. Tais grupos devem participar por meio do pagamento, como uma forma de imposto de renda, em serviços que baseiam suas ações em um modelo biomédico artesanal e em uma instituição cuja teoria organizacional normativa ou sistêmica de comando-controle é altamente centralizada.

O objeto de estudo-trabalho ainda é abordado a partir de uma visão da doença ou da saúde, ambas de forma isolada, reduzindo o campo de ação (prática profissional) para as ações curativas, com ênfase no tratamento biomédico tradicional, sob um “que fazer” economicista de tipo artesanal e seguindo as formulações de Leavell e Clark, baseadas no preventivismo.

A eficiência no desempenho é a característica preponderante na formulação das três formas de seguros (popular, social e privado), assim a estrutura física do

seguro popular para desenvolver suas atividades aproveita os dois primeiros níveis do setor estatal, segundo o qual haveria uma otimização no aproveitamento dos mesmos, que se constata na Lei Geral de Saúde (SECRETARIA DE SAÚDE 2004). Por este motivo é possível colocar este vetor normativo na teoria da organização de sistemas.

A representação e a discricionariedade (vetores normativos do campo administrativo) são refreados ao regulamentarem-se os diferentes aspectos dos seguros, como são as responsabilidades do usuário, habitual na teoria organizacional de sistemas, que não permite o livre arbítrio.

As cinco linhas estratégicas substantivas descritas, de acordo com a prescrição do Programa, têm uma relação direta com os cinco objetivos do Programa. Sustentam em seu interior com 34 linhas de ação e programas (que contam por sua vez com suas próprias linhas estratégicas e de ação), os quais mostram uma desintegração dos problemas dos objetos de estudo-trabalho, saúde ou doença, o tipo de prática profissional, do sistema de saúde. Essas estratégias definem ainda, a organização interna do sistema em diferentes setores administrativos: a Subsecretaria de Prevenção e Promoção reúnem-se com as duas primeiras estratégias com aproximadamente 57 estratégias e 223 linhas de ação e a Subsecretaria de Inovação e Qualidade, cotam com as 3 estratégias restantes que contém 99 estratégias e 159 linhas de ação internas, que desarticula as partes e impede olhar o sistema como um todo.

A visão (de mudança externa e continuidade interna) do Programa deverá corroborar-se ao se descrever as cinco linhas estratégicas instrumentais restantes, analisadas taticamente, com base nas quatro dimensões citadas anteriormente, permitindo a compreensão, em sua interação, do tipo de postulado que a sustenta: de bem-estar ou de qualidade.

Estratégia 6: Construir um federalismo cooperativo em matéria de saúde

De acordo com o PND 2001-2006, da Presidência da República, a consolidação do federalismo é prioritária para levar os recursos e a tomada das decisões ao local dos acontecimentos, e aproximar os serviços aos cidadãos para obter uma distribuição equitativa de oportunidades entre os diferentes níveis de governo.

O Programa faz notar que nas duas últimas décadas se realizaram avanços nesta federalização, mas ainda existem aspectos a desenvolver, que abrangem desde o financiamento e a normatização até a coordenação e a operacionalidade. Neste sentido, articula as linhas de ação em nível federal, sobretudo o financiamento, para assegurar uma contribuição proporcional à capacidade de pagamento dos cidadãos, e a redistribuição proporcional às necessidades de saúde em nível regional e estadual, constituindo organismos descentralizados para seu financiamento regional.

Linha de Ação 6.1: Estabelecer um novo mecanismo para atribuição equitativa de recursos

A desigualdade na distribuição de recursos para a saúde, entre instituições, grupos de população, níveis de atenção e unidades da federação, exige a revisão dos critérios e mecanismos de distribuição e as alternativas de orçamento, para uma melhor correspondência entre recursos e necessidades de saúde.

As metas neste aspecto foram: estabelecer o formato do Fundo de Contribuições para os Serviços de Saúde (AFASA); modificar a Lei de Coordenação Fiscal para permitir a distribuição dos recursos por meio da AFASA no ano 2002, e repartir o remanescente entre as unidades federativas em 2003- 2006; descentralizar o recurso do pagamento e outorgar autonomia técnica no financiamento, na prestação de contas e nas experiências municipais. Esta linha de ação está a cargo da Coordenação General de Planejamento Estratégico.

Linha de Ação 6.2: Culminar a descentralização da SSA

A partir da década de 80, se iniciou o processo de federalização da SSA. Nos anos 90 se reforça por meio da criação dos Organismos Públicos Descentralizados (OPD) em Serviços de Saúde, com personalidade jurídica, patrimônio e órgãos de governo. Têm-se avanços na transferência de recursos operacionais (bens móveis e imóveis) mediante acordos entre as instâncias federais e estaduais e entre os sindicatos; nas atividades substantivas de programação, supervisão e avaliação; na transferência de cargos, e no orçamento para serviços pessoais, gastos operacionais e investimento.

Para cumprir com a culminação da descentralização foram propostas atividades contidas no artigo 9 da Lei Geral de Saúde. Para por término à divisão de bens, descentralizar as folhas de pagamento, transferir o Programa de Aumento de Cobertura (PAC), e a regulamentação sanitária as entidades federativas, além de obter a vinculação com os municípios, transferir as instalações de atenção médica ao Governo do Distrito Federal e dar autonomia aos Institutos Nacionais de Saúde.

As metas propostas foram estabelecer três comissões de trabalho (a da transferência de hospitais; a da regulamentação de bens transferidos; e a da revisão global de acordos e convênios com o Governo do Distrito Federal). A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Relações Institucionais.

Linha de Ação 6.3: Consolidar a desconcentração dos serviços de saúde do Instituto Mexicano do Seguro Social (IMSS)

O IMSS modificou suas estruturas orgânicas em 1995, como uma estratégia de modernização e fortalecimento de suas atividades. Define quatro níveis de operacionalização: central, regional, distrital e local, sob o princípio de autonomia de gestão. Em 1998, se deu início a um programa de desconcentração orçamentária, de processos e de atributos, estabelecendo 7 direções regionais, que agrupam aos 37

distritos e dá-se início à conformação de 139 unidades locais de assistência denominadas “Áreas Médicas de Gestão Desconcentrada” (AMGD).

Os objetivos foram: aproximar a tomada de decisão em nível local; separar o financiamento da provisão de serviços; desenvolver a função de planejamento em nível regional e distrital; fortalecer os sistemas de informação avaliação e controle; apoiar a gestão médica, social, e administrativa partindo de metas de qualidade; elaborar normas para ampliar a autonomia dos distritos e das AMGD; e desenvolver ações de controle, seguimento e avaliação do processo de desconcentração. A linha de ação está cargo do Instituto Mexicano do Seguro Social.

Linha de Ação 6.4: Fortalecer a cooperação interestadual em serviço de saúde pública e serviço de especialidades.

Nem todas as unidades federativas contam com uma infra-estrutura em serviços de alta complexidade, assim também a racionalidade orçamentária não justifica a criação quando existe uma baixa demanda, e se requer de recursos humanos com experiência e habilidade clínica para o manejo de problemas de alta complexidade.

Em conseqüência, se formula a integração de serviços, no âmbito regional, para a realização das seguintes atividades: instrumentar acordos de coordenação interestadual que envolva a vigilância epidemiológica e desastres naturais; permitir compras consolidadas de insumos, assessoria e intercâmbio de experiências em áreas administrativas e programas substantivos; estabelecer mecanismos de referência, atenção e assessoria ao paciente e a capacitação em alta especialidade dos profissionais; a criação de laboratórios de saúde pública regionais, em pelo menos 5 regiões do país; e a transferência de recursos entre unidades federativas, de acordo com os compromissos de ações e assistência em saúde. A meta foi estabelecer e renovar acordos entre as 31 unidades federativas no período entre 2002 e 2006. A linha de ação está a cargo da Coordenação Geral de Planejamento Estratégico.

Linha de Ação 6.5: Reforçar o papel coordenador do Conselho Nacional de Saúde (CNS)

O CNS se encontra conformado pelo titular da Secretaria de Saúde Nacional, dos 31 Estados e o Distrito Federal. Foi criado em 1986 com o propósito de fortalecer a coordenação, sob o esquema da descentralização e seu propósito é dar apoio e cumprimento ao Programa Nacional de Saúde, a consolidação do Sistema Nacional de Saúde, e a federalização dos serviços de saúde. A nova alternativa de organização, financiamento e prestação de serviços permitirão a este órgão colegiado, definir, coordenar e avaliar as políticas e estratégias de saúde, respeitando a soberania dos governos estaduais e municipais. As metas a alcançar foram: efetuar quatro reuniões anuais; realizar o seguimento de todos os acordos tomados; e publicar um total de vinte e quatro relatórios. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Relações Institucionais.

Linha de Ação 6.6: Municipalização dos serviços de saúde.

A descentralização e a desconcentração estão guiadas pelo princípio subsidiário que estabelece que tudo aquilo que pode assumir um órgão de governo não deve ser assumido pela sua autoridade superior, o qual se legitima pelo maior conhecimento da realidade ao oferecer os serviços aos cidadãos, sob uma perspectiva local. A Lei Geral de Saúde em seu artigo 13 assinala que aos governos das unidades federativas corresponde formular e desenvolver programas locais de saúde, no marco do sistema nacional de saúde.

A meta foi criar um grupo de trabalho no CNS para potencializar o papel dos municípios na formulação de programas de saúde em seu âmbito territorial; na gestão direta dos serviços de atenção do nível primário; e nas decisões sobre reforma e construção de novas unidades de saúde. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Relações Institucionais.

Ao analisar a linha estratégica 6, “construção de um federalismo cooperativo em saúde”, podemos constatar que esta se insere nas relações interorganizacionais, presentes nas linhas de ação do financiamento, da descentralização da SSa e na desconcentração do IMSS; neste último se descreve os inícios da modernidade do sistema quando menciona a separação entre o financiamento e a provisão de serviços nos níveis do sistema. Assim também, se podem observar no fortalecimento da cooperação interestadual, na transferência de recursos e de ações, na municipalização dos serviços e com maior ênfase no papel reitor do CNS, regulamentada na Lei Geral de Saúde.

A relação intra-organizacional se encontra configurada pelas atuações das diferentes linhas de ação que têm relação com diversas atividades: na produção de serviços e capacitação dos recursos humanos, na gestão administrativa dos diferentes atores institucionais e nos níveis da administração nacional, estadual e municipal, os quais levam à regulamentação centralizada das diferentes atividades na construção do federalismo.

A relação indivíduo-organização não é considerada em nenhuma das linhas de ação desta estratégia, o que de mostra sua pouca importância no Programa.

A Estratégia de Atenção Primária à Saúde (EAPS), que corresponde a uma relação interorganizacional, não é considerada nesta estratégia, ainda que se utilizem elementos que a constituem, como no caso da descentralização e da desconcentração, sem mencionar os conceitos teóricos nos quais se originam.

Ao comparar esta estratégia com o cenário 4, “comportamento dos recursos financeiros, de infra-estrutura e humanos”, quadro 12, observa-se que são mencionados os recursos financeiros e sua distribuição, sem prever a existência de um aumento ou decréscimo dos mesmos. Nessa visão linear não se consideram os recursos físicos (infra-estrutura) e humanos para o marco de políticas do federalismo e operacionalização do sistema de saúde.

A eficiência no desempenho do sistema de saúde é o vetor normativo mais citado, considerando que a federalização ao ser regulamentada nos diferentes níveis da administração, possibilitará a melhoria da atuação do sistema de saúde.

A prática profissional considera somente os aspectos da produção de serviços, com ênfase na categoria política formal do campo médico, sob uma visão econômica de produção artesanal, o que indica o grau de impacto do modelo biomédico e a medicalização atual no sistema de saúde.

Nenhum objeto de estudo-trabalho é desenvolvido na estratégia 6 e em suas linhas de ação.

Estratégia 7: Fortalecer o papel reitor da Secretaria da Saúde.

A Lei Geral de Saúde confere à Secretaria de Saúde as funções de normatização de todo o setor, que compreende atores e instituições estatais e privadas, em níveis estaduais ou federais, que desempenhem atividades relacionadas com a saúde.

Esta função de normatização tem evoluído e atualmente implica a separação de funções e o abandono, por parte do Estado, da prestação direta dos serviços (SSa 2001). A atual administração propõe fortalecer sua função reguladora mediante a consolidação de seu papel como encarregada da formulação e instrumentação de políticas nacionais de saúde, do planejamento estratégico da coordenação de atividades regulatórias de bens, serviços e insumos, da representação internacional e da geração de informação setorial e avaliação do desempenho.

Linha de Ação 7.1: Fortalecer o papel coordenador do Conselho de Salubridade Geral (CSG).

O CGS é um órgão constitucional subordinado ao Presidente da República. É presidido pelo Secretário de Saúde e por 13 conselheiros titulares especializados em diversos ramos sanitários, nomeados pelo titular do Executivo Federal. Sua

finalidade principal será constituir um fórum de análise e decisão de temas sanitários de importância conjuntural ou estratégica, com a participação de especialistas.

Na presente administração se contempla a formulação de um novo regimento que abrigue a criação de uma Junta Executiva, formada pelos titulares da SSa, IMSS e ISSSTE, que definirá políticas, estratégias e ações conjuntas para o cumprimento das metas do Programa Nacional de Saúde 2001-2006. A Junta executiva contará com o auxílio de diversos comitês e grupos de trabalho, para a condução de políticas setoriais, regulamentação de bens e serviços, e informação para a normatividade e o desempenho.

As metas foram: desenhar um novo regulamento para o CSG e a criação de sua Junta Executiva. A linha de ação está a cargo do Conselho de Saúde Geral.

Linha de Ação 7.2: Fortalecer a coordenação intra e intersetorial.

O trabalho, coordenado intra e intersetorialmente, permite a operacionalidade dos programas em nível local de maneira mais eficiente. Assim os conselhos nacionais contra a droga-adição, prevenção de acidentes, e prevenção e controle do HIV-AIDS; como as comissões nacionais de: bioética, genoma humano, segurança e higiene do trabalho; intersectorialidade, formação de recursos humanos e pesquisa em saúde; e os comitês nacionais de: saúde bucal, atenção para o envelhecimento, vigilância epidemiológica e interinstitucional de saúde reprodutiva, terão participação na elaboração e execução dos programas de ação, e os constituirá em acordos oficiais, que lhes permita colaborar com o CSG e com o CNS, para o delineamento do marco regulatório estabelecido.

Linha de Ação 7.3: Promover a cooperação internacional.

Em um mundo cada vez mais globalizado, as fronteiras entre as políticas nacionais e internacionais em saúde são cada vez mais tênues. O México tem aberto suas fronteiras ao comércio e se incorporado aos diversos blocos comerciais, assim

como a revolução das comunicações e a intensificação dos fluxos migratórios, os quais tem enorme impacto na saúde.

O Governo de México, como membro da OMS e da OPAS tem firmado compromissos internacionais (23 convênios na atualidade), entre os quais destacam o HIV-AIDS, a saúde da mulher, a tuberculose e o transplante de órgãos e tecidos.

A formulação da Cartilha Bi-nacional de Saúde é um aspecto importante dos programas de saúde na fronteira México - Estados Unidos, para o controle das doenças; o intercâmbio técnico e acadêmico entre países para a formação de recursos humanos e o debate de políticas em saúde, a partir das experiências internacionais. As atividades da atual administração compreendem: continuar com os compromissos para fortalecer a presença nos organismos internacionais; incrementar a participação em organismos de cooperação multilateral; avaliar alternativas para garantir a saúde dos migrantes mexicanos; e estreitar a cooperação com países limítrofes.

As metas para o ano 2006 foram: cumprir em tempo, forma e montantes com os tratados internacionais firmados; participar em eventos internacionais; realizar reuniões com a chancelaria; apoiar candidatos a bolsas; participar dos grupos de trabalho fronteiriços; e coordenar eventos de saúde que se desenvolvam no país. A linha se encontra a cargo da Subsecretaria de Relações Institucionais.

Linha de Ação 7.4: Reforçar a política de acesso e consumo razoável de medicamentos.

O medicamento é considerado um componente essencial na atenção á saúde, assim é necessário garantir sua efetividade e segurança, seu abastecimento oportuno, sua prescrição racional e sua venda na apresentação adequada e a um custo justo.

A presente administração realizará as seguintes atividades: revisar a elaboração do Quadro Básico de Insumos para o 1º nível e do Catálogo de Insumos para os níveis secundário e terciário de assistência; promover a operacionalidade de

sistema de abastecimento dos medicamentos essenciais e das receitas no nível primário; estabelecer o abastecimento dos medicamentos genéricos em todas as farmácias do setor privado; elaborar guias de prescrição baseadas em evidências e custos; capacitar o pessoal da saúde e de drogarias para o uso racional de medicamentos e mecanismos para efetivar o direito dos pacientes à informação.

As metas para o ano 2001-2006 foram: contribuir para que o 25% dos medicamentos do mercado sejam genéricos; propor mudanças legislativas para que os medicamentos em vias de registrar-se realizem provas de intercambiabilidade. A linha de ação está a cargo do Conselho de Saúde Geral.

Linha de Ação 7.5: Proteger a população contra riscos sanitários.

O Estado é responsável de proteger a sociedade contra riscos à saúde ocasionados pelo uso e consumo de alimentos, bebidas, medicamentos, produtos de beleza e higiene, nutrientes, vegetais, praguicidas e outros produtos; assim como prevenir e controlar os efeitos nocivos dos fatores ambientais sobre a saúde. A Lei Geral de Saúde confere à SSa o exercício do controle sanitário sobre o processo, uso, importação, aplicação, disposição final e publicidade dos produtos e estabelecimentos citados.

Para evitar o fracionamento pelas especialidades, a atual administração criará a Comissão Federal para a Proteção contra Riscos Sanitários, como órgão descentralizado da SSa. As funções da comissão serão: instrumentar a política nacional; melhorar e exercer a regulamentação, controle, e avaliação de produtos; e exercer suas atribuições sobre os efeitos ambientais.

As metas para o período 2001-2006 foram: aprovar 100% dos laboratórios, 60% dos produtos provenientes da pesca, e 95% dos estabelecimentos dedicados ao processamento de medicamentos; exigir a informação técnica em 100% dos medicamentos; modificar o Regulamento de Insumos para a saúde; e diminuir em 50% o tempo de espera de resposta do Laboratório Nacional de Saúde Pública. A

linha de ação está a cargo da Comissão Federal para a Proteção contra Riscos Sanitários.

Linha de Ação 7.6: Fortalecer o Sistema Nacional de Informação em Saúde.

A geração de informação em saúde responde às mudanças nos perfis demográfico e epidemiológico e às transformações das instituições de saúde. Na atualidade se conta com o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SINAIS), que apóia as atividades de planejamento e a tomada de decisões. A instância executiva é o Grupo Interinstitucional de Informação em Saúde (GIIS), o qual está constituído por representantes do setor saúde, estatal e privado, e das agências federais encarregadas da geração e recompilação de tipos de informação similares.

O Sistema Único de Informação e Vigilância Epidemiológico (SUIVE) tem sido muito útil na divulgação de informes sobre doenças transmissíveis e crônicas, para a operacionalidade dos serviços e de controle de surtos e epidemias. A informação de caráter administrativo tem sido incorporada lentamente, tanto na informação em saúde como no sistema setorial. A consolidação do sistema SINAIS depende da harmonização progressiva dos sistemas institucionais, da incorporação da informação administrativa e da incorporação efetiva da informação do subsector privado.

As metas propostas foram: publicar a Norma Oficial Mexicana de informação em saúde; realizar reuniões bimestrais do GIIS; atualizar o manual de fontes e métodos; consolidar a estatística do setor saúde privado; acompanhar a Certidão de Nascido Vivo; assessorar: o sistema de gestão do produto hospitalar e o sistema automatizado de causas básicas de morte; e gerar um programa editorial. A linha de ação está a cargo da Coordenação General de Planejamento Estratégico.

Linha de Ação 7.7: Criar um Sistema de Contas Nacionais e Estaduais de Saúde.

Este sistema permitirá apoiar o financiamento e a distribuição de recursos além de obter informação do gasto pelas variáveis da fonte, do fundo provedor, do nível de atenção, do grupo de idade e sexo atendido, e do tipo de agravos à saúde, entre outras. As atividades programadas seriam: gerar no sistema SINAIIS um sistema de contas nacionais e estaduais, e o uso de ambos como apoio ao financiamento e distribuição de recursos.

As metas foram: estabelecer convênio com a OPAS e o Governo do Canadá para a colaboração técnica sobre contas estaduais e operacionalizar as contas federais e estaduais. A linha de ação está a cargo da Coordenação Geral de Planejamento Estratégico.

Linha de Ação 7.8: Fortalecer a capacidade de avaliação do Sistema Nacional de Saúde.

A avaliação do desempenho do sistema de saúde é um dos principais instrumentos da SSa para cumprir com suas funções de normatização, já que permite avaliar o cumprimento de objetivos gerais do sistema, e constituir-se como um mecanismo básico da prestação de contas nos programas prioritários da administração.

As metas que devem ser alcançadas no período 2001-2006 são: definir e implementar uma nova lista de indicadores de resultados, a fim de avaliar o sistema nacional de saúde; disseminar os resultados da avaliação (página Web da SSA, informes, síntese executiva, documentos técnicos); realizar reuniões técnicas com o SINAI e implementar o sistema de avaliação do desempenho nacional e estadual.

Ao analisar a estratégia 7, “Fortalecer o papel reitor da Secretaria de Saúde”, nota-se que esta se constitui na mais importante relação interorganizacional no campo da administração pública. Nas 8 linhas de ação se denota a função de

normatização intersetorial das políticas, da regulamentação e informação necessárias para uma avaliação do desempenho nas contas nacionais e estaduais. Em consequência a eficiência contínua, é o vetor normativo de maior importância para esta relação interorganizacional no Programa. Neste campo se situa a cooperação internacional e sua complementaridade para a eficiência, como um ponto importante na situação atual do sistema no tocante à modernização e globalização do sistema de saúde.

Na relação interorganizacional, os aspectos intersetoriais definem só as instâncias que aparecem na organização interna da Secretaria de Saúde e as comissões e comitês científicos nacionais, sendo que em nenhum momento são consideradas as organizações não governamentais ou grupos organizados da sociedade, evidenciando que a incerteza na regulamentação é um problema a ser evitado, fato normal na teoria organizacional de sistemas.

Nesta relação se denota a importância que o Programa apresenta para separar as funções de prestação de serviço da Secretaria de Saúde e aumentar sua função de normatização, fazendo com que o fortalecimento da regulamentação e informação permita a formulação de políticas intersetoriais, que sustentem a melhoria de uma administração centralizada, típica também da teoria de organização neoclássica ou de sistemas.

A relação intra-organização se encontra presente na coordenação intra-setorial, no acesso aos medicamentos e nos riscos sanitários, como elementos chave da normatização da Secretaria de Saúde, em sua relação com a indústria farmacêutica e o meio ambiente.

O cenário 6, apresentando na página 95, “acesso à informação segundo setores, componente organizacional e resultados no sistema de saúde”, surge na linha de ação 7.7, que refere à informação no setor público. Neste caso, sob um comportamento organizacional rígido e com duas possíveis alternativas de uso, uma aberta para o público, o que daria como resultante um espaço democrático limitado

estruturalmente pela organização de tipo rígido e a outra fechada só para o setor saúde, como uma relação intra-organizacional para uso específico. Isto segundo as linhas de ação 7.8 e 7.9, que permitiriam regulamentar o sistema de contabilidade e de avaliação do setor saúde, tendendo para um comando-controle centralizado.

Outro cenário citado é o número 7, que descreve o “processo de trabalho, segundo fluxo de informação, tipo de organização, e enfoque dominante de saberes”, quadro 16, o qual é mencionado na linha de ação sobre proteção à população dos riscos sanitários. Estabelece-se uma integração das disciplinas sanitárias (comissão interdisciplinar neste campo), para evitar sua desagregação, sendo o único elemento do conhecimento em saúde pública citada no Programa que tende para a interdisciplinar; ainda que se esqueça de apontar os fluxos de informação no grupo de trabalho e a forma de abordar a organização dos recursos e o enfoque de saberes, para a obtenção da mesma.

A normatização passa a ser a função mais importante para o sistema de saúde, em uma relação intra-organizacional, já que centraliza as funções no CSG e na atualidade na Secretaria Executiva, sem estabelecer nenhuma forma de articulação com a sociedade nos vetores normativos de representação e discricionariedade. Esta abordagem se estrutura no resgate da função de modulação (normatização) de acordo com o modelo de pluralismo estruturado, como uma função prioritária em nível central do setor e deixa de lado a função de prestação de serviços sob esquemas pluralistas, das instituições estatais e privadas, segundo o postulado citado (LONDOÑO e FRENK 1995).

Estratégia 8: Avançar para um Modelo Integrado de Atenção à Saúde (MIDAS).

A atenção à saúde, no mundo todo, tem passado da fase de privilegiar os atos clínicos curativos, hospitalares, especializados e institucionais, para promover a saúde preventiva no meio familiar e na comunidade. Por outro lado, os esforços para melhorar a resposta do sistema e a satisfação dos pacientes com os serviços de saúde

têm transferido a tomada de decisões e o manejo dos recursos ao âmbito local e outorgado aos usuários maior capacidade de decisão.

O Programa Nacional de Saúde propõe a adoção de um novo Modelo Integrado à Saúde (MIDAS), como um modelo comunitário de atenção integral, orientado ao usuário e articulando o cuidado profissional com o autocuidado, os quais, retomando os êxitos de cobertura alcançados, restabelecem a continuidade na atenção.

As 6 linhas de ação da estratégia se dividem em dois grupos: O dirigido a reorganizar os espaços da atenção e o destinado a articular a prestação de serviços.

Linha de Ação 8.1: Reordenar as ações de saúde no meio familiar e comunitário.

Os sistemas tradicionais de saúde se caracterizam pela sua rigidez organizativa e pela desatenção das necessidades de saúde que não chegam às instituições de saúde. Na prática significa que o sistema descarrega uma grande parte da atenção das pessoas doentes e adultos maiores, sobre o âmbito doméstico e comunitário, em particular sobre as mulheres, que cumprem com um papel fundamental como cuidadoras informais dos doentes.

A combinação do autocuidado, atenção comunitária e atenção profissional têm demonstrado ser uma alternativa eficiente na produção de serviços. Estas iniciativas requerem a cooperação interinstitucional e fórmulas de colaboração com os grupos de auto-ajuda e das Organizações Não Governamentais (ONG).

As iniciativas incluem: conscientizar à população sobre o direito e a obrigação intervindo ativamente na sua própria atenção, desde as etapas preventivas até a reabilitação; criação de serviços de enfermagem comunitária e domiciliar; fortalecimento das unidades médicas de atenção e seguimento domiciliar dos pacientes terminais; fortalecimento dos serviços ambulatoriais nos hospitais; participação das ONG nas atividades de condutas saudáveis; criação de mecanismos

de apoio para a atenção, o cuidado familiar e comunitário, dos doentes mentais, crônicos, de adultos maiores e dos incapacitados. As metas estão por definir-se. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Inovação e Qualidade.

Linha de Ação 8.2: Fortalecer a capacidade resolutiva do nível primário.

Um alto percentual das necessidades de saúde pode resolver-se no nível primário de atenção. Apesar disto, os usuários dos serviços públicos de saúde recorrem aos serviços de urgência e de consulta externa dos hospitais. A razão disto é a falta de capacidade resolutiva do nível primário, devido à escassez de insumos básicos, problemas de capacitação do pessoal de saúde e barreiras administrativas (horários mal planejados, como longos tempos de espera, e atendimento inadequado, entre outros).

Para seu fortalecimento, se tomaram as seguintes providências: melhoria do abastecimento de medicamentos e insumos essenciais nas unidades de atenção, farmácias e drogarias para o nível primário; capacitação do pessoal na atenção dos agravos que motivam a consulta, incluindo as doenças emergentes; revisão da estrutura organizacional das unidades e adoção de horários de consulta e atividades de pré-consulta adequadas às necessidades dos usuários; e atualização dos sistemas de referência e contra-referência. As metas estão por definir-se. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Inovação e Qualidade

Linha de Ação 8.3: Promover a autonomia da gestão hospitalar e a gestão por contrato.

O controle centralizado das unidades de saúde incide de maneira negativa na qualidade e eficiência da atenção à saúde. Os serviços que funcionam sob estas condições respondem com lentidão e de maneira pouco precisa às necessidades dos pacientes e dos provedores diretos da atenção e às mudanças na demanda de serviços. Assim mesmo, a destinação de recursos aos prestadores de serviços de saúde, sobre bases históricas, tende a ser não equitativa e eficiente, perpetuando a

iniqüidade e ineficiência. Ainda mais, encontra-se associada à prestação de contas e processos de avaliação do desempenho.

O MIDAS contempla a promoção da autonomia hospitalar e a destinação de recursos sobre a base de acordos de gestão, que comprometam aos prestadores de serviços a cumprir determinadas metas de cobertura e qualidade a cambio de uma determinada remuneração. Ao mesmo tempo, estimula a responsabilidade institucional e gera incentivos para a melhoria da qualidade e produtividade dos serviços.

As atividades previstas pela atual administração foram promover a transição gradual da destinação de recursos sob uma base histórica para uma modalidade orçamentária baseada em acordos de gestão, definido sob a população a ser coberta; bem como estabelecer os parâmetros de custo “*per caput*”, ou “*pacote de benefícios*”, das partidas orçamentárias com manejo descentralizado, e das metas de cobertura e qualidade. Além de itens que detalhem as características dos serviços, recursos humanos, mecanismos de qualidade, proteção dos direitos dos usuários, e procedimentos de revisão e modificação destes acordos ambulatoriais e hospitalares.

As metas a serem alcançadas foram: estabelecer acordos de gestão experimental no ano 2002 com quatro Institutos Nacionais de Saúde e estabelecer 19 acordos de gestão em 2004-2005 com os Institutos Nacionais de Saúde. A linha de ação está a cargo da Coordenação Geral de Planejamento Estratégico.

Linha de Ação 8.4: Criar mecanismos de compensação entre o governo federal e as entidades federativas.

Na medida em que a atenção em saúde se constitua em um direito cidadão, os mexicanos poderão utilizar os serviços de saúde de acordo com suas percepções de qualidade e acessibilidade aos mesmos. Neste marco, os mecanismos de compensação devem ser vistos como uma estratégia para fortalecer a separação entre o financiamento e a prestação de serviços, assim como romper barreiras

organizacionais e geográficas e recompensar aos prestadores que ofereçam os melhores serviços ao menor custo, ou seja, o objetivo da compensação é assegurar que os recursos sigam ao paciente, que terá a possibilidade de escolher ao provedor primário de sua preferência.

As atividades previstas foram: adequar o marco jurídico das instituições para facilitar sua integração funcional, mediante a oferta da capacidade excedente; estabelecer mecanismos e parâmetros comuns de custos, programação e controle orçamentário, que facilite a interação entre as instituições; firmar acordos de colaboração e transferência dos recursos estaduais e institucionais; e a criação de um fundo de compensação entre entidades federativas e instituições de saúde.

As metas a lograr foram: constituir grupos de trabalho de Gestão por Produto no setor estatal para o ano 2001; propor o cruzamento do pagamento entre unidades federativas para o ano 2002; estabelecer um sistema de preços contábeis e de pagamento homogêneos entre entidades e instituições para o ano 2004. A linha de ação está a cargo da Coordenação Geral de Planejamento Estratégico.

Linha de Ação 8.5: Otimizar a capacidade instalada.

O sistema de saúde enfrenta uma série de problemas relacionados com diferentes barreiras das culturas organizacionais fechadas, que tem dado como resultado situações em que o dispêndio e a duplicação coexistem com as carências.

A diferença nas taxas anuais da ocupação hospitalar entre a SSA, 62%, e o IMSS, 84%, é um bom exemplo das possibilidades de uso da capacidade instalada excedente, antes que realizar novos investimentos em infra-estrutura. Uma situação similar acontece com equipamentos subutilizados. Assim, a nova tecnologia deverá ser avaliada em função de seu custo-efetividade e sua utilidade na resolução de problemas prioritários. O mesmo ocorre com os recursos humanos, sua disponibilidade em instituições ou unidades de atenção vizinhas.

As atividades compreenderiam: a formulação de um marco regulador que promova a racionalização da capacidade instalada e a interação entre instituições e unidades para a oferta da capacidade instalada; avaliação da capacidade instalada dos hospitais estatais por serviço; e proposta de incentivos, mecanismos de cruzamento de pagamento, e sistema de preços contábeis entre unidades e instituições. As metas a definir-se. A linha está a cargo da Subsecretaria de Administração e Finanças.

Linha de Ação 8.6: Criar redes virtuais para prestação de serviços de saúde.

O MIDAS contempla a criação de redes virtuais de prestação de serviços de saúde que darão maior eficiência à referência e contra-referência de pacientes, garantindo a continuidade da atenção, evitando a duplicação de estudos e ampliando a oferta de serviços.

As atividades a serem desenvolvidas foram: formular planos de fortalecimento da infra-estrutura de comunicação do setor saúde; introdução de sistemas computadorizados para o manejo integral dos pacientes em todos os hospitais do setor; desenho de experiências piloto de redes virtuais em âmbitos geográficos amplos, em diferentes níveis de atenção; criação de unidades virtuais de admissão, e de informação sobre leitos disponíveis para as diversas especialidades. As metas do período 2001-2006 foram: ligar as unidades de nível primário, secundário e terciário à rede da Secretaria de Saúde.

O **“Programa de Calidad, Equidad, Desarrollo y Salud” (PROCEDES) (2002 b)**, vem sendo o único apresentado nesta linha estratégica instrumental, como um programa de financiamento estratégico, em um marco de inovação em saúde, que fortalecerá aos programas dirigidos a diminuir os problemas de seqüelas em saúde. O Programa está sendo co-financiado pelo Banco Internacional de Desenvolvimento e a Secretaria de Finanças.

Sua formulação é similar ao Programa Nacional de Saúde em seus 4 capítulos. No capítulo, **“onde estamos?”**, coloca-se a extensão da cobertura e o

acesso geográfico dos serviços de saúde como um problema a ser solucionado, assim como a falta de equidade na distribuição de recursos públicos e de qualidade no atendimento aos usuários. Descreve também, a ineficiência administrativa no processo de descentralização que impedem que se aperfeiçoe a relação custo-efetividade.

No capítulo, “**onde queremos chegar?**”, apresentam-se os valores de equidade juntamente com os de qualidade, acessibilidade, eficiência, inovação e desenvolvimento da população, que sintetizam a missão de destinar o financiamento à população mais desprotegida. Articula-se sob três componentes:

- Equidade com qualidade, dirigido aos municípios rurais com baixo nível de bem-estar (908), urbano-periféricos (50), saúde e nutrição indígena (530), fortalecimento do hospital básico comunitário (207), e prevenção do HIV-AIDS.
- Capacitação, certificação, transparência e eficiência dirigida a áreas administrativas centrais e estatais da Secretaria de Saúde (Ministério da Saúde).
- Inovação e avaliação para apoiar a capacidade de resposta estratégica da administração em saúde e o financiamento para projetos e modelos inovadores, incluindo o Modelo Integrado à Saúde (MIDAS). Ao mesmo tempo manifesta a necessidade de melhorar a informação técnica, administrativa e financeira para a tomada de decisões. A avaliação de cada componente será efetuada por meio de indicadores quantitativos e percentagem dos logros obtidos.

Ao analisar a linha estratégica 8, denominada “Avançar para um modelo integrado de saúde” se percebe uma estratégia instrumental para alcançar os 5 objetivos formulados no capítulo “onde queremos chegar”. Em consequência, ratifica a idéia formulada no Programa Nacional a propósito de alcançar a universalidade por meio das linhas estratégicas substantivas 4 (qualidade), e 5 (financeira), para assim chegar ao Modelo Integrado de Atenção à Saúde (MIDAS).

Neste campo concreto da prática profissional em saúde pública se apresentam dois elementos chave para compreender a idéia de Modelo Integrado de Atenção à Saúde: a) a reorganização dos espaços e b) a articulação da prestação de serviços, o que implica compreender o tipo de atenção à saúde desenhada para a comunidade, em uma relação inter e intra-organização, o que se lograria por meio de uma articulação na prestação de serviços nos três níveis de atenção. Este enfoque privilegia a separação das atividades de prestação e integração de serviços e o financiamento por meio de uma administração baseada em acordos de gestão, o que denota uma vez mais, sua tendência para a teoria organizacional de mercado e se acerca aos fundamentos do crescimento não diferenciado. O que estabelece que o aspecto teórico do pluralismo estruturado se encontra também presente nesta estratégia e suas linhas de ação.

A consideração feita no parágrafo anterior tem relação com as estratégias de qualidade e proteção financeira, e se formulam com maior pertinência na linha de ação 8.4, denominada compensação entre a Federação e Estados, onde a exigência de separar o financiamento da prestação de serviços é um item importante e corrobora a idéia do pluralismo estruturado, em onde a regulamentação para o setor saúde, teria uma maior importância.

Em ambos os aspectos, reorganização de espaços e articulação de serviços, a relação intra-organizacional se estabelece considerando só um aspecto da prática profissional. A atenção na produção de serviços e os outros dois componentes, a pesquisa e a formação de recursos são consideradas isoladamente, tanto nos programas das linhas de ação citadas, como no Programa de qualidade, equidade e desenvolvimento (PROCEDES). Este é o único programa, dentro do Programa nacional, com um orçamento amplo, que mais parece um projeto de pesquisa operacional em problemas de seqüelas de doenças, e que tem uma incidência nas relações inter, intra-organização do MIDAS.

A relação intra-organização se apresenta com maior precisão na autogestão hospitalar, na otimização do uso de espaços e da rede virtual em medicina, todas

estas relacionadas com a atenção médica, que continua sendo a profissão hegemônica no setor da saúde pública. Isto tem uma relação estreita com o cenário 5, “recursos humanos médicos e outro tipo de profissional, ciência e tecnologia e o sistema de saúde”, quadro XIII, onde o incremento dos recursos médicos e a ciência e tecnologia favoreceriam a hiper-especialização e a hiper-tecnologia, em uma visão baseada na teoria organizacional de mercado.

O vetor normativo mais amplamente citado nas diferentes linhas de ação é a eficiência, explicitada na mensuração do desempenho, na prestação de contas, e nos mecanismos de compensação, como o vetor de maior repercussão para o sistema de saúde.

A mercantilização e a eficiência se encontram descritas nas linhas de gestão hospitalar por contrato, assim como também na linha de ação de otimização da capacidade instalada que tem relação com o cenário 4 (recursos financeiros, de infraestrutura e humanos no sistema de saúde, quadro 12). Mais especificamente no subcenário linear do incremento dos recursos de infra-estrutura e financeiros, que leva a um marco operacional como proposta de elevação na produtividade do setor por intermédio dos trabalhadores da saúde, embora neste caso seja apresentado pela organização, como um elemento chave para a subsistência do sistema.

Estratégia 9: Ampliar a participação cidadã e a liberdade de escolha no nível primário.

O Programa indica que o desenvolvimento democrático do México deve sustentar-se no exercício dos direitos cidadãos e no reconhecimento da riqueza da sociedade civil. No plano das políticas sociais, isto deve traduzir-se em políticas de inclusão e de mecanismos e instâncias de participação. Um sistema de saúde, efetivo e eficiente requer de cidadãos e grupos organizados, interessados em incorporar temas de saúde à sua agenda e participar na formulação, implantação e avaliação de políticas e programas.

Linha de Ação 9.1: Ampliar a participação cidadã nos Comitês de Qualidade.

O interesse da população à atenção em saúde é múltiplo. Os cidadãos, de forma individual e organizada, exigem o reconhecimento das suas opiniões e demandas e a participação na solução dos problemas de saúde de caráter local, estadual ou nacional. As autoridades, por sua parte, requerem de propostas informadas e de consenso. Daí a necessidade de criar canais institucionais para incorporar os diagnósticos, as propostas e opiniões da população à agenda política e levá-las às instâncias de discussão e decisão, em todos os âmbitos.

As metas no ano 2002 foram: constituir 32 Comitês Estaduais de Qualidade que incorporem as organizações civis para validar a informação dos resultados da monitoria dos indicadores chave; lograr o retorno de informação sobre ações e resultados da melhoria da qualidade da atenção médica à 80% de usuários; e que estes usuários se declarem satisfeitos com a informação sobre sua atenção, retornem e promovam os serviços oferecidos pela sua unidade de saúde. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Inovação e Qualidade.

Linha de Ação 9.2: Ampliar a liberdade de ação no nível primário.

Os cidadãos contam com três mecanismos para manifestar suas preferências: a voz, o voto e a seleção do bem ou serviço de sua preferência. No campo da saúde esta última possibilidade se concretiza na escolha do prestador de serviço no nível primário.

A administração promoverá a implantação responsável e gradual da escolha do provedor primário de atenção em todas as instituições públicas; a criação de uma base de dados para a identificação dos pacientes que formam a lista de cada médico e avaliar a possibilidade de mudança de médico de família, de acordo com as disponibilidades da instituição. Metas a definir-se. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Inovação e Qualidade.

Linha de Ação 9.3: Garantir a atenção aos grupos de auto-ajuda e a grupos representantes da sociedade civil.

A consolidação do novo pacto político entre governo e sociedade se plasma na consecução de consensos para a implantação de políticas e programas. Neste processo uns dos principais atores são as ONG, que se desenvolvem para realizar diagnósticos, atividades e programas dirigidos ao atendimento de diferentes problemas. No campo da saúde, as ONG, são organizações de auto-ajuda que, além de responsabilizar-se pelo manejo da saúde de seus membros, buscam incrementar a consciência pública sobre os problemas que motivaram sua criação e convencer às autoridades da necessidade de dedicar maiores recursos para seu atendimento.

A administração se propõe consolidar vínculos com as ONG, com o propósito de fortalecer o diálogo com os grupos cidadãos e enriquecer a informação e alternativas sobre diferentes problemas de saúde, que resulte no melhor desempenho do sistema de saúde. Metas a definir-se. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Relações Internacionais.

Linha de Ação 9.4: Propiciar a prestação de contas tornando acessível à informação pública aos cidadãos.

A falta de transparência nas ações públicas gera desconfiança entre os cidadãos. Por esta razão é necessário contar com mecanismos de vigilância como garantia da prestação de contas perante a sociedade, que permitam o acesso regular à informação relevante e a avaliações periódicas das políticas e programas do setor.

As atividades compreendem a informação pública por meio de publicações, documentos e sites do setor; informes periódicos sobre o desempenho das unidades e programas; e publicação da avaliação do desempenho do sistema nacional de saúde. A linha de ação está a cargo da Coordenação Geral de Planejamento Estratégico.

Ao analisar esta linha de ação 9, “ampliar a participação cidadã e a escolha do prestador no nível primário de atenção”, distinguem-se as idéias de participação comunitária, da livre escolha do médico, da relação com grupos de auto-ajuda e da prestação de contas. Isto permite observar que nas suas três primeiras linhas de ação se estabelecem as relações inter e intra-organização com respeito à sociedade, ao grupo médico e aos grupos organizados, instituídos sob uma regulamentação central e estadual, sem considerar nestas o nível municipal, e o vetor normativo de representação na prestação de contas.

Nesta visão, o sistema de saúde, que se propõe e que se fundamenta nesta estratégia, não é considerado como um todo, já que se fragmenta na tomada de decisões apenas para o nível primário, e ainda mais, apenas é considerado o relacionamento médico-usuário, eixo da atividade curativa, característica de uma prática formal (categoria política) e de um “que fazer” de tipo artesanal (categoria econômica), ambas hegemônicas na saúde pública atual.

A participação comunitária é considerada nas diferentes linhas de ação como uma relação inter e indivíduo-organização, sem salientar-se que o surgimento desta proposta se encontra na Estratégia de Atenção Primária à Saúde.

Os vetores normativos de eficiência, discricionariedade e direitos individuais, são abordados nas 4 linhas de ação dessa estratégia, ainda quando regula a participação cidadã, nos comitês de qualidade só até o nível estadual.

Estratégia 10: Fortalecer o investimento em recursos humanos, pesquisa e infraestrutura.

A produção de serviços se caracteriza pelo emprego intensivo de uma ampla gama de recursos humanos e materiais, informação e conhecimento. Na medida em que estes elementos sejam geridos e distribuídos de maneira racional e equitativa se garantirá uma prestação de serviços de saúde equitativa e de qualidade.

No setor saúde no México existe insuficiência de certos recursos e existe um problema grave de má distribuição na maioria deles; assim nas grandes cidades se tem um excesso de pessoal médico e “paramédico”, que se traduz em subemprego e desemprego, mas nas áreas rurais se tem escassez. Assim mesmo, os centros geradores de conhecimento se concentram em poucas instituições, localizadas, em sua grande maioria, em três grandes cidades do país. Este problema é o resultado de uma falha de planejamento e coordenação entre as instâncias geradoras de recursos, os tomadores de decisões e prestadores de serviços.

O objetivo é formular nas políticas de saúde, a idéia de que o investimento em capital humano, conhecimento e infra-estrutura, têm uma importância estratégica, e que no planejamento e desenvolvimento destes recursos, deverá fazer-se uso de critérios explícitos, levando-se em conta as necessidades concretas de saúde.

Linha de Ação 10.1: Fortalecer a qualidade da educação dos profissionais da saúde.

Para oferecer serviços de qualidade é necessário contar com profissionais de saúde capacitados. Em nosso país, a heterogeneidade é a regra, devido à carência de mecanismos para controlar a abertura e observar atentamente o desenvolvimento de centros de ensino superior em ciências da saúde.

As atividades propostas foram: realizar um diagnóstico sobre a qualidade da educação destes profissionais por meio da Comissão Interinstitucional da Formação de Recursos Humanos para a Saúde; instrumentar uma estratégia em colaboração com o setor educativo para elevar a qualidade da educação; estabelecer prioridades na formação, e certificar as escolas de medicina por meio da Associação Mexicana de Faculdades e Escolas de Medicina, assim como as escolas de Enfermagem e Odontologia existentes no país. A meta proposta foi conseguir que 80% das faculdades e escolas de Ciências da Saúde disponham de um sistema de qualidade e cumpram com um programa para a melhoria da qualidade. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Inovação e Qualidade

Linha de Ação 10.2: Fortalecer a capacitação dos recursos humanos para a saúde.

Os sistemas modernos de saúde requerem a capacitação contínua de seu pessoal. Esta exigência é o resultado das mudanças no perfil epidemiológico das doenças nos diversos países, dos avanços tecnológicos da medicina clínica e das reformas dos sistemas de saúde. A capacitação envolve as habilidades gerenciais dos diretores dos serviços de saúde; e de métodos que garantam a qualidade dos programas de educação continuada.

A presente administração propõe as seguintes atividades: realizar um diagnóstico das habilidades gerenciais dos comandos médios e superiores das instituições do setor saúde; estabelecer um Programa de Capacitação Gerencial para pessoal de direção nos diferentes níveis do setor; criar em colaboração com escolas e associações um Programa de Capacitação Técnica para Profissionais do Setor; modernizar os programas de educação continuada; e formular um sistema de acreditação de eventos acadêmicos.

A meta estipulada foi conseguir que 60% do pessoal de base do setor saúde participe, ao menos uma vez ao ano, em atividades de capacitação, de educação continuada, ou de atualização, relacionada com o desenvolvimento de competências chave. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Administração e Finanças.

Linha de Ação 10.3: Formular e promover uma carreira de serviço no setor saúde.

O setor saúde no México é um dos principais empregadores de recursos humanos. A constituição de uma carreira de serviço permitiria melhorar as habilidades dos profissionais do setor saúde; de estabelecer um sistema de incentivos que garanta um adequado nível de remuneração, o máximo de satisfação dos profissionais com seu ambiente de trabalho e a formulação de um sistema racional de promoções.

As atividades propostas foram: estudar modelos de carreira de serviço presentes em diferentes Ministérios do governo; realizar com a participação dos sindicatos do setor uma experiência piloto, em setores cuja continuidade não coloque em risco a administração (por exemplo, informática, e vigilância epidemiológica). Metas a definir-se. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Administração e Finanças.

Linha de Ação 10.4: Fortalecer a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico.

Para que os produtos da pesquisa científica influenciem a prática médica na execução dos programas de saúde pública ou na organização dos serviços de saúde, é necessário um vínculo estreito entre a agenda de pesquisa, a agenda da indústria e as necessidades do setor. Em consequência é necessário contar com maiores recursos e incentivos adequados para produzir pesquisa de excelência.

As atividades propostas foram: melhorar a remuneração dos pesquisadores; definir prioridades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico com participação plural; criar um sistema nacional de pesquisa e tecnologia; vincular a pesquisa com a indústria; e divulgar os resultados da pesquisa em saúde.

As metas estabelecidas foram: homologar os salários do setor com os das instituições de educação superior; procurar a melhoria do ambiente do trabalho; fortalecer programas de incentivos; reativar a Comissão Interinstitucional de Pesquisa; constituir um Comitê Intersetorial que defina prioridades de pesquisa e tecnologia; atualizar a informação nestas áreas; estabelecer convênios de colaboração entre centros de pesquisa e pesquisadores; promover o registro de patentes; disseminar os resultados das pesquisas para a população; e promover a capacitação em pesquisa de saúde para os comunicadores e jornalistas. A linha de ação está a cargo da Coordenação dos Institutos Nacionais de Saúde.

Linha de Ação 10.5: Formular planos mestres de infra-estrutura e equipamentos em saúde.

Os bens móveis e imóveis, insumos e aparelhos, a infra-estrutura informática e de telecomunicações, constituem o ambiente para a produção dos serviços de saúde. Sem estes não se poderia produzir saúde com qualidade e eficiência.

A infra-estrutura do setor público da saúde, entretanto, apresenta problemas de insuficiência de espaço, de mínima manutenção, de obsolescência, de falta de sinalização e descuido em aspectos de imagem. Assim, a população tem queixas das condições dos serviços e os trabalhadores não têm as condições adequadas para o desenvolvimento efetivo e eficiente de suas atividades produtivas. A presente administração se propõe levar a cabo as seguintes atividades: elaborar um inventário da infra-estrutura do setor; estabelecer critérios para o investimento em bens; e formular Planos Mestres de Infra-estrutura e Equipamento do setor.

As metas para o ano 2002 foram: realizar um inventário da infra-estrutura, mobiliário e equipamentos; detectar necessidades de nova infra-estrutura física; integrar programas estaduais e priorizar propostas; integrar o Programa Nacional de Infra-estrutura Física; e submeter o programa à avaliação interna e externa. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Administração e Finanças.

Linha de Ação 10.6: Tele medicina: investir em redes.

A nova tecnologia de informação e telecomunicações tem se constituído em apoio à prestação de serviços de saúde. Na atualidade é possível transmitir informação, áudio e vídeo à distância de forma interativa. Isto permite criar vínculos entre prestadores de serviços de unidades separadas entre si, o que facilita a realização de diagnósticos, tratamentos e controle, e em caso necessário o traslado dos pacientes. A tele medicina é um instrumento para estabelecer a rede virtual para a prestação e ampliação da cobertura de serviços e demandas de atenção das populações marginalizadas.

Esta infra-estrutura permite a captação de dados que os sistemas de informação em saúde requerem. Assim, as atividades propostas foram: fortalecer a infra-estrutura informática e de telecomunicações; formular um projeto piloto de capacitação; e desenvolver o programa de manutenção da infra-estrutura.

As metas foram: construir 5 protótipos de instrumentais médicos digitais; elaborar 50 unidades de videoconferência; estabelecer um sistema de informação na rede pública; publicar 100 textos médicos; e constituir 10 comunidades com ferramentas de trabalho a distância. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Administração e Finanças.

Linha de Ação 10.7: Utilizar o avanço da Internet e o Projeto e-Saúde para melhorar e fazer mais eficiente a prática médica.

Em concordância com a linha anterior se considerou indispensável incorporar aos planos de investimento, a tecnologia da Internet para agilizar os trâmites administrativos; propor à população a informação em saúde e o intercâmbio entre instituições; dispor de bases de dados para acesso e consulta; e agilizar os fluxos de informação.

As metas a considerar no período 2001-2006 foram: desenvolver instrumentos de aplicação na Internet para a saúde; alcançar 30% de avanço no ano 2002; capacitar gerencialmente 80% do pessoal de direção do setor; e satisfazer 80% da clientela dos serviços. A linha de ação está a cargo da Subsecretaria de Administração e Finanças.

Ao analisar a linha estratégica 10, “Fortalecer o investimento em recursos humanos, pesquisa e infra-estrutura” se encontram descritos os recursos humanos e a pesquisa, considerados como componentes da prática profissional e o campo da infra-estrutura e informática consideradas como elementos de suma importância na produção de serviços. Neste sentido, nos dois primeiros componentes se observa que existe a relação interorganizacional quando cita a melhoria da qualidade nas

instituições formadoras de recursos humanos, embora sem especificar que categoria do objeto de estudo (doença, saúde ou processo saúde-doença) orientaria essa melhoria da qualidade, assim como o tipo das respostas por meio da produção de serviços (econômica, política ou cultural), e como estas influenciariam o tipo de *curriculum* que as instituições formadoras possuem (flexneriano, ecológico, latino-americano).

Assim mesmo, na sua inter-relação com as instituições de educação superior não se consideram quais são os tipos de pesquisa prioritária a desenvolver-se (qualitativas), e ainda mais, como se aplicariam os resultados das mesmas, na formação dos recursos humanos e na transformação curricular das instituições de educação superior e como podem influenciar o sistema de saúde.

As linhas de ação sobre a capacitação e carreira dos servidores com ênfase na formação médica, em suas diferentes especialidades e gerência dos serviços, permitirá uma maior produtividade, dadas as propostas de qualidade e proteção financeira, citadas nas estratégias substantivas e que permitem compreender o pressuposto teórico de qualidade do sistema de saúde proposto e a sua relação intra-organizacional sistêmica.

No campo da pesquisa, outro componente da prática profissional, a relação interorganizacional, se formula quando se indica a relação setor-indústria, baseada na agenda de pesquisa e da qual se espera resultados positivos por meio do incentivo econômico, da formação de comissões intersetoriais e da promoção de publicações, entretanto sem especificar novamente o tipo de pesquisa prioritário, de acordo com os objetos de estudo do setor saúde, e da prática profissional que sustentará a pesquisa.

Isto permite nos aproximarmos do ponto de vista que o setor saúde tem desta linha estratégica, a redução ou disjunção da prática profissional, separando os elementos fundamentais que a conformam e estabelecendo normas que regulem o conceito de qualidade no setor, baseada na teoria de sistemas.

As linhas de ação sobre infra-estrutura e informática são estabelecidas sob as relações inter e intra-organização. A primeira que tem sido desenvolvida na Estratégia de Atenção Primária à Saúde, quando se apresentou o item de ciência e tecnologia apropriada, termo que não é citado como tal neste programa; e a segunda que enfatiza a importância do corpo médico na formulação de redes virtuais e do projeto e-saúde.

Nestas linhas de ação se apresentam dois cenários diferentes contemplados na metodologia 4 de “recursos financeiros, de infra-estrutura e humanos no sistema de saúde”, 12, e o 6 de “acesso à informação segundo setores e comportamento organizacional no sistema de saúde”, quadro 14, e ainda que ambos tenham uma previsão de incremento, são apresentados como subcenários lineares e desagregados.

A eficiência, vetor de normatividade do campo da saúde pública é enfatizada nas sete linhas de ação, sob a idéia de qualidade e desempenho para o desenvolvimento de uma maior produtividade do sistema.

A discricionariedade e a representação não se encontram presentes em nenhuma das sete linhas de ação.

As cinco linhas instrumentais apresentadas derivam para o fortalecimento de um sistema de saúde com predomínio do modelo de qualidade. Expressam elementos de transformação propensos a estabelecer relações organizacionais e vetores normativos baseados na teoria de sistemas, com um alto interesse cognitivo para o aspecto técnico-científico, com propósitos holísticos e reguladores, que explicitam a idéia da subsistência do setor sob uma teoria organizacional de sistema. O pressuposto de qualidade impera no desenvolvimento das linhas estratégicas instrumentais, com uma tendência para inserir ao sistema de saúde em uma teoria organizacional de mercado.

6.1.4. Capítulo IV. Como medimos os avanços. A prestação de contas como parte do processo democrático

O Programa estabelece que o trânsito para uma nova cultura de cidadania obriga as instituições públicas a informar à sociedade sobre a marcha e resultados de suas atividades. Os cidadãos exigem explicações e precisam utilizar mecanismos para fazer chegar à autoridade suas inquietudes e propostas. O denominador comum é a necessidade de estabelecer sistemas claros e permanentes de vigilância do desempenho dos servidores públicos.

A prestação de contas é o processo pelo qual as instituições governamentais dão a conhecer aos cidadãos as decisões que tomam durante o exercício de suas funções, a forma em que alocam os recursos disponíveis, e o impacto que ambos têm na vida dos habitantes do país, no seu conjunto. Neste capítulo se apresentam os mecanismos que se utilizarão para informar aos cidadãos e seus representantes sobre a marcha do Programa Nacional de Saúde 2001-2006.

Mensuração de resultados e avaliação do desempenho

O objetivo fundamental de um sistema de saúde é melhorar as condições de saúde da população a que se atende. Isto se obtém mediante a provisão de serviços de saúde efetivos e respeitosos da dignidade e expectativa dos usuários.

O Programa Nacional de Saúde (2001-2006) contempla a posta em marcha de um esquema de avaliação que dará ênfase aos resultados, que possui caráter comparativo, o qual será aplicado em nível municipal, estadual e nacional, permitindo o ajuste permanente das políticas e programas de saúde.

Contará com dois tipos de indicadores: i) indicadores agregados para medir o impacto do sistema sobre as condições de saúde da população (a qualidade dos serviços e o grau de satisfação com a proteção financeira oferecida aos cidadãos; ii) indicadores de metas intermediárias, processos e recursos para medir o desempenho

dos programas e serviços. Deverão levar em consideração a magnitude das mudanças dos indicadores e a redução da iniquidade no país e procurar detectar erros e ineficiências, assim como as boas práticas para levar esta transformação a todos os prestadores de serviços e melhorar a implantação das políticas e gestão dos programas e dos serviços.

Assim o esquema integral de avaliação contará com três componentes:

- Avaliação do desempenho
- Avaliação de programas e serviços
- Sistema nacional de indicadores

Duas instâncias serão encarregadas de definir os critérios de operação do esquema integral: O Conselho de Saúde Geral e o Nacional de Saúde. A proposta é que nestes espaços se conciliem critérios de avaliação, se apresentem os resultados, e em função dos mesmos se gerem propostas de revisão de políticas e programas.

Avaliação do desempenho do sistema

A SSa, como instância reitora do setor, é a responsável por medir o grau do alcance dos objetivos do sistema de saúde. A OMS indica que os objetivos dos sistemas de saúde são:

- Melhorar a saúde da população, o que implica em alcançar o melhor nível de saúde para toda a população, durante todo o ciclo de vida, o que supõe contar com um efetivo sistema de saúde. Para isso, o sistema de saúde deve ser equitativo. O indicador mais apropriado para medir as melhorias nas condições de saúde é a esperança de vida saudável (EVISA). Além disso, é recomendável utilizar como medidas de sucesso, a esperança de vida ao nascer, a sobrevivência dos menores de cinco anos de idade, a mortalidade de adultos e a mortalidade materna.
- Oferecer um atendimento adequado aos usuários dos serviços de saúde, em um marco que respeite a dignidade das pessoas, sua autonomia e a confidencialidade da informação. Isto é válido tanto para os serviços

curativos como para os serviços de "campanhas" preventivas ou de promoção à saúde. Dentro dos indicadores para medir o atendimento digno, nos serviços pessoais, se encontram: o tempo de espera razoável para consulta ou intervenção; o grau de respeito aos pacientes; a presença de comodidades básicas nos serviços e acesso às redes de apoio social, sobretudo nas instâncias hospitalares. Não possuem indicadores precisos de avaliação, os serviços não pessoais, sendo a construção deste, um desafio futuro.

- Garantir segurança financeira em matéria de saúde (OMS 2000), implica na existência de esquemas de financiamento dos serviços de saúde que sejam justos, isto é, os que têm menos pagam menos. Devem também propiciar proteção à população contra gastos exagerados. A justiça no financiamento se mede avaliando o grau de progressividade do gasto em saúde e calculando a percentagem de famílias que a cada ano incorrem em gastos excessivos.

Estes três indicadores de objetivos serão utilizados nas 31 entidades federativas e na do Distrito Federal.

Avaliação de programas e serviços

A avaliação dos objetivos intermediários permite a identificação dos espaços em que é necessário fazer correções. Esta é a forma mais convencional de avaliação dos sistemas de saúde e se leva a cabo atribuindo um valor às mudanças que ditos programas e serviços produzem nas esferas de sua competência. Estas mudanças se registram nos indicadores de estrutura, processo e resultados.

A avaliação de programas e serviços constitui um excelente instrumento de comunicação de resultados à população em geral. Sua importância consolida-se na certeza que existe sobre o enorme impacto nas condições de saúde que tem algumas intervenções pessoais, chamadas decisivas (determinadas cirurgias, cesarianas apropriadas, e terapias alternativas) e muitas das intervenções em saúde pública. Ambos os tipos de intervenções têm tal efeito benéfico, que conhecer em forma

precisa seu volume, custo e distribuição, são essenciais para garantir uma adequada operacionalidade dos serviços.

Esta avaliação permite identificar as formas precisas de interação dos distintos níveis de saúde. O segmento mais identificado com os sistemas de saúde é o de serviços pessoais, que se caracteriza por ser oferecido de forma individual e, sobretudo aos doentes. Os serviços não pessoais, que constituem uma parte fundamental do sistema, se identificam menos com os sistemas de saúde, dado que se dirigem à população concebida como um grupo e na maioria dos casos à população sadia. Finalmente se encontram as ações intersetoriais, aquelas que se realizam em colaboração com outros setores como educação, moradia, comunicações e transportes, que influenciam as condições de saúde. Em muitos casos, a atividade da autoridade sanitária na implantação das ações se limita a promover o delineamento e colocar em marcha políticas saudáveis.

Há muitos anos se utilizam no México 46 indicadores avaliados pelo CNS. Este sistema de indicadores servirá de base para a avaliação dos programas e serviços prioritários do Programa Nacional de Saúde 2001-2006.

Sistema Nacional de Indicadores

Tanto a avaliação do desempenho como a de programas e serviços implica na medição periódica de indicadores selecionados e padronizados, na escala sistêmica e programática. Atualmente os sistemas de saúde, em escala mundial, contam com milhares de indicadores acerca de centenas de processos e resultados, que impõem enormes pressões aos sistemas de informação. Daí o consenso que deve existir entre os fatores que intervêm no processo de seleção, confecção e uso dos indicadores sanitários:

- Cobertura deve abranger só a esfera de ação que possa influir no resultado;
- Capacidade do sistema, para a produção oportuna a um custo aceitável para a sociedade;
- Capacidade dos administradores para utilizá-los na tomada de decisões.

Indicadores

*Índice do desempenho global do sistema de saúde: Ganhos em níveis de saúde, atenção adequada e proteção financeira;

*Esperança de vida saudável (EVISA): Vida média sem sofrer doença ou incapacidade;

*Índice de desigualdade em saúde: Desigualdade na sobrevivência de menores de 5 anos em grupos populacionais;

*Índice de tratamento adequado: Qualidade de resposta do sistema à qualidade técnica e acolhimento;

*Proteção financeira: Percentagem de famílias sem gastos excessivos;

**Mortalidade materna a cada 100.000 nascidos vivos;

**Mortalidade em menores de 5 anos. Para cada 1000 nascidos vivos;

Mortalidade em adultos: Risco de morrer dos 15 aos 59 anos, por 1000 sobreviventes aos 15 anos;

Mortalidade por acidentes de trânsito: Risco por milhão de veículo-quilômetro;

Consumo de tabaco pelos adolescentes: Taxa de fumantes por 1000 habitantes, de 12 a 18 anos de idade.

No capítulo 4, “**Como medimos os avanços**”, o processo de avaliação se encontra inserido na teoria de sistemas, visto que os indicadores setoriais estratégicos são de desempenho e de resultados, sem considerar as 10 linhas estratégicas propostas no Programa Nacional de Saúde. Também se podem indicar a similaridade ao balanço (*score card*) do planejamento estratégico empresarial, quando se estabelece que os indicadores agregados meçam o desempenho e o impacto através dos objetivos gerais e dos indicadores de estrutura, processo e resultado das metas intermediárias dos programas e serviços envolvidos.

Neste sentido é necessário analisar separadamente a avaliação do desempenho, na qual intervêm as relações inter, intra, e indivíduo-organização, na

* Propostos pela OMS

formulação de indicadores quantitativos e menos ainda qualitativos, para conhecer a situação dos 3 objetivos gerais citados pela OMS (2000) e os 5 do Programa. Assim é possível notar a existência de indicadores sobre saúde (EVISA) ou doença (morbidade e mortalidade no grupo materno-infantil e na sociedade), utilizados sob uma visão do somatório de dados quantitativos das diferentes classes, conglomerados, estratos ou grupos sociais, correspondentes aos estudos epidemiológicos de corte biológico e sistêmico.

Assim, na avaliação dos 43 programas e serviços a proposta é de utilizar indicadores de estrutura, processo e resultados, muito semelhantes aos termos de insumos, processo e saída da teoria de sistemas, o qual implica na disjunção da avaliação para cada um dos programas e neste sentido se esquecem as 10 linhas estratégicas, consideradas como eixos do mesmo, das quais se deduz a realização de uma avaliação dos problemas reducionistas da promoção, e das seqüelas de doenças e doenças emergentes, separadamente.

Em relação à situação dos indicadores é preciso notar que nas 10 estratégias, substantivas e instrumentais para obtenção dos 5 objetivos do Programa, se situam as diferentes relações inter, intra e indivíduo-organização e os diferentes vetores normativos. Estes últimos não são considerados em nenhum momento na avaliação, que se fundamenta com maior ênfase no objeto de estudo doença, dificultando a exatidão. Esta avaliação se encontra situada na teoria organizacional de sistemas ou na neoclássica normativa.

Se a isto acrescentarmos a centralização na tomada de decisões para sua elaboração e, sobretudo se nos indicadores continuam sendo considerados separadamente os serviços pessoais, não pessoais, individuais, comunitários, curativos e preventivo-promocionais, se pode assegurar que isso causa uma visão reducionista no campo da saúde pública, na formulação desta dualidade de enfoques. Além disso, este tipo de indicadores não permite considerar a integridade do

** Compromissos da Cúpula do Milênio

processo saúde-doença, dado que o objeto de estudo-trabalho se estabelece sob a doença ou a saúde, individualmente.

Esta avaliação, descrita no cenário 8, “fases do diagnóstico do objeto de estudo-trabalho, segundo espaço regional e nacional e o tipo de planejamento-avaliação”, quadro 17, pode-se assegurar que a avaliação se ajusta a uma fase do diagnóstico de tipo administrativo. Além disso, é baseada na doença, sob um espaço nacional, com uma avaliação normativa e de regulamentação em nível central, abrangendo os objetivos finais e intermediários, e da execução e controle dos programas. Neste caso, com a ausência de avaliação dos eixos articuladores das 10 estratégias, substantivas e instrumentais, e pode considerar-se incluída em uma etapa de transição entre a teoria organizacional normativa ou neoclássica e a sistêmica.

Tal como foi anotado anteriormente, de acordo com a análise estratégica realizada nas 5 linhas estratégicas instrumentais, podemos inferir que o Programa de Saúde e em consequência o sistema de saúde, se encontram mais perto ao pressuposto de qualidade. Isto se deve pela relevância no manejo dos elementos inter e intra-organizacionais, e no vetor normativo de eficiência, que permitiram enfrentar os três desafios e alcançar com preponderância os objetivos de qualidade e financeiro.

6.2. PROGRAMA DE SAÚDE DA SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

6.2.1. O Contexto

A pobreza urbana

O Programa estabelece que na Cidade do México, Distrito Federal, se retrata a devastação social de quase duas décadas de políticas de ajuste e mudança

estrutural, polarizada entre os poucos favorecidos e os muitos prejudicados pelo projeto de nação. Assim, o Distrito Federal alberga 1,8 milhões de pessoas em zonas de altíssima marginalização, com profunda degradação do ambiente social e ecológico e carência de serviços. Em zonas de alta e média marginalização vivem 4,1 milhões e 1,1 milhão moram em áreas de baixa marginalização e outros 1,4 milhões em zonas de baixíssima marginalização. Segundo os cálculos de Bolvinik (PSDF 2001), 3,3 milhões de moradores da capital vivem em pobreza extrema e 2,3 milhões em pobreza moderada, ou seja, 5,6 milhões de pessoas (65% da população), podem ser consideradas como pobres.

A pobreza urbana metropolitana tem sido abandonada pela política nacional do combate à pobreza, já que a Cidade do México é excluída dos fundos destinados a esta luta, aprofundando o estancamento da infra-estrutura social e física, que o primeiro governo eleito democraticamente começa a reverter entre os anos 1998 e 2000.

O empobrecimento maciço é a primeira determinante das deficientes condições de saúde da população da cidade. Seu impacto através da precariedade do trabalho, da baixa renda, e do crescimento da tensão e do conflito, se expressa tanto nas doenças relacionadas com a pobreza como também nas doenças das sociedades modernas, como as crônico-degenerativas, as lesões intencionais e acidentais e os problemas relacionados à saúde mental.

A mudança demográfica e as tendências das condições de saúde

A estrutura demográfica da população tem sofrido modificações propiciadas pela redução das taxas de mortalidade e de fecundidade e pelo incremento na esperança de vida. Isto tem dado lugar a uma diminuição da população menor de 15 anos e a um aumento dos habitantes maiores de 70 anos, estimando que para o ano 2006 representem 425 mil habitantes. Esta mudança se reflete na maior frequência de doenças crônico-degenerativas, incrementadas em 36% na idade produtiva e em 56% na terceira idade.

Entre a década de 1980-90, a mortalidade geral decresceu de 564,4 para 523,2 por 100.000 habitantes. A mortalidade por doenças infecciosas de 32,7 em 1980 a 3,9 por 100.000, no ano 2000. Os casos de gripe do tipo influenza e pneumonia baixaram de 50,1 para 14, 6; os acidentes de 47,9 para 24, 3 e as afecções pré-natais de 43,8 para 18,1 por 100.000 habitantes, nas décadas citadas.

Ao contrário, as mortes por patologias crônico-degenerativas aumentaram no ano 2000, representando 53% das mortes, situação que se explica parcialmente pelo envelhecimento da população. Entretanto, emergem entre as vinte principais causas de morte, a AIDS, os homicídios, os suicídios e a desnutrição, que expressam as mudanças sociais e econômicas pelas quais sofre a população.

As tendências da política nacional da saúde

A partir de 1995 a reforma do setor saúde tem um avanço em ritmos diversos nos diferentes subsetores que compreendem a população sem cobertura, da seguridade social ou privada. Nesta época conclui-se a segunda etapa de descentralização dos serviços da população sem cobertura, e a reorganização dos serviços médicos dos institutos de seguridade social e do subsetor privado. Assim, a indústria dos seguros privados em crescimento se identifica como atores emergentes nas Instituições de Seguros Especializadas em Saúde (ISES), que possuem o monopólio da administração privada e dos fundos da saúde estatal.

O sistema de saúde estatal se encontra fragmentado, com serviços diferenciados, em função da capacidade de pagamento ou de pré-pagamento. No sistema descentralizado, para a população sem seguro-saúde, a cobertura “universal” e gratuita, só abrange 13 ações da saúde pública na atenção ao indivíduo e família. O déficit de recursos para garantir a cobertura de nível primário e secundário da atenção é tão grave, em oito entidades federativas, que estas foram consideradas como localidades de desastre sanitário.

O Instituto Mexicano de Seguridade Social (IMSS) e o Instituto de Seguridade Social do Serviço dos Trabalhadores do Estado (ISSSTE), padecem de insuficiência de recursos, devido à diminuição do financiamento, iniciado em 1983, o qual limita o tratamento requerido à população assegurada. Para a operação dos atuais serviços de saúde é preciso duplicar o orçamento atual.

Isto explica o gasto público em saúde, que equivale a 2,6 % do Produto Interno Bruto (PIB), e é um dos mais baixos do continente, o qual é justificado pelo governo pela falência da arrecadação fiscal, embora os gastos médicos privados sejam dedutíveis dos impostos pagos, com uma perda similar ao gasto do orçamento federal para a população não assegurada.

O Programa estabelece que o incremento do gasto em saúde das famílias, passou de 2,9%, em 1984, para 3,5% no ano 2000, devido à qualidade dos serviços estatais. Além disso, este custo é desfavorável para as famílias mais pobres, que as quais 5,2% dos gastos vão para a saúde, contra 3,5% das famílias com poder aquisitivo mais alto.

É neste contexto, do financiamento mínimo, fragmentação e decréscimo da capacidade de resposta das instituições estatais de saúde, que é oferecida a competência do setor privado, como a solução aos problemas do setor estatal. A essência da reforma do setor da saúde nacional consiste na introdução do seguro popular, universal e voluntário, sustentado na lógica da competência mercantil na produção de serviços de saúde, fortalecido com uma mistura estatal-privada, onde os administradores do financiamento e os prestadores do serviço concorrem pela freguesia. Este modelo chamado de “pluralismo estruturado” tem sido aplicado na Colômbia sem muito êxito; e é similar ao que nos EUA se conhece como “competência administrada” (*managed competition*), ou ainda “atenção administrada” (*managed care*), (SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL 2001).

Neste modelo a responsabilidade do Estado se restringe a garantir um mínimo dos serviços aos pobres e subsidiar os seguros que dão direitos a outros serviços. A regulamentação das atividades dos administradores dos fundos e dos prestadores de serviços é outra função a ser cumprida na atenção administrada. Assim as propostas do Programa Nacional de Saúde 2001-2006 se encontram muito avançadas. A introdução do Seguro Popular Voluntário, com subsídio estadual, oferece uma cobertura de aproximadamente oitenta intervenções, assim como a livre escolha do médico e da clínica de nível primário. Neste sentido, a reorganização corporativa do IMSS e a futura reformulação das leis do ISSSTE, permitirão ampliar e precisar o marco regulador do setor saúde.

O sistema de saúde do Distrito Federal sofre dos mesmos problemas do sistema nacional isto é, a fragmentação dos hospitais federais e dos Institutos Nacionais de Saúde e dos serviços de saúde mental, os quais permanecem como organismos descentralizados, autônomos e separados por setores, sob a dependência da Secretaria de Saúde, o que impede a integração orgânica entre os serviços hospitalares e de urgências com os serviços de saúde pública.

Além disso, os serviços para a população sem seguro-saúde no Distrito Federal, ficam fragmentados em duas entidades administrativas: as do nível primário no Organismo Público Descentralizado dos Serviços de Saúde Pública do Distrito Federal e a dos Hospitais na Secretaria da Saúde do Distrito Federal. Ambos com estruturas organizacionais, orçamentos e programas de ação diferentes. Nestas circunstâncias, a fusão dos serviços de saúde pública, se dificulta e a coordenação operacional com a rede hospitalar não é efetiva, complicando o funcionamento de um mecanismo de referência e contra-referência entre as unidades de nível primário e secundário. Tudo isto devido ao convênio firmado em 1997, entre a secretaria nacional e a do Distrito Federal, onde também a regulamentação sanitária não se transfere. O orçamento de custeio e investimento dos hospitais não tem crescido em termos reais, o que tem provocado um maior deterioramento das unidades.

Ao nos determos para a análise estratégica neste capítulo do contexto, podemos estabelecer que o Programa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal aborda a relação interorganização do sistema de saúde com uma visão da teoria organizacional cultural ou crítica. Neste sentido, a relação saúde-pobreza é descrita considerando o contexto sócio-econômico-político de uma sociedade marginalizada, na que a pobreza se encontra definida pela precariedade do trabalho, baixos salários, iniquidade na distribuição da renda, crescimento da tensão e violência, o que coloca 65% da população em níveis precários de saúde; fazendo notar a estreita relação entre os processos econômico-sociais e pobreza-saúde.

Assim, nesta relação interorganizacional, as tendências demográficas e as condições de saúde se analisam de um ponto de vista socioeconômico, já que os problemas crônico-degenerativos, ambientais e psicossomáticos, são mais bem compreendidos quando se descrevem pelas mudanças socioeconômicas do país. Somada a estas mudanças socioeconômicas, a problemática do financiamento e a fragmentação organizacional, podem ser a origem de muitos dos problemas interorganizacionais do sistema de saúde no Distrito Federal.

Assim também, as políticas e tendências atuais do sistema de saúde nacional se refletem nas reformas estruturais de descentralização e desconcentração do setor saúde, nas quais as relações interorganizacionais se viram afetadas pela política partidária. Relações que o Programa indica que refletiram, auxiliadas pelo aparecimento dos seguros, privado e popular, na fragmentação do sistema, no desfinanciamento do setor público da saúde e na privatização do sistema de saúde em nível nacional, sob a fórmula da “atenção administrada”.

A resposta dos entrevistados da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, em relação aos autores que influenciaram o Programa foi o seguinte:

... “as linhas foram determinadas pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal, com o auxílio da Doutora Cristina Laurell que é uma profissional que tem uma extensa linha de publicações no campo da medicina social e tem demonstrado uma alta competência no setor saúde, e da Doutora Oliva López, que possui uma ampla formulação teórica no

campo da saúde coletiva e foi quem em um determinado momento participou na elaboração do Programa, devido a sua formação social no campo da saúde”...

6.2.2. Problemas e Desafios

Condições de saúde

As precárias condições de vida e trabalho se refletem na saúde dos habitantes da capital, sobre tudo nas desigualdades entre grupos e regiões. Apesar desta complexidade dos perfis da doença e morte dos habitantes do DF, a medida para garantir a vigilância sanitária da cidade, tem permitido que os danos à saúde pelas doenças preveníveis apresentem tendências decrescentes na última década, pela vacinação e vigilância epidemiológica.

A taxa de mortalidade pelas doenças respiratórias agudas, em menores de 5 anos de idade, foi reduzida de 126, em 1990, para 36, em 2000. As taxas de mortalidade por doenças diarreicas agudas, baixaram de 78, em 1990, para 8, em 2000. Casos de raiva, cólera, difteria e poliomielite não têm sido reportados.

O perfil da mortalidade geral apresenta as nove primeiras causas: cardíacas, diabetes, câncer, cérebro-vascular, cirrose hepática, acidentes, causas pré-natais, influenza e pneumonia.

O ajuste das taxas de mortalidade, pela idade, permite a comparação com taxas nacionais, sendo que a taxa de mortalidade geral se aproxima à nacional, 439 contra 446/100.000 habitantes. As quatro principais causas de morte são similares, só a diabetes passa a ocupar o segundo lugar com 74,8/100.000 habitantes. A mortalidade materna apresenta uma tendência irregular: 5,1, em 1990, e 5,3, em 2000, acima da nacional, 4,6/1000 NVR (Nascidos vivos registrados). O câncer cérvico-uterino (CaCU), é a primeira causa de morte em mulheres em idade

reprodutiva, com mais de 25 anos de idade, 15,2/100.000 mulheres, sendo que a cobertura de proteção é de apenas 35%.

O Distrito Federal concentra o maior número de casos de AIDS no país. No ano 2000 se encontrava em primeiro lugar em casos de soro positivos para o HIV e representa a primeira causa de morte entre homens jovens.

A desigualdade ante a morte

Existe uma relação direta entre o grau de pobreza e as taxas de mortalidade infantil, escolar (6 a 9 anos de idade) e materna, sendo duas vezes mais alta a mortalidade infantil nos distritos periféricos, e 3,6 vezes mais na mortalidade materna, devido às diferentes condições de vida e de trabalho de seus habitantes.

A mortalidade nas idades produtiva e pós-produtiva é maior nos distritos de menor marginalização devido a uma estrutura demográfica diferente (maior longevidade), bem como também são maiores as taxas de acidentes e de AIDS, fenômeno contrário ao apresentado nos distritos de maior marginalização.

Assim, segundo o Programa, estas duas análises, das condições e da distribuição dos problemas de saúde na população, permitem formular os dois desafios a serem enfrentados nos próximos anos:

- Melhorar as condições gerais de saúde;
- Diminuir a desigualdade em saúde entre os grupos sociais e zonas demográficas.

Serviços de saúde

a) Redução da vigilância sanitária da cidade

O primeiro conjunto de problemas que reduz a vigilância sanitária se refere à falta de regulamentação, já que esta atribuição não foi transferida no convênio de

descentralização em 1997, ficando a vigilância sanitária regulada em nível nacional. Apesar disto, as atividades de educação para a saúde, de fomento sanitário, de tratamento da água com cloro, de qualidade das carnes e frutos do mar nos centros de distribuição e de vigilância epidemiológica, desenvolvida pela SSDF, têm permitido o decréscimo das doenças infecciosas intestinais.

A prevenção de desastres e a atenção oportuna no âmbito do DF, através de um sistema integrado se encontram ausentes, sobretudo pelo fracionamento do sistema de saúde em vários subsistemas, com lógicas operacionais distintas.

b) Restrições no acesso oportuno ao tratamento requerido e de qualidade.

A primeira causa para esta restrição tem relação com os obstáculos intrínsecos do serviço. Os problemas de fundo são, por um lado, a fragmentação dos serviços, e o prolongado financiamento mínimo das instituições de saúde. Isto se expressa no déficit das unidades de atenção (26 hospitais, 210 centros de saúde, 10 clínicas de especialidades, 2 centros toxicológicos), as quais são insuficientes para atender aos 4 milhões de pessoas sem previdência social. Assim, as zonas periféricas de alta marginalidade se ressentem da falta de serviços; e por outro lado, a autonomia dos hospitais e institutos de nível terciário e seus critérios de admissão e custo, impedem o acesso dessa população.

Particularmente, os hospitais são os reflexos da estrutura demográfica e dos problemas de saúde dos anos 80 do século passado e não respondem às necessidades atuais. Assim, existem nove hospitais pediátricos e nenhum de atenção geriátrica integrada. Por exemplo, na área de recursos humanos, da rede hospitalar, só existe um clínico geral para 40 mil adultos, um pediatra para 3.213 crianças. Da mesma forma que a lógica dos hospitais, o denominado “pacote básico” dos centros de saúde (nível primário), não corresponde às patologias mais importantes da atualidade.

Outro problema da fragmentação é a inexistência de um mecanismo de referência e contra-referência entre os distintos setores institucionais, assim como a

duplicidade dos serviços. Isto implica na falência de uma rede integral de serviços e de um desenvolvimento não planejado, o que em consequência leva à ineficiência dos recursos.

A ausência de um sistema único afeta a atenção de urgências, com retardo na transferência de pacientes graves, resultando no incremento da mortalidade e incapacidade, com altos custos humanos, sociais e econômicos.

O déficit de unidades médicas faz que a pressão, para receber assistência médica, seja alta, a qual é agravada pelo crescimento da zona populacional correspondente ao Estado de México, já que 23% dos internados nas instituições, não são residentes do Distrito Federal.

Ao que foi exposto se agrega a presença de atos de corrupção e desvio de recursos, assim como uma cultura institucional na qual a prestação de serviços se percebe como um favor e não como um direito dos cidadãos.

c) Desigualdade no acesso aos benefícios do sistema de saúde e ao tratamento requerido.

Este problema obedece a uma organização que descarrega sobre o paciente e sua família a maior parte do custo da doença, quando estes não pertencem a uma instituição de seguridade social, a que no Distrito Federal corresponde a 50% dos habitantes. A impossibilidade econômica para adquirir medicamentos e o pagamento mínimo por serviço recebido (quota de recuperação), ultrapassa os recursos da maioria empobrecida, Isto significa que a atenção, inclusive no setor público, pode levar a um “gasto exorbitante”, para as famílias de baixo acesso ou ainda pior, não recebam o tratamento.

O condicionamento de trabalho para aderir aos serviços previdenciários é outra determinante da desigualdade social no acesso aos benefícios do sistema de saúde. Os problemas culturais de barreiras à informação, a discriminação contra

determinados grupos, e a nula consciência sobre os direitos dos cidadãos, são outros dos complexos problemas de ingresso ao sistema.

Por último, outra causa da desigualdade no acesso aos serviços requeridos são os mínimos recursos proporcionados pela Federação, os mais baixos *per caput* das unidades federativas. Cerca de 90% do orçamento transferido, corresponde ao pagamento da folha salarial dos serviços, que corresponde à metade do total gasto com o pessoal da Secretária de Saúde do país. A partir desta situação dos serviços o Programa formula mais quatro desafios:

- Garantir a vigilância sanitária da cidade;
- Incrementar o acesso oportuno ao tratamento requerido;
- Diminuir a desigualdade no acesso aos serviços suficientes e de qualidade;
- Instrumentar mecanismos de financiamento estável, suficiente, equitativo e solidário.

Na análise estratégica deste capítulo, “problemas e desafios”, se estabelecem os dois aspectos que articulam o sistema de saúde do Distrito Federal, um correspondente à situação de saúde e o outro ao serviço de saúde.

Assim, o diagnóstico da saúde é feito sob variáveis de bioclasses (idade e sexo), junto com uma análise social dos problemas achados, considerando neles os aspectos demográfico-sociais, e relacionando-os com outras categorias, tais como, as etapas produtivas do trabalho e as diferentes formas de adoecer das pessoas.

Nesta análise estratégica, a relação interorganização pode ser descrita a partir da desigualdade entre grupos sociais e zonas demográficas, o qual de acordo com o cenário 8 “fases do diagnóstico e do objeto de estudo-trabalho, segundo espaços regional e nacional e o tipo de planejamento-avaliação”, quadro 16, se aproxima mais a uma fase criativa do planejamento no espaço local. Isto é notado quando cita a relação entre as precárias condições de vida e morte, de trabalho e dos diferentes grupos e regiões que levam à desigualdade, o que o situa no tipo de diagnóstico explicativo do planejamento estratégico.

Isto se considera com maior ênfase nas desigualdades das taxas de mortalidade entre os grupos de trabalhadores e ainda mais entre aqueles de idade produtiva e pós-produtiva de acordo com as regiões de alta e baixa marginalização. Os dois desafios que surgem desta relação se articulam com a problemática de melhoria da saúde e a diminuição das desigualdades em uma sociedade concreta, os grupos marginalizados.

Ao referir-se, o Programa, aos serviços de saúde, emergem as relações inter, intra e indivíduo-organização. Assim quando se descrevem as reduções sanitárias e as restrições e desigualdades no acesso ao serviço de saúde diante da não regulamentação a nível local, o desfinanciamento, a polarização demográfica, a corrupção, o trabalho e as condições de trabalho, ficam evidenciadas as relações interorganizacionais, as quais estabelecem uma adesão da organização do setor saúde, com o entorno político, social, econômico e cultural do Distrito Federal.

A relação intra-organizacional se faz notar na articulação dos problemas citados com a organização do setor, nacional e local, destacando a ausência de um sistema único de saúde, a cultura do favor predominante para dar ou receber o atendimento, assim como a baixa qualidade do sistema.

A relação indivíduo-organização pode encontrar-se desde a referência a fatores culturais na sociedade pela nula participação cidadã, até os fatores culturais do indivíduo perante a organização.

Nos quatro desafios originados frente aos problemas de saúde e serviços se apresentam as três relações da organização que se refletem nas idéias de garantir e incrementar a vigilância sanitária, o acesso aos serviços de qualidade com um financiamento estável e solidário do sistema, o que permitem contextualizar o Programa, com tendência para uma teoria cultural-crítica da organização.

É necessário observar que, no campo da administração pública da saúde, na categoria de produção de serviços, continua a divisão entre serviços pessoais e

sanitários (não pessoais), característica chave de uma separação, disjunção ou redução da prática profissional da saúde pública, como uma relação intra-organizacional sempre imperante diante os problemas do objeto de estudo-trabalho saúde ou doença isoladamente.

A resposta dos entrevistados, acerca do diagnóstico e o tipo de teoria utilizada, na formulação do programa foram:

...“De fato não poderíamos dizer em que teoria foi fundamentada. O que se pretendeu foi estabelecer quais eram as prioridades em matéria de saúde que teria a Cidade da México, e que vêm contidas no Programa. O processo metodológico estabelecido foi que a partir da morbidade e mortalidade por um lado, e pelo outro das tendências da transição epidemiológica compara-las contra nossa realidade. Esta realidade eram 26 hospitais que foram descentralizados e 210 centros de saúde, com esquemas estruturais e uma cultura organizacional de pelo menos 40 a 50 anos atrás e observar o grau de compatibilidade de uma com a outra. Encontraram-se distorções muito importantes, como hospitais pediátricos, criados em um momento de necessidade epidemiológica, que na atualidade já não é a vigente e por isso deixaram de funcionar como tal, o que nos confrontou com um problema de organização no interior de nossas unidades. Não foi fácil agrupar os elementos das necessidades atuais em saúde da população da cidade, e o envelhecimento de nossas unidades, de seu pessoal e sua cultura, e dos recursos”...

Resposta que envolve as relações inter, intra e indivíduo organização e a complexidade dominante em um sistema de saúde.

6.2.3. Valores e Princípios

A política de saúde reconhece como valor intrínseco a igualdade de todos os homens e mulheres, obrigando ao sistema a respeitar e proteger, por igual, a vida de cada ser humano.

A concretização deste valor é o direito à saúde, como um direito cidadão e, portanto, a responsabilidade do governo é garantir o interesse coletivo.

Missão

Tornar realidade o direito de proteção à saúde e avançar na vigência da gratuidade, da universalidade e da integridade na atenção à saúde, mediante uma política que construa o caminho para assegurar este direito, a partir do fortalecimento dos serviços públicos e seu financiamento solidário.

Visão

Construir um sistema de saúde universal, equitativo, antecipatório, resolutivo, eficiente, participativo e solidário, onde a Secretaria de Saúde do DF se consolide como a instância reitora e articuladora de todas suas dependências e como coordenadora das instituições de saúde existentes no Distrito Federal.

Garantir a vigilância sanitária na cidade, em coordenação com as distintas instâncias federais presentes, através de ações sistemáticas de promoção da saúde, fomento, regulamentação sanitária e vigilância epidemiológica.

Construir um sistema de atenção à saúde de serviços integrais para a população não assegurada (aberta), que garanta a cobertura universal na capital, em conjunto com as instituições de seguridade social. O novo Modelo de atenção Ampliada de Serviços de Saúde (MAS), deverá ter a capacidade para abordar os processos de saúde-doença, nas dimensões de promoção, prevenção de risco e restauração dos danos, individuais, familiares e coletivos, mediante a prestação eficaz e eficiente de serviços. Operará sob sistemas desconcentrados, para intensificar ações e concentrar recursos, assim como fortalecer a gestão local, a participação social e a construção da cidadania social plena, para todos os habitantes do DF.

Princípios gerais

Na atualidade a diferença entre as distintas políticas de saúde não se relaciona com o diagnóstico sobre os problemas de saúde, sobre as desigualdades de saúde e morte, entre os distintos grupos humanos e regiões, ou sobre as limitações do atual sistema de saúde. A distinção se dá em função das proposições ou propostas para

resolver esta complexa problemática. Além destas propostas alternativas, se encontram fora das considerações técnicas, as concepções sobre o valor da saúde para o desenvolvimento das capacidades dos seres humanos, e a responsabilidade de assegurar à população o acesso aos serviços de saúde que requer.

A política de saúde do governo do DF tem fixado como princípios complementares e inter-relacionados os seguintes:

- **A democratização** em saúde, que significa, por uma parte, reduzir as desigualdades entre a vida e a morte, promovendo o desenvolvimento de capacidades e potencialidades bio-psíquicas dos indivíduos para sua completa e total participação social e, por outra, remover os obstáculos econômicos, sociais e culturais para obter o acesso equitativo ao tratamento requerido.
- **A centralidade** da instituição pública, que se constrói com o fortalecimento e ampliação dos serviços públicos como única alternativa socialmente justa e economicamente sustentável, para garantir o acesso equitativo e universal à proteção da saúde.
- **A universalidade** que consiste em ampliar a todos os cidadãos, assegurados e não assegurados, o direito à proteção da saúde, eliminando a exclusão.
- **A ampliação dos serviços** oferecidos à população não assegurada, transitando do Pacote Básico até chegar aos serviços integrais de saúde do nível primário e secundário ampliados.
- **A equidade** que permita assegurar igual acesso aos serviços existentes diante da mesma necessidade de saúde.
- **A solidariedade**, que se efetiva no financiamento fiscal da política de saúde e proteção social, baseada em contribuições progressivas em função da renda e que distribui o custo econômico entre todos.

Na análise estratégica deste capítulo de valores e princípios, se pode verificar que se sustenta a idéia de garantir um sistema de saúde gratuito e financiado pelo Governo do Distrito Federal e descreve a missão, a visão e os princípios do

Programa, com suas diferentes formas de relação organizacional e os vetores do campo da administração pública.

Assim, com respeito à relação interorganização podemos observar que a visão e missão se instituem para a construção de um sistema de saúde ampliado, gratuito, universal, equitativo eficiente e participativo, de ampla cobertura e solidariedade. Considera para a obtenção destas, os princípios da centralidade da instituição pública, seu sentido democrático, a integridade, e a equidade, assim como as políticas que permitam desenvolver as capacidades dos diferentes setores populacionais da comunidade, por meio da sua participação no sistema, com funções e propostas que permita resolver uma problemática complexa como é o processo saúde-doença.

Nesta relação interorganizacional se denota dois aspectos principais, o primeiro acerca da construção de um Modelo de Atenção Ampliada de Saúde (MAS), como a principal função articuladora do setor saúde no Distrito Federal, que relaciona a visão, missão, e princípios, nas instâncias de normatização e coordenação e a segunda a formulação de um objeto de estudo, o processo saúde-doença e sua complexidade.

A relação intra-organização se encontra nas idéias de coordenação interna para oferecer serviços integrais e resolutivos, no desenvolvimento das capacidades biopsíquicas dos indivíduos participantes e na abordagem do processo saúde-doença em suas diferentes etapas de prevenção, as que permitem aproximar-se a mudanças na prática profissional vigente ou hegemônica no setor saúde, de ações isoladas a ações integradas.

A relação indivíduo-organização se estabelece na proteção social da saúde, na participação social, no acesso aos serviços, e na gratuidade, que levariam ao sistema de saúde para o caminho da democratização.

Os vetores normativos mais relevantes são identificados nas categorias de eficiência no item da visão e na de discricionariedade na missão e os diferentes princípios que a conformam.

Este capítulo pode compreender-se também, do ponto de vista do planejamento estratégico empresarial, onde a presença da visão (os limites), e da missão (razão) e os princípios que a integram (OLIVEIRA 2004), se assemelham ao capítulo “onde queremos chegar” do Programa Nacional de Saúde, entretanto são antagônicos nos elementos internos que os constituem, sobre tudo quando se analisam os campos da administração pública em suas relações organizacionais e vetores normativos, tal como foi apresentado anteriormente.

À pergunta em relação à visão e missão, no capítulo de princípios, os entrevistados responderam:

... “Isto é um dos problemas de articulação que tínhamos que conseguir, primeiro fazer do conhecimento, dentro da cultura do pessoal das instituições, que existem estas concepções de visão, missão e princípios, e que não bastava que estivessem no discurso, escritos em um documento, e que este se entregasse ao trabalhador. Era necessária a sua leitura, melhor ainda, a sua compreensão e, para isto se criara uma serie de estratégias, como falar com diretores, pessoal de chefias e trabalhadores, para tratar de avançar, poderia reconhecer-se que não temos elementos para assegurar que todo o pessoal o conhece, o que se tem buscado é que todos os projetos operacionais levem muito dos conteúdos, que retomem os princípios que cada proposta possa trazer como antecedente este marco de referência, ou seja, qual é o trem de aterrissagem que permite recuperar um pouco disto”...

Neste sentido a relação intra-organizacional tem sido considerada, sem uma devida contextualização.

6.2.4. Estratégias para Enfrentar os Seis Desafios.

Estas estratégias se baseiam em valores sociais e convicções éticas que em seu conteúdo concreto se retoma as experiências empíricas, que têm demonstrado ser soluções possíveis e sustentáveis. Para instrumentar as estratégias é necessário

fortalecer as funções de normatização da Secretaria de Saúde do DF com as dependências do governo e integrantes do setor da saúde pública, social e privada, pelo qual se consolidará o papel do Conselho de Saúde do Distrito Federal e dos conselhos, comitês e grupos de trabalho vinculados às problemáticas da saúde e sociais, mais relevantes na cidade.

A estratégia intersetorial para melhorar as condições de vida e saúde

A solução dos problemas básicos da redução da renda e da falta de empregos bem remunerados tem levado a população ao empobrecimento generalizado e a dependência de uma mudança do modelo econômico do país. O governo da cidade está em condições de instrumentar medidas específicas para melhorar as condições de vida e trabalho dos cidadãos, construindo e financiando programas sociais para conseguir uma redistribuição progressiva da renda.

6.2.4.1. A Política Social Integral e Redistributiva

A política social do governo do DF está dirigida a reverter o empobrecimento da população, o que a converte em uma política de promoção da saúde. Se concreta nos programas de proteção sociais dirigidos aos diferentes grupos populacionais nos campos, educativo, da moradia, do abastecimento de água, e ambientais, com um impacto positivo nas condições de vida dos beneficiários. As normas básicas são de caráter maciço e redistributivo, assim como sua demarcação territorial e sua integridade. Isto facilita o trabalho interinstitucional, já que as ações das diferentes dependências governamentais confluem no Programa Integrado Territorial (PIT), para as 1.352 unidades de saúde do DF, onde se potencializa pela interação com a comunidade e o controle cidadão.

A política e o Programa de Atenção à Saúde aos Adultos Maiores é um componente específico no setor saúde, desta política social integral, que resolvem necessidades básicas deste grupo etário e os protege contra as contingências da vida.

6.2.4.2. A Aposentadoria Universal Cidadã

Hoje os países desenvolvidos e em desenvolvimento médio, contam com sistemas de cobertura universal de aposentadoria. Este direito significa que todo cidadão de determinada idade conte com uma remuneração que lhe permita certa segurança na velhice, independentemente que tenha contribuído ou não para um fundo de pensão e aposentadoria.

O problema da proteção social no México é que só 30% da população contam com uma pensão. O custo para a nação de um salário mínimo às pessoas maiores de 70 anos seria de 0,73% do PIB. Como primeiro passo para instituir a aposentadoria universal cidadã, a SSDF foi formulado o “Programa de Apoio Alimentar e de Medicamentos Gratuitos para Adultos Maiores”. O programa se dirige aos adultos, com mais de 70 anos (250 mil - 80% do total), e a meta é cobrir a todos no ano de 2006.

Este grupo populacional é o primeiro a desfrutar do programa de gratuidade dos serviços médicos e medicamentos na rede de serviços da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Os adultos maiores recebem atenção integral, com visitas domiciliares, prescrição de medicamentos e informação sobre seu uso seguro, e são incorporados a atividades grupais de promoção da saúde e controle dos agravos crônicos.

A) Programa de compensação para os beneficiários do programa de abastecimento social de leite.

Um dos elementos sistemáticos da política econômica federal, que tem contribuído para o empobrecimento da população, é a eliminação de subsídios gerais e específicos. Isto tem um impacto negativo sobre a alimentação básica da população pobre, a qual se vê obrigada a dedicar mais recursos na compra de víveres. Diante do decreto, do governo federal, de aumentar o preço do leite, o governo do DF instaurou

um programa de entrega de recibos de leite trimestrais a 550 mil famílias, com o propósito de proteger sua alimentação e sua economia doméstica.

B) A coordenação interinstitucional

A complexidade dos determinantes do processo saúde-doença e a distribuição de faculdades entre as distintas autoridades federais, estaduais, e locais, obriga a instrumentar uma política de ampla coordenação interinstitucional com respeito à vigilância sanitária da cidade. Destaca-se a coordenação com a Secretaria de Saúde Federal pelo conduto da Comissão Federal de Riscos Sanitários e a instância reguladora do Sistema Nacional de Saúde. Assim mesmo, outras secretarias e governos de estados circunvizinhos, participam com o propósito de estabelecer acordos e convênios.

C) Contabilidade sanitária.

O último âmbito da estratégia intersetorial para melhorar as condições de vida é com respeito aos possíveis custos dos projetos de desenvolvimento da saúde coletiva e individual, se estabelecendo uma contabilidade sanitária. Esta é compartilhada com a Secretaria do Meio Ambiente e a Secretaria do Trabalho, requerendo de uma metodologia para medir o impacto sanitário dos projetos, evitando a carga de responsabilidades sobre os particulares.

Ao realizar a análise das estratégias intersetoriais, apresentadas pelo Programa de Saúde do Distrito Federal, propostas para melhorar as condições de vida e saúde da população, podem ser identificadas dentro de uma relação da interorganização de tipo cultural ou crítica, já que oferece oportunidades de desenvolvimento à população empobrecida, a partir da política redistributiva territorial, do programa para adultos maiores, da aposentadoria universal e do programa compensatório do leite, além de assumir a coordenação intersetorial e estabelecer uma contabilidade sanitária, nas que se observa uma visão da

complexidade do processo saúde-doença e se oferece uma resposta ampliada da promoção da saúde.

Neste sentido, existe também uma tendência para os vetores normativos de discricionariedade e representação dos grupos da terceira idade e das famílias que aderem aos programas de apoio alimentar e medicamentos gratuitos para adultos maiores e o programa compensatório do leite.

O objeto de estudo, nestas linhas estratégicas interorganizacionais, se desloca para a complexidade do processo saúde-doença.

6.2.4.3. As estratégias no Setor Saúde

A) Gratuidade no serviço.

A análise dos obstáculos de acesso a um tratamento adequado e eficaz no DF revela, como um elemento fundamental, as restrições econômicas da população, particularmente para a compra de medicamentos. A isto se acrescenta a evidência empírica, incluindo estudos do Banco Mundial, que confirmam que a cobrança constitui um elemento central de exclusão nos serviços de saúde. Assim a primeira estratégia tem a ver com a gratuidade no uso dos serviços, como um passo fundamental para alcançar a democratização da saúde.

Esta estratégia compreende a todos os serviços da Secretária: coletivos e individuais, incluindo os medicamentos e insumos. Isto se traduz num sistema abrangente que persegue a universalidade, denominado “Programa de serviços médicos e medicamentos gratuitos”. As famílias são credenciadas, tendo assim direito ao ingresso ao sistema de saúde, no nível primário e secundário dos serviços da Secretária de Saúde. A introdução da gratuidade dos medicamentos, no nível primário, dispõe de um quadro básico autorizado com 20 códigos de medicamentos, correspondentes ao denominado Pacote Básico, para outro de aproximadamente 90

códigos de medicamentos necessários para resolver os agravos mais prevalentes, presentes neste nível.

Nos hospitais, a isenção do pagamento compreende os serviços diagnósticos e terapêuticos e internações, assim como uma relação de cerca de 250 códigos de medicamentos. Esta isenção garantirá a equidade, já que assegura igual acesso à população sem previdência social aos serviços de nível secundário, independentemente da sua capacidade econômica. A atenção de urgências representa um caso particular, onde a gratuidade se estende a toda a população, uma vez que a oportunidade de tratamento resulta decisiva para salvar vidas e diminuir a incidência de incapacidade.

A gratuidade compreende as ações do programa integral de HIV-AIDS, os procedimentos diagnósticos; a interrupção vertical da infecção mãe-filho e os medicamentos; assim como a oportunidade de fortalecer as medidas de prevenção e acesso aos anti-retrovirais, para melhorar a qualidade de vida da população carente de meios para enfrentar esta contingência, conformando o assim chamado “Programa de HIV-AIDS na Cidade de México”.

B) Prioridades em saúde com critério de equidade e necessidade.

O estabelecimento de prioridades é uma preocupação na formulação da política de saúde, devido ao alto custo de determinadas intervenções e a escassez relativa dos recursos. Este dilema freqüentemente se resolve reduzindo-o à eficiência econômica apenas em função do impacto, medida com algum indicador de saúde, como o de anos perdidos de vida saudável (EVISA).

A estratégia da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para o estabelecimento de prioridades se constitui sob dois eixos. O primeiro é a diminuição das desigualdades nas condições de saúde e nos recursos para obtê-la e o segundo considera as necessidades de saúde, os valores sociais e a eficácia. Uma vez fixadas as prioridades se buscam as intervenções mais eficientes para resolvê-las.

O propósito de diminuir a desigualdade se coloca como uma prioridade: a de dirigir as intervenções aos grupos com mais necessidades em saúde e canalizar os meios às regiões com menores recursos. Na cidade do México, como no resto do país, os dois critérios coincidem, já que a maior parte da população pobre com condições de saúde mais precárias mora nas zonas periféricas da cidade.

O decréscimo da desigualdade no acesso, até alcançar a equidade, entendida como o acesso igualitário ante a mesma necessidade, leva ao compromisso de garantir a todos, as mesmas intervenções. A definição desta se faz com dados baseados nos conglomerados de necessidades de saúde por regiões, grupos etários e gênero, com abordagens integrais das intervenções, que consistem na promoção, no fomento à saúde, na prevenção da doença, na atenção oportuna e na reabilitação, segundo os níveis de complexidade dos serviços disponíveis na cidade, para impulsionar a sinergia entre estes.

Nas definições das prioridades se propõe introduzir os valores e representações sociais relacionadas com a saúde e sua proteção, o que significa reconhecer as distintas perspectivas dos diversos atores sociais sobre a saúde, a morte e a atenção. Em resumo, o estabelecimento das prioridades, requer integrar a lógica dos especialistas com os valores e percepções da população que sofre os problemas.

De uma perspectiva ética é inaceitável que continuem ocorrendo mortes que são preveníveis ou curáveis com o conhecimento existente, por exemplo, as doenças que podem ser prevenidas com vacinas, as diarreias e doenças respiratórias agudas nas crianças, a mortalidade materna e pré-natal evitável com o controle da gestante e das neoplasias como o câncer cérvico-uterino, de mama e de próstata.

C) O novo Modelo de Atenção Ampliada à Saúde (MAS)

O Programa indica que para enfrentar os seis desafios em saúde, formulados na problemática do DF, se faz necessário colocar em prática um novo modelo de atenção. O Modelo de Atenção Ampliada de Saúde (MAS), o qual leva em consideração às particularidades geo-demográficas e sócio-sanitárias da população, bem como a situação organizacional do sistema de saúde, a legislação e a normatividade sanitária. Pretendem corrigir as experiências dos modelos previamente instrumentados de atenção, para superar a fragmentação, superposição e ineficiência dos serviços e assim ampliar o acesso à prestação dos serviços.

a) Os compromissos do MAS

Este modelo constitui as bases sobre as quais a Secretaria de Saúde do Distrito Federal pode concretizar os compromissos em matéria de atenção à saúde à população da capital:

- Garantir a seguridade social da cidade;
- Ampliar o acesso da população, sem cobertura de seguro e de previdência social, a um atendimento oportuno mediante a gratuidade dos serviços nos níveis primário e secundário, bem como dos medicamentos necessários;
- Construir gradualmente um sistema integrado e único de urgências na cidade;
- Ampliar a participação cidadã e o controle social;
- Usar eficientemente e com transparência os recursos públicos de saúde.

b) Os atributos do MAS.

O MAS se sustenta na responsabilidade do Estado de garantir o direito à proteção da saúde através das instituições públicas e na normatização da Secretaria de Saúde do Distrito Federal para fazê-lo efetivo em nível local. Sua plataforma se constitui na promoção e o fomento da saúde, nas atividades de vigilância sanitária e epidemiológica, nas preventivas e curativas, com a participação direta das diferentes comunidades e grupos organizados na cidade, que permita a construção de uma cultura da saúde. Assim, os atributos do MAS foram:

- **Universalidade:** Atender a vigilância sanitária de toda a população, com prioridade aos grupos mais desprotegidos, por meio da cobertura de serviços integrais de nível primário e secundário;
- **Integridade:** Colocar à disposição da comunidade atividades de atenção, com ações antecipatórias, de promoção da saúde, preventivas e restauradoras;
- **Resolutividade:** Responder ao dano específico de saúde com uma resposta suficiente e funcional dos serviços nos aspectos organizacionais, técnico-científico e de qualidade;
- **Escalonado:** Oferecer os serviços em nível de complexidade da atenção, e garantir a referência na rede de serviços;
- **Regionalizado:** Estabelecer cinco sistemas regionais de saúde para ordenar a entrada ao sistema, a referência e contra-referência, a informação e a rede integral de serviços;
- **Participativo:** Invocar os cidadãos para a tomada de decisões sobre sua própria saúde, nas intervenções para modificá-las positivamente e na avaliação de resultados;
- **Solidário:** Financiamento com recursos fiscais do governo onde os sadios compartilhem o custo com os doentes.

c) Intervenções garantidas

O MAS oferece distinta intensidade de ações, de acordo com as suas responsabilidades, aos três grupos (sem previdência social, com previdência social e com seguro privado). A população de responsabilidade direta compreende aproximadamente 4 milhões de habitantes, a qual ficará sujeita às ações de vigilância sanitária e da atenção coletiva e individual.

Para 9,5 milhões de habitantes residentes no Distrito Federal são garantidas a vigilância sanitária, a vigilância epidemiológica e atendimento de urgências, que adquirem maior relevância quando dirigidas a toda população.

Acrescenta-se a estes, 10 milhões de pessoas que moram nos municípios ao redor da Cidade do México, cuja população demanda serviços de saúde da SSD, a

qual oferece cobertura solidariamente. Além disso, a SSDF responde pela coordenação interinstitucional com os serviços de saúde existentes.

Ações para garantir a vigilância sanitária da cidade e seus habitantes

Estas ações têm como finalidade proteger a saúde contra riscos cotidianos e contingências, já que as condições geo-ecológica-sócio-demográficas conferem à cidade uma alta vulnerabilidade. Essas ações contam com a participação dos cidadãos em colaboração de outros setores, sob a responsabilidade da SSDF, que encabeça o setor.

Tem como referencial o espaço-população que existe, desde os níveis micro-regionais, passando pelas unidades territoriais, até as cinco regiões do DF. A importância da delimitação destes espaços é que definem responsabilidades, participação, intensidade e prioridade das ações, em função das necessidades demográfico-sanitárias e características socioeconômicas destes espaços.

Promoção e fomento da saúde

As ações de promoção da cultura da saúde se orientam na coresponsabilidade e participação voluntária, informada e comprometida da comunidade organizada no diagnóstico, discussão de propostas, tomada de decisões e alternativas de solução dos problemas de saúde. A constituição de grupos que envolvam organizações públicas e privadas pretende obter uma cidade com cidadãos saudáveis e participantes ativos na construção das políticas de saúde do DF.

Vigilância epidemiológica

É entendida como um processo de estudo sistemático e permanente de fatos e danos relativos à saúde, equivalente à “inteligência sanitária”, já que proporciona as bases de informação para organizar uma resposta prática de saúde pública, na comunicação de riscos à população e avaliação do impacto das ações. Pretende-se

reforçar o sistema de vigilância epidemiológica na cidade e exercer sua liderança setorial, para que as instituições estatais e privadas notifiquem sistemática e permanentemente, os agravos encontrados, e de acordo com as normas que lhe permitam garantir sua validade e confiabilidade.

Atividades de fomento e regulamentação sanitária

Em base ao acordo para a descentralização das atribuições de regulamentação sanitária para o DF, se continuará realizando ações preventivas para regular e controlar as condições sanitárias do *habitat* humano e das atividades dos estabelecimentos, processos, aparelhos, veículos e pessoas que possam representar um risco para a população.

Atenção aos desastres

A alta vulnerabilidade da Cidade do México diante de fenômenos perturbadores do tipo natural ou antrópico requer de um programa de vigilância permanente das condições de risco, da capacitação dos profissionais da saúde, de informação à comunidade e do estabelecimento de ordem e prioridades das atividades a efetuar com a finalidade de diminuir a fragilidade e melhorar a resposta do SSDF.

Atendimento de urgências

O atendimento de urgências é hoje uma legítima demanda da população. Os novos modelos de organização e tecnologia possibilitam a intervenção eficaz para salvar vidas e diminuir a incapacidade, através da criação do sistema metropolitano de urgências, que tem demonstrado um decréscimo de 50% na mortalidade. O núcleo primário constituirá o Centro Regulador de Urgências, que conta com equipe e pessoal especializados para a atenção às lesões por acidentes, envenenamentos, partos complicados e patologias pré-natais.

Numa segunda etapa se incorporará aos hospitais federais e instituições de seguridade social, o que permitirá encaminhar o paciente ao hospital mais próximo, com os recursos para sua estabilização e depois transferi-lo à instituição de adscrição ou preferência.

Intervenções de saúde familiar e individual para a população não assegurada

A atenção gratuita se estende a todos aquele que têm direito à atenção em saúde na Secretaria de Saúde do Distrito Federal e têm como porta de entrada e de seguimento o centro de saúde. Inclui intervenções e medicamentos autorizados e define os conjuntos de intervenções pelos níveis de complexidade, nos quais se trabalhará com protocolos de atenção, para as intervenções mais comuns.

O tratamento médico individual abrange os agravos que são atendidos nos centros de saúde e hospitais gerais, e estes contam com as quatro especialidades básicas e sub-básicas, como traumatologia e neonatologia. O esquema requer o incremento da capacidade dos centros de saúde: aparelhos, medicamentos e insumos, para “desafogar” os hospitais, que assim podem atender aos problemas complexos e especializados.

Na análise estratégica, que se encontra no terceiro capítulo, se estabelece uma relação com as seis estratégias formuladas, e permite cobrir a visão, missão e princípios do segundo capítulo, e em consequência apresenta com maior ênfase as três relações do campo da administração pública.

Assim, na relação interorganização, quando se aborda a gratuidade dos serviços para a população sem previdência social se estabelece à articulação das necessidades com as desigualdades sociais para a formulação das prioridades aos grupos e regiões com maior pobreza. Coloca como compromisso a perspectiva de priorizar os problemas de acordo com a interação do conhecimento comum e científico, quando estabelece as perspectivas sobre saúde-morte-atenção, sob os valores sociais da população.

Esta relação continua na apresentação do Modelo de Atenção Ampliada de Saúde (MAS), como o elemento básico do setor saúde, o que poderia situá-lo em uma prática profissional de ações integradas em saúde pública, restando para o futuro, somente uma mudança nos critérios de promoção, prevenção e tratamento nos cuidados individuais e de atenção sanitária em nível coletivo, transformando-os em prevenção profunda integral, que compreenderia a formulação de uma prática profissional que articule as ações curativas e preventivas, individuais e coletivas, na produção de serviços e conhecimentos, e na formação dos recursos humanos em serviço.

A relação intra-organização se encontra presente no Modelo de Atenção Ampliada de Saúde, quando se coloca que a participação do profissional deverá ser motivo de mudança, tanto no relacionamento com a população, como no diálogo dos conhecimentos científico e comum, para assim chegar a uma atuação profissional baseada na ética, que permita a abordagem e prática das relações entre o conhecimento científico e os da comunidade.

A relação indivíduo-organização surge em todos os aspectos das estratégias do setor saúde, já que a participação social dos integrantes da comunidade está amplamente discutida na proposta do Programa, tanto na gratuidade e priorização como nos compromissos, atributos e intervenções dos cidadãos no modelo de saúde.

Os vetores normativos de eficiência, discricionariedade e representação, também se discutem neste capítulo, todos eles desde uma visão sócio cultural, por meio da eficiência na transparência dos recursos utilizados, nas prioridades das perspectivas da população para sua mensuração; na participação social, no acesso aberto para todos os níveis de atenção, na solidariedade e gratuidade no MAS.

O objeto de estudo mais amplamente citado no documento é o processo saúde-doença e algumas vezes a saúde, e ambos derivam para uma prática profissional coletiva e individual, que permitirá alcançar uma cultura da saúde.

Os entrevistados ao responder a pergunta sobre a relação de estratégias e objetivos do Programa responderam:

...“cada um deles se estrutura sob um programa, assim, por exemplo, à estratégia de gratuidade se encontra no programa de serviços e medicamentos gratuitos. Que por sua vez se encontra conformado tanto na sua base legal como na parte programática e de sua operacionalidade por manuais de organização e procedimentos. Assim, a produção de serviço na avaliação, surge para a SSa nacional os informes sobre atividades de egressos, morbi-mortalidade, radiologia, ultra-som, laboratório, intervenções cirúrgicas e para a SSDF uma base de dados das ações articuladas do Modelo de Atenção Ampliada à Saúde (MAS) e do Programa de gratuidade, que permite visualizar o crescimento do número de famílias. Temos o atendimento da população vizinha do Estado de México e a população assegurada que entra ao serviço, a qual conta com um sistema de cotas de recuperação”....

6.2.5. A Organização dos Serviços

A acessibilidade geo-sócio-econômica dos serviços depende, em grande parte, de sua organização e da outorgação explícita de direitos à população. O cadastramento da população se converte em um instrumento de direito para o ingresso à rede de serviços e para o ordenamento e identificação da cobertura real do sistema.

6.2.5.1. Integração e Regionalização dos Serviços

O Modelo Ampliado de Saúde inclina-se à fusão dos serviços de saúde pública, de atendimento hospitalar e de urgências para estruturar uma rede integral que permita, de forma racional e escalonada, o uso dos recursos disponíveis. Pretendem-se construir os sistemas regionalizados de saúde, que agruparão as atuais jurisdições sanitárias, com seus diferentes serviços, em cinco regiões definidas pelos critérios de vizinhança, de indicadores econômicos, das características socio-demográficas, dos perfis de saúde-doença e dos fluxos populacionais.

6.2.5.2. Organização Segundo Níveis de Complexidade

Os serviços se ordenaram segundo a complexidade técnica e organizacional de seus recursos, para atender de maneira oportuna e resoluta os problemas de saúde. Seu objetivo é solucionar os problemas de saúde da população na medida da complexidade com que se apresentem e da maneira mais eficiente. Privilegiam-se a promoção e o fomento à saúde, a prevenção dos danos e a detecção oportuna dos problemas de saúde. Supõe intervenções massivas que modifiquem o curso dos problemas, e sua base se apóia no trabalho comunitário.

A base organizacional do Modelo Ampliado de Saúde é o espaço–população correspondente a um centro de saúde, com uma brigada de saúde coletiva, doze núcleos de atenção médico-sanitária em turno matutino e vespertino, laboratório, radiologia e farmácia. O centro de saúde é a porta de entrada do sistema, onde o usuário é examinado e integra seu expediente, faz o encaminhamento à consulta especializada ou hospitalar necessária. Recebe o retorno do paciente com seus resultados e assim oferece o seguimento e a evolução do caso.

A análise estratégica para enfrentar os seis desafios, referida no capítulo 3, mostra a relação interorganizacional nas ações intersetoriais da política social, da coordenação interinstitucional e as estratégias no setor saúde, que levam a estabelecer as bases do Modelo de Atenção Ampliada de Saúde (MAS), de acordo com a gratuidade, prioridades e compromissos do modelo. Neste sentido os atributos do MAS e a organização dos serviços tende à formulação de uma rede integral de serviços segundo as diferentes complexidades e níveis. Esta relação se encontra baseada em critérios sócio-demográficos e na complexidade do problema saúde-doença e define o espaço interorganizacional, quando refere que o trabalho comunitário será a base do MAS.

A relação intra-organização é determinada nos diferentes aspectos de atuação da prática profissional e nas mudanças para a saúde coletiva, no tipo e constituição

dos grupos de trabalho e na continuidade do tratamento, estabelecendo que a promoção, prevenção e detecção oportunas serão privilegiadas.

Neste sentido se denota que o conceito processo saúde-doença é acompanhado dos lineamentos formulados pelos níveis de Leavell e Clark, fato significativo da ausência de equilíbrio entre teoria e prática, de um conhecimento complexo a uma desagregação de ações.

6.2.6. O Novo Sistema de Informação

Foi desenvolvido um sistema integral de informação, incorporando novas tecnologias, ampliando a rede de computação e fortalecendo a interconexão entre os sistemas de informação existentes, os diferentes níveis de atenção e serviços complementares, como a informação setorial necessária para a função de normatização e de coordenação do sistema de saúde.

Isso permitirá integrar a administração e a informação bio-sócio-demográfico-epidemiológica nos diferentes âmbitos de ação, na construção de denominadores referentes à população para a administração e o controle de ações, e atuará como base para o sistema de avaliação e apoio na tomada de decisões, assim como na difusão dos resultados do desempenho institucional. Adicionalmente se construirão os locais-sentinela para atualizar os dados de morbidade da população, do impacto das intervenções, da opinião do funcionamento e programas dos serviços.

Este capítulo do novo sistema de informação, de acordo com a análise estratégica, conforma-se em uma visão da relação interorganização, quando estabelece a interconexão com os diferentes sistemas de informação, para a função de normatização do sistema.

A relação intra-organização se denota na idéia de integrar a administração e o controle das ações no funcionamento do sistema, na avaliação e no desempenho, que

permita a tomada de decisões e a construção de denominadores precisos da população.

O vetor normativo de eficiência é notado, tanto na tomada de decisões como no desempenho institucional. A discricionariedade aparece na opinião dos cidadãos sobre o funcionamento do programa do serviço.

Na relação deste Programa com o cenário 6 “acesso à informação segundo atores e comportamento organizacional e o sistema de saúde”, pg. 95, encontramos o acesso à informação aberta para a sociedade e o setor público. Porém com a existência de um comportamento organizacional rígido ou fechado, neste caso a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, impede que este tipo de espaço organizacional gere mudanças na administração estratégica.

6.2.7. Reorganização Institucional, Fortalecimento e Ampliação dos Serviços.

Diante da deterioração prolongada e o acúmulo de necessidades nos serviços da Secretaria de Saúde do Distrito Federal se fez necessário traçar um plano com duração de seis anos de recuperação, fortalecimento, reorganização e ampliação dos serviços. Os critérios que guiam este plano são: incrementar o acesso oportuno ao tratamento requerido e decrescer a desigualdade no acesso ao serviço, assim como utilizar a eficácia, a transparência e a eficiência no uso dos recursos existentes.

As ações em curto prazo, para melhorar o funcionamento dos serviços compreenderam a ampliação dos quadros de medicamentos, a regularização do abastecimento de medicamentos, e a sistematização na manutenção dos equipamentos. Foi criada, para isto, a Direção Geral de Medicamentos, Insumos Médicos e Tecnologia para a instrumentação das ações e o desenho de um modelo de equipamento para a unidade de atenção e para toda a rede de serviços.

Para fortalecer os serviços se iniciou o uso intensivo da capacidade instalada, a reordenação dos serviços e espaços subutilizados, assim como a redistribuição dos

recursos materiais e humanos, para acrescentar a capacidade da atenção, em curto prazo, sem aumentar os gastos de inversão.

Também se deram início à reversão dos hospitais ao tipo básico de hospital geral, com 72 a 144 leitos, quatro especialidades básicas e subespecialidades comuns. Fortaleceram-se os serviços de urgência dos hospitais materno-infantis selecionados. Iniciou-se a construção de um hospital geral de 72 leitos e outro de 144 leitos, assim como o fortalecimento de dez centros de saúde e de três clínicas comunitárias.

Em paralelo foi instrumentalizado um sistema de orçamento e seguimento de custos dos programas específicos de saúde coletiva e unidades de atenção, para permitir uma desconcentração administrativa gradual, que possibilite o fortalecimento dos sistemas regionais, acerca da tomada de decisões nos âmbitos concretos, onde ocorrem os problemas e onde participam os cidadãos.

Do ponto de vista da análise estratégica, a relação intraorganização predomina neste capítulo, já que se estabelece a instrumentação para a reorganização dos serviços, e para o qual internamente se cria a Direção Geral de Medicamentos, Insumos Médicos e Tecnologia. Esta relação encontra-se na reconstrução de hospitais e o fortalecimento de centros de saúde e clínicas comunitárias, como mudanças que fortaleceram a descentralização (interorganização) e a reorganização do setor.

Na relação intra-organização observa-se novamente o predomínio da hegemonia médica na saúde pública, tanto pela importância concedida aos hospitais como pela terminologia utilizada acerca dos profissionais da saúde. Ao mesmo tempo desenvolvem mudanças administrativas internas para a desconcentração de orçamento e seguimento de custos.

O vetor normativo de eficiência é amplamente discutido neste capítulo e o de discricionariedade volta a aparecer na regionalização do sistema com a participação da população.

6.2.8. Qualidade Integral dos Serviços

A qualidade da atenção é uma exigência dos cidadãos que têm sofrido as consequências dos serviços, ocasionadas pelo seu prolongado desfinanciamento. A qualidade requer o desenvolvimento dos aspectos técnicos e humanos do tratamento médico-sanitário, que evite a proliferação de processos judiciais contra a negligência médica, que sustenta a indústria de seguros e os escritórios de advogados sem escrúpulos, o que dificulta a relação terapêutica entre a equipe de saúde e os pacientes.

A qualidade técnica da atenção requer, como primeiro passo, garantir o abastecimento de medicamentos, insumos e manutenção dos equipamentos. Os serviços da Direção Geral de Medicamentos, Insumos Médicos e Tecnologia, anteriormente citada, permitirão a atualização e racionalização do uso dos recursos na rede de serviços. A atualização contínua do pessoal é uma prática de acordo com os avanços técnico-científicos nas áreas da saúde pública. Parte deste esforço é a formulação de protocolos de atenção para certificar o tratamento adequado e similar aos doentes. Neste contexto se dará o cumprimento fiel às normas emitidas pelas autoridades competentes.

Para melhorar a qualidade humana na prestação de serviços e a dignidade do trabalho, se propõe desenvolver ações de sensibilização e capacitação permanentes do pessoal da Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Para isto se construirá uma nova ética de serviço ao público, entre todos os trabalhadores, baseada na recuperação do reconhecimento do valor igualitário de todos os seres humanos e da saúde como um direito do cidadão, assegurado com recursos públicos.

Assim mesmo se adotará um código de direitos e obrigações dos usuários para que recebam a informação sobre seus agravos e um trato digno e cientificamente fundado. Serão realizados acordos com os trabalhadores e seus representantes, as bases para estabelecer o serviço civil de carreira e os mecanismos de participação dos trabalhadores e usuários na gestão dos serviços.

De acordo com a análise estratégica, a relação intra-organização é estabelecida no capítulo da qualidade integral dos serviços, quando se definem as mudanças nos aspectos técnicos e humanos e nas relações terapêuticas do usuário e a equipe de saúde, denotando-se mais na nova ética do serviço público. Passa a ser considerada não mais como uma dádiva e sim como um direito da população.

A relação indivíduo-organização encontra-se na formulação de um código de direitos e obrigações dos usuários, nos acordos para um serviço civil de carreira e na gestão dos serviços por parte dos trabalhadores e usuários.

6.2.9. A Administração em Apoio à Operação

Desenvolver um sistema administrativo que garanta o andamento do Modelo Ampliado de Saúde e o fortalecimento do trabalho substantivo da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, sob a premissa de coadjuvar para o cumprimento dos compromissos citados, requer de uma cultura institucional de gestão que priorize a antecipação, a prevenção e o planejamento em contraposição à improvisação e a remediação. Além disso, que observe a norma sem deixar de ser criativo e persistente na solução dos problemas, que fomente os critérios de racionalidade e transparência na utilização dos recursos, e consolide o compromisso social dos servidores públicos para com a população. Para a conquista desse sistema se desenvolverão as seguintes estratégias:

- Uma maior aproximação entre a unidade central e as unidades médicas, fortalecendo a relação cotidiana entre o corpo diretivo e as regiões, por meio de ações interdisciplinares que envolvam ao pessoal nos diferentes processos

administrativos, técnicos e médicos, para a resolução dos problemas e a análise dos projetos encaminhados para fortalecer um processo de transformação institucional.

- Consolidar o processo de planejamento nas unidades médicas definindo um plano estratégico anual sustentado no Programa de Saúde 2001-2006, o qual deverá converter-se em uma das ações prioritárias das unidades operativas, constituindo uma ferramenta básica para a avaliação das atividades institucionais e a distribuição dos recursos financeiros, e que sustentará um sistema de custos que permita comparar a eficácia, a eficiência e a qualidade dos serviços.
- Inovar formas de organização, instrumentando mecanismos de organização que permitam garantir a otimização do processo e recursos, articulando os seguintes aspectos: O Modelo de Atenção Ampliada da Saúde (MAS), a regionalização, a modernização administrativa, a automatização de tarefas e a descentralização, que proporcione na prática a agilização de trâmites e sua transparência.
- Fomentar a comunicação interna e a identidade institucional, de acordo com a complexidade da instituição, sua origem e riqueza histórica e sua experiência acumulada em décadas, fortalecendo o intercâmbio de idéias e experiências, bem como, desenvolvendo vias que facilitem a comunicação em todos os níveis.
- Profissionalizar ao recurso humano, fortalecendo o Serviço Civil de Carreira, e colocando em prática um sistema integral de formação e atualização, assim como a generalização de uma nova cultura administrativa sustentada em valores ligados à honestidade, vocação para o serviço, trabalho em equipe e lealdade institucional.
- Desenvolver a austeridade republicana e transparência administrativa da política do Governo do Distrito Federal, eliminando gastos supérfluos, que permitam fortalecer a transparência nos processos de aquisição, de simplificação administrativa, de fomento do autocontrole e auto-avaliação, e de vigilância e transparência no manejo orçamental.

No capítulo da administração em apoio à operação, no que se refere à análise estratégica, se formulam os pontos básicos de uma administração estratégica baseada no paradigma cultural, já que nas suas relações inter e intra-organização se encontram propostas que consideram mudanças organizacionais para consolidar novas formas de trabalho no Modelo de Atenção Ampliada de Saúde (MAS).

Na relação interorganização se desenvolvem os elementos estratégicos: trabalho articulado nos diferentes níveis, planejamento estratégico operativo, organização inovadora e nova cultura administrativa.

Na relação intra-organização, os conceitos de uma prática profissional integral, que fortaleça a organização interna, a comunicação e identidade institucional, a carreira civil do trabalhador e a austeridade republicana.

Os vetores normativos de eficiência, eficácia e qualidade aparecem na consolidação do processo de planejamento dos serviços, o que regulamenta os processos inovadores e permite situá-lo, por sua vez, na teoria da organização sistêmica.

6.2.10. Participação Cidadã de uma Unidade Territorial

O governo democrático de Distrito Federal se propõe tornar transparentes suas ações e promover a participação da população na tomada de decisões que concernem a sua vida cotidiana na cidade. A base territorial estará constituída pelas 1352 Unidades Territoriais (UT), onde a Assembléia de Vizinhos é a instância máxima de decisão e o Comitê de Vizinhança, eleito pela votação universal, é a instância executiva.

Ante a Assembléia se apresenta o conteúdo dos programas, a cobertura prevista da população a ser beneficiada e o montante de recursos financeiros. Esta proposta também será distribuída nos domicílios para a fiscalização na aplicação dos programas sociais.

Nas Assembléias de Vizinhos se formarão os Comitês de Vizinhança dos centros de saúde, para redefinir suas funções; sendo o ponto de partida a realização, junto às educadoras de saúde, do diagnóstico participativo de saúde na unidade territorial.

O diagnóstico, a informação gerada nos centros de saúde e as políticas de saúde da cidade são os insumos para a aprendizagem comum, para a tomada de decisões e para o controle social em nível local. Ao mesmo tempo permitirá a eleição de um representante diante dos Comitês Regionais e o Conselho de Saúde do Distrito Federal.

No capítulo de participação cidadã na unidade territorial se desenvolve, segundo a análise estratégica, a relação intra e indivíduo-organização, de nível local, formulado na participação social, prevendo diferentes ações na formação dos diferentes grupos de representação para o aprendizado comum, na tomada de decisões e controle social.

Na relação interorganização se encontram os seguintes elementos estratégicos: trabalho articulado nos diferentes níveis, planejamento estratégico operativo, organização inovadora e finalmente, diagnóstico participativo.

Neste capítulo, um dos elementos fundamentais da Estratégia de Atenção Primária à Saúde, a participação social comunitária, é retomada sem estabelecer suas origens, a qual é comum na atualidade, pois não existe uma memória histórica destes acontecimentos no campo da saúde pública.

6.2.11. O Orçamento: suporte da política de saúde

O compromisso financeiro. A vontade política de situar a saúde entre as primeiras prioridades do governo do Distrito Federal, se demonstrou ao destinar 12,5 %, dos recursos no orçamento programável do governo local. Os limites do compromisso financeiro se condicionam por sua capacidade de arrecadação fiscal e

das restrições do seu limite de endividamento, assim como pelo incremento das contribuições federais.

Fundos de compensação e adicionais. A descentralização dos serviços de saúde das entidades federativas e a segmentação das responsabilidades na prestação de serviços entre as instituições, requerem um sistema de compensação entre si, para a devolução dos recursos gastos na atenção da população não residente ou sob a responsabilidade de outras instituições. Pelo qual se promoverá a criação de um fundo de recuperação, respaldado pela Federação.

Assim também a criação de programas prioritários como HIV-AIDS, o sistema único de urgências e do adulto maior, são inovadores no campo da saúde pública, o que abre a possibilidade de obtenção de recursos externos adicionais para sua instrumentação.

Para efeito da análise estratégica, no capítulo do orçamento como suporte da política de saúde, se denota que a relação interorganizacional com o governo da cidade é altamente satisfatória, pela existência de um compromisso financeiro para sustentar o setor, o qual permite compreender a importância do setor saúde, nessa relação, dentro da administração pública do Governo do Distrito Federal e a possibilidade da criação de um fundo com outros Estados, respaldado pela federação.

6.2.12. Educação e Pesquisa

O desenvolvimento da educação e pesquisa permitirá um melhor processo de atenção à saúde e às competências técnico-científicas dos profissionais que atuarão como os pilares estratégicos do Modelo de Atenção Ampliada de Saúde.

O sistema de saúde do Distrito Federal outorga os campos clínicos ao setor de ensino superior na etapa de graduação, e na de formação de especialistas. É utilizado também como área estratégica, por meio do componente de educação continuada e

de atualização dos profissionais, para um melhor desempenho no trabalho, bem como para incorporar a missão e valores do sistema de saúde.

Estabelecer-se-á um balanço entre a pesquisa clínica e operativa, que permita a melhora na organização e a prestação de serviços, delineada em um comitê de pesquisa e educação, para desenvolver os aspectos de qualidade técnica, de pertinência estratégica dos programas e de orientação de acordo com as prioridades institucionais.

Os outros dois componentes da prática profissional em saúde se encontram neste capítulo, educação e pesquisa, o qual significa que a visão da prática profissional, na sua relação intra-organizacional, somente considera como no Programa nacional, ao componente de produção de serviços, que neste é caso no Modelo de Assistência Ampliada à Saúde.

Nesta relação intra-organizacional se estabelece um equilíbrio entre a pesquisa operacional e a clínica, mas não situa o tipo de objeto de estudo que seja pertinente ao Programa. O mesmo acontece com o componente de educação, tanto no aspecto de tipo de currículo que prepondera nos cursos de graduação e de especialização, como na educação continuada.

6.2.13. Metas

a) Das Condições de Saúde

- Diminuir a brecha epidemiológica entre regiões e grupos, com uma diferencia não maior que 50%;
- Diminuir a taxa de mortalidade infantil em 10%;
- Diminuir a taxa de mortalidade materna em 30%;
- Diminuir a taxa de mortalidade pelo CaCU em 10%.

b) De Vigilância Sanitária

- Manter o controle total das doenças previsíveis pela vacinação;

- Incrementar a cobertura de vacinação com esquema básico completo em 100% entre menores de 5 anos de idade;
- Manter o controle total da cólera;
- Fortalecer o monitoramento da qualidade de água para consumo humano: 50.000 avaliações anuais;
- Manter o controle total da raiva humana, aumentar a vacinação canina a 1,2 milhão de vacinas por ano e controlar 100% dos focos de raiva na cidade;
- Garantir o tratamento supervisionado e estudo epidemiológico em 100% dos casos de tuberculose detectados;
- Garantir o estudo de 100% dos surtos detectados de doenças de notificação obrigatória.

c) De Promoção da Saúde

- Alcançar 80% de comitês de saúde formados nas unidades territoriais;
- Incrementar em 30% a formação de grupos de auto-ajuda.

d) De Produção de Serviços

- Aumentar a cobertura institucional da atenção ao parto;
- Aumentar o uso de métodos de planejamento familiar a 79,8%;
- Aumentar a detecção precoce do CaCU em 30%;
- Aumentar a cobertura de detecção de diabete a 45% no grupo de risco;
- Aumentar a cobertura do risco cardiovascular em 75%;
- Aumentar a consulta dos problemas de saúde derivados do climatério e a menopausa em 75%;
- Aumentar o tratamento com anti-retrovirais para 100% dos casos detectados de AIDS, não residentes no DF, sem direito à atenção em saúde, que cumpram com os requisitos fixados pelo Comitê de Bioética;
- Elevar 80% das famílias residentes no DF, que não tem direito à atenção em saúde, ao padrão de usuários da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

e) De Desenvolvimento de Infra-estrutura

- Construir 2 novos hospitais gerais de 144 e 72 leitos, nas zonas sul e leste;

- Construir 10 centros de saúde e 5 clínicas comunitárias;
- Transformar 3 hospitais existentes em hospitais gerais.

No caso das metas, e segundo a análise estratégica, este Programa se aproxima a um tipo de organização sistêmica visto que as metas quantitativas formuladas definem-se no campo da saúde pública, para o vetor normativo de eficiência nas categorias de condições de saúde, vigilância sanitária, promoção da saúde, produção de serviços e infra-estrutura.

Isto se suscita quando se esquecem os desafios e as estratégias, sobretudo o Modelo de Atenção Ampliada à Saúde, propostos anteriormente no Programa, os quais no caso do planejamento estratégico servem como eixos articuladores para avaliar o impacto na melhoria da saúde da população.

De maneira geral, este Programa de Saúde do Distrito Federal, tende à teoria organizacional cultural ou crítica, ainda que existam alguns elementos da teoria sistêmica, devido à interação do todo com as partes ter uma importante presença.

“A dilatação do presente aqui proposta assenta em dois procedimentos que questionam a razão metonímica nos seus fundamentos. O primeiro consiste na proliferação das totalidades. Não se trata de ampliar a totalidade proposta pela razão metonímica, mas de fazê-la coexistir com outras totalidades. O segundo consiste em mostrar que a totalidade é feita de heterogeneidade e que as partes que a compõem têm uma vida própria fora dela. Ou seja, a sua pertinência a uma dada totalidade é sempre precária, quer porque as partes, além do estatuto de partes, têm pelo menos em latência o estatuto de totalidade, ou porque as partes emigram de uma totalidade para outra. O que proponho é um procedimento renegado pela razão metonímica: pensar os termos das dicotomias fora das articulações e relações de poder que as unem, como primeiro passo para libertá-los dessas relações e para revelar outras relações alternativas que têm estado ofuscadas pelas dicotomias hegemônicas”.

Boaventura de Souza Santos

7. DISCUSSÃO

A finalidade do autor na presente tese foi a de identificar por meio da análise estratégica o tipo de teoria organizacional e os marcos da administração pública predominantes na elaboração dos programas de Saúde Nacional e do Distrito Federal (níveis nacional e local) e de analisar se os elementos existentes no planejamento e administração estratégica, na abordagem do processo saúde e doença e da prática profissional orientada por esses programas, tendem para o postulado de bem-estar ou de qualidade ou se possibilitam a formulação de um novo paradigma do processo de trabalho no setor da saúde pública, que integre o processo saúde-doença no ambiente físico, natural e social das comunidades.

Outra finalidade, esta de ordem prática, foi possibilitar que os trabalhadores da saúde consigam adquirir o conhecimento pleno, de muitos processos com os quais estão envolvidos cotidianamente e que são de difícil compreensão, sobretudo quando não existe uma correspondência, entre o nível de direção da organização e o operacional que realiza as ações. Principalmente no marco da administração pública, onde ocorre pela falta de conhecimento destes atores das relações (inter, intra e indivíduo-organização) que compõem o campo da saúde pública e que estabelecem diferentes formas de compreender uma organização e sua interação com a sociedade. Isto se reflete no desconhecimento do objeto de estudo-trabalho e no campo da prática profissional, especificamente na produção de serviços de saúde, e de como estes enfoques podem satisfazer ou não a solução dos problemas do processo saúde-doença e assim, por meio do planejamento estratégico situacional e dos diferentes aspectos da teoria e prática da saúde pública, responderem como uma organização voltada para as necessidades individuais e sociais das comunidades.

Neste sentido, na análise estratégica do Sistema de Saúde, nos Programas nacional e local, se identifica os diferentes aspectos teóricos da dimensão da organização e da administração, formulados na abordagem metodológica do presente estudo partindo-se para compreender a complexidade do fenômeno processo saúde-

doença e a prática profissional integral, elementos fundamentais nesta dimensão, que favorecem a construção de uma imagem, na problemática do sistema de saúde, de reprodução-regulamentação ou de alternância-emancipação, e ainda, especificamente na dimensão do processo de planejamento e administração estratégica em saúde pública, sistêmica ou cultural. Esta articulação das dimensões é que permite concluir sob quais pressupostos, se de bem-estar ou de qualidade, se conformam os Programas de Saúde estudados, além de compreender a situação atual e os possíveis avanços no setor saúde.

Foi possível compreender, em um primeiro momento, que o atual Programa nacional do setor saúde no México (PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE 2001-2006), tem como guia a teoria de sistemas de ordem gerencial ou empresarial, baseada no pressuposto da qualidade. Assim, considerando o capítulo denominado: “*onde estamos?*”, que descreve o entorno fundamentando suas variáveis econômicas, sociais, políticas, demográficas, epidemiológicas, tecnológicas e de globalização, sob os desafios da equidade, qualidade e proteção financeira. Todas estas abordagens das quatro funções do sistema de saúde, representados pela produção de serviços, financeiros, geração de recursos e normatização, correspondendo este capítulo ao diagnóstico do sistema de saúde, no qual se podem identificar seus pontos fortes e debilidades internas e suas ameaças e oportunidades externas, baseado nos dados quantitativos, nos quais o objeto de estudo–trabalho doença, é o problema fundamental a ser solucionado.

Neste contexto, um componente fundamental sobre o qual o Programa desenvolve seus pressupostos, é o da pobreza. Para combatê-la, segundo GIDDENS (1996), os governos devem orientar suas ações na consecução da integração, distribuição e desenvolvimento da riqueza nacional, idéia relacionada com a intenção moral do estado de bem-estar, e que deveria sustentar-se como uma fonte estrutural do Estado para criar uma sociedade na qual o trabalho assalariado na indústria tivesse um papel central.

Esta situação não é contemplada no Programa, já que a pobreza é vista como um fenômeno que deve ser focado pela perspectiva da atenção ao risco, tanto do objeto de estudo-trabalho (doença), como de sua resposta por meio da prática profissional em saúde pública. Encontra-se aí, a tendência para um “que fazer” artesanal, curativo e individual, inserido em uma relação intra-organizacional do modelo biomédico hegemônico.

Neste sentido, os desafios da equidade, da qualidade e do financeiro são enfocados pelo Programa da perspectiva da saúde como um componente do desenvolvimento social por meio do capital humano, considerado como um objetivo social, o que permitiria oferecer a proteção à saúde, como um valor de fortalecimento do tecido social. Este último permite esclarecer o conceito funcional e orgânico, que situa o Programa na teoria organizacional sistêmica.

Por sua vez, ALMEIDA (2002), indica que a noção de equidade deve ser entendida como igual acesso a tratamento para necessidades iguais, o que seria um objetivo prioritário da política em saúde, ainda que a possibilidade concreta do Programa de reduzir as desigualdades em saúde seja vista como pouco provável. Por isso é possível admitir que os administradores não acreditem que a redução das desigualdades possa ocorrer; portanto as condições de partida similares previstas no Programa, já se encontram prejudicadas na base, pois dadas *a priori*, não estabelecem quais são as necessidades sociais a serem satisfeitas.

Pelo contrário, as noções sobre os desafios de qualidade e financeiro, se encontram incluídos nas reformas setoriais que se tem desenvolvido em momentos diferentes, em nossos países, com diversas características, mas sempre aceitando receitas de organismos estrangeiros. Neste sentido o paradigma da concorrência regulada (*managed competition*), concebida nos Estados Unidos nos anos 70 tem sido um tema dominante (ALMEIDA 1995). Isto, na sua origem, foi uma estratégia de organização de um sistema privado de assistência à saúde, visando à contenção de custos e o controle na sua utilização, mudando sua estrutura de subsídios e incentivos na alocação de recursos financeiros, para conseguir reorganizar a oferta e a procura,

redefinindo os papéis dos financiadores e provedores de serviços, estatais ou privados.

Estas mudanças se conseguiriam com o fortalecimento da gerência dos sistemas de saúde, os quais procurariam alcançar maior eficiência e equidade, já que estariam centrados na "opção do consumidor" o que ordenaria e disciplinaria o mercado de serviços, segundo os princípios de qualidade e eficiência.

No modelo preconizado para América Latina e Caribe, chamado pluralismo estruturado (LONDOÑO & FRENK, 1995), se combina a seguridade social (financiamento público), com a separação de funções e a introdução de mecanismos competitivos (inspiração do mercado interno na reforma inglesa e similar ao descrito no crescimento não diferenciado), constituindo-se os serviços em quase mercados e criando novas agências (estatais e privadas), para garantir a oferta de serviços. Esta estruturação do sistema de saúde, segundo os autores, seria capaz de produzir resultados mais eficientes, de melhor qualidade e capazes de superar a iniquidade.

Estas afirmações não levam em conta a teoria organizacional que sustenta a mudança para um sistema de saúde sob o pluralismo estruturado, tampouco mencionam o objeto de estudo-trabalho e o tipo de prática profissional que a acompanha, e menos ainda, o tipo de planejamento a ser utilizado para levar ao fim estas mudanças.

No capítulo dois, “*onde queremos chegar?*”, se formulam os conceitos de democratização, valores, visão e missão do sistema de saúde que o México merece, abordados a partir de uma metodologia do planejamento estratégico empresarial, de acordo com as formulações da escola do desenho e do planejamento estratégico (OLIVEIRA 2004, MAXIMIANO 2002, MINSTBERG e Col. 2000).

É notório neste capítulo que a formulação da missão, visão e objetivos do Programa, se dirige ao estabelecimento de estratégias, linhas de ação e programas, de uma forma hierarquizada do planejamento do desempenho ao planejamento da ação e

tomada de decisão, dentro de uma execução mecanicamente programada. Neste sentido, como diz Jelinek (MINTSBERG e COL 2000), existe uma similaridade entre a programação da estratégia realizada pelos planejadores atuais e o programa de trabalho na planta da fábrica, quase no princípio da teoria organizacional neoclássica e os “peritos” da eficiência Tayloriana, quando agora se afirma que a inovação pode ser institucionalizada.

No terceiro capítulo, “*o caminho a seguir?*”, são consideradas 10 linhas estratégicas e 44 linhas de ação, referidas em sua maioria ao fenômeno doença, na qual estas últimas, para serem colocadas em prática, chegam a ser consideradas mais importantes que o todo. A racionalidade funcional do sistema de saúde é considerada ao desenvolver as 10 linhas estratégicas e suas 44 linhas de ação com seus correspondentes programas de ação, que correspondem aos eixos direcionais do momento normativo no planejamento estratégico situacional. Uma vez que pretendam alcançar os objetivos do Programa, mas como foi comentado nos resultados, não existe uma relação intra-organizacional entre as linhas e programas de ação e ainda menos entre as 5 estratégias substantivas.

Ao mesmo tempo existe uma alta relação entre as 5 estratégias instrumentais e os valores propositais concretos de regulamentação, qualidade e financiamento, por meio da normatização centralizada do sistema baseada no pluralismo estruturado, que darão como resultado a mudança do sistema de saúde para as políticas neoliberais do mercado: a privatização do setor saúde no México.

Tal como foi descrito em cada uma das 10 linhas estratégicas e de suas correspondentes linhas de ação e programas adscritos, conclui-se da análise do campo da administração pública, e de acordo com as unidades primárias de análise que o Programa Nacional de Saúde inclina-se para a teoria organizacional sistêmica, posto que seus três componentes de relações inter, intra e indivíduo-organização têm como base a noção de equilíbrio da organização. Por isso seus vetores normativos preponderantes são a eficiência e a efetividade, que lhe permitem sua sobrevivência e sua adaptação organizacional nos diferentes setores públicos do sistema nacional.

Por último, o capítulo quarto, “*a avaliação do desempenho do sistema*”, pode ser considerado de uma perspectiva quantitativa, biologicista, descritiva, de tipo economicista, a qual não leva em conta a avaliação integrada das linhas estratégicas, mas só estabelece uma relação com os objetivos finais e programas intermediários.

Esta fase metodológica, na elaboração do planejamento do Programa nacional, tem estreita relação com a formulação do planejamento estratégico empresarial (OLIVEIRA 2004), o que indica que primeiramente se deve estabelecer “*como se está*”, o que compreende o diagnóstico estratégico, para depois se determinar “*aonde se quer chegar*”, com a determinação de objetivos, missão, visão e valores (KOTLER 1980). A metodologia, neste tipo de planejamento estratégico de tipo empresarial, apresenta quatro fases, que podem ser comparadas com o Programa Nacional de Saúde: Fase I – Diagnóstico estratégico; Fase II – Missão da empresa; Fase III – Instrumentos prescritos e quantitativos e por último a Fase IV – Controle e avaliação.

Uma aproximação ao problema do planejamento estratégico no Programa Nacional de Saúde, permite compreender que o momento explicativo desenvolvido por MATUS (1987) pode ser entendido como o diagnóstico estratégico, com o termo “*onde estamos*”. Encontramos as diferenças quando se explicita os pontos fortes e fracos da organização, formulados nos três desafios e as quatro funções do sistema, retomando neles os aspectos internos de fraquezas e debilidades externas de ameaças e oportunidades do paradigma preponderante no sistema, a doença. Este objeto de estudo-trabalho é apresentado com valores e categorias do tipo biológico e funcional, já que descreve o problema como uma somatória das variáveis biológicas utilizando as categorias de lugar, pessoa e espaço, para explicar toda a complexa realidade nacional.

Os outros 4 momentos – normativo, de políticas, estratégico e tático operacional –, com seus diferentes componentes, não foram encontrados no Programa, já que este, em alguns capítulos, se aproxima mais ao planejamento empresarial de tipo sistêmico e em outros, ao tipo neoclássico ou normativo.

Finalmente a proposta de avaliação baseada na eficácia e eficiência, como o principal vetor normativo, sob uma visão de tipo economicista, considera os mesmos indicadores tradicionais da doença e os novos indicadores de saúde propostos pela OMS, cujos dados derivam do mesmo diagnóstico tradicional quantitativo.

Ao relacionar o Programa com o quadro 3, “Teorias da organização e suas relações com as categorias de análise”, descrito na metodologia, permite situá-lo, no postulado sistêmico da teoria da organização. Seu interesse cognitivo é fundamentalmente técnico-científico, já que seus postulados, nos diferentes capítulos, vêm do conhecimento disciplinar e hiperespecializado, além do modelo biomédico predominante. Neste modelo o objeto de estudo-trabalho é a doença, e sua resposta científica é uma produção de serviços com alta tendência para o tratamento individual, curativo e oneroso como uma solução medicalizadora das diferentes problemáticas da população mexicana. Separa as doenças infecto contagiosas das crônico-degenerativas e psicossomáticas, através de estratégias e linhas de ação tradicionais, ou seja, a promoção da saúde das primeiras e o tratamento curativo das segundas. De acordo com esta racionalidade os desafios de equidade, qualidade e financiamento e as funções do sistema, quando analisadas através das relações inter, intra e indivíduo-organização tendem a visualizar o Programa dentro de uma teoria da organização sistêmica.

Desta forma, se configura um paradigma de tipo organicista, estabelecido sob as diferentes unidades primárias da teoria organizacional de sistemas, que tendem para uma compreensão holística da organização desenvolvida nos objetivos, valores, missão e visão, que articulam o sistema, dentro de limites estabelecidos e sob razões perfeitamente reguladas, que lhe permitam a obtenção das metas preconcebidas.

Isto leva a uma racionalidade prescritiva do sistema de saúde, desenvolvida nas 10 linhas estratégicas, utilizando valores propostos sob as categorias concretas da qualidade e do financiamento por meio da normatização centralizada do sistema; elementos que se encontram baseados no pluralismo estruturado, que deram como resultado uma mudança nas políticas do bem-estar do Estado benfeitor, para as

políticas neoliberais do mercado: a qualidade e financiamento como categorias da privatização do setor saúde no México.

Nas entrevistas com os dois integrantes da equipe de planejamento da Secretaria da Saúde, que participaram ativamente no planejamento do Programa Nacional de Saúde, se afirmou, que os dois geradores teóricos na formulação do Programa, foram o INFORME SOBRE A SAÚDE NO MUNDO DA OMS (2000) e a teoria sobre pluralismo estruturado de LONDOÑO e FRENK (1995), que têm propostas similares às formuladas por outros grupos internacionais que promovem a globalização de bens e serviços estatais por meio de diferentes alianças econômicas e políticas, entre o norte e o sul, em nível mundial, e os grupos internos em concordância com esta política.

Esta proposta neoliberal no setor saúde resulta do exame funcional das deficiências do sistema de saúde, do ponto de vista holístico, considerando a relação dos desafios, seus componentes, funções e opções para sua reforma. Assim, das quatro funções do sistema de saúde (prestação de serviços, financiamento, recursos e normatização), surgem a idéia de transformar a hegemonia atual, da prestação de serviços de saúde pública de tipo individual, que absorve a maior parte dos recursos, para a hegemonia da normatização, como a função principal do sistema e do governo. Isto implica elevar a um nível estratégico a função da normatização, para separar o financiamento da prestação de serviços pessoais que são fenômenos vinculados aos fundamentos do crescimento não diferenciado, descrita anteriormente nos resultados.

Esta mudança pluralista considera a combinação de insumos em um processo produtivo, o qual passaria para um tipo de financiamento – prestação individual e pré-pagamento –, e criar-se-ia um fundo público para ofertar o atendimento dentro de um modelo denominado pluralismo estruturado, no qual subsiste uma economia de mercado competitiva, que traria consigo a melhoria da qualidade dos serviços. Assim, a teoria organizacional de sistemas se mistura com a teoria organizacional de mercado. Esta, segundo HARMON e MAYER (2001) tem como unidade primária de

análise o indivíduo, consagrado a seu interesse próprio e que tenta maximizar sua utilidade por intermédio da eleição racional dos meios aos fins, o qual é uma antítese da idéia da saúde como um bem coletivo e social.

Neste contexto, as formulações do Informe sobre a Saúde no Mundo (OMS 2000), sustentam que os sistemas de saúde não diferem de outros sistemas sociais que oferecem bens de consumo e serviços. Nestes sistemas o financiamento no tratamento da doença, na atenção médica e na capacidade de resposta é de suma importância, uma vez que evitam gastos onerosos que podem converter-se em exorbitantes, afetando a dignidade da pessoa e sua autonomia. Em consequência, o informe propõe a regulamentação pelo Estado, de um “novo universalismo” do sistema de saúde, que dependerá de um excelente desempenho das forças do mercado.

Nessa ordem de idéias, o Informe faz notar que, das funções do sistema de saúde, ou seja, prestação de serviços, financiamento, geração de recursos e normatização, esta última permitiria o estabelecimento de uma gestão responsável dos efeitos diretos e indiretos no desempenho do sistema, para obter melhores níveis de saúde, com a utilização dos mesmos recursos. Esta gestão deverá conseguir a separação da prestação de serviços do financiamento, que ficarão sob a regulamentação do governo por meio da função de normatização. Aqui se nota as formulações teóricas do neofuncionalismo, em que a organização, como um sistema aberto, permite assegurar a manutenção da estrutura, respaldar-se no ambiente, adaptar-se às suas mudanças, sobretudo as interorganizacionais em nível mundial, e assim sobreviver e controlar as atividades diferenciadas de seus subsistemas.

Para isto propõem-se formas de organização que conduzem à teoria organizacional de mercado, configurando nesta visão, a flexibilidade administrativa, a integração com o sistema privado na prestação de serviços, a regulamentação e normatização na contratação de serviços, a autonomia e o incentivo aos provedores, para evitar a ineficiência de uma burocracia rígida, presente na organização atual e desta forma responsabilizar o indivíduo pelo financiamento de sua saúde. O que de

nosso ponto de vista é uma característica de índole estrutural para a privatização dos serviços pessoais.

Desta forma, o Informe estabelece que os recursos financeiros devam ser distribuídos eqüitativamente entre os serviços individuais e os coletivos e que os recursos humanos clínicos, é o insumo, onde se realiza o gasto maior do orçamento.. Em consequência, formula que deve existir um equilíbrio entre o capital de investimento, de bens de consumo, de recursos humanos e de produtividade. Isto permitiria a adaptação do sistema de saúde aos avanços do conhecimento e da tecnologia, em direção da globalização, do financiamento de fornecedores privados e dos investimentos conjuntos, com o gerenciamento competente do governo. Esta organização sistêmica é entendida, pela metáfora do organismo com suas inter-relações, como uma visão cognitiva, racional e holística.

Esta idéia que a sociedade possui uma qualidade orgânica, de acordo com Hayek, líder do neoconservadorismo (GIDDENS 1996:160) é devido à característica dada pela coordenação espontânea dos indivíduos. Estes atuam por suas motivações, as quais se manifestam no mercado, não limitadas ao campo da economia, já que transcende a toda a vida humana e social, em um duplo âmbito, de cooperação e de interesses pessoais.

Aqui a existência de um comando central é negada, pelo qual a finalidade do governo é somente regular a produção de mercadorias e serviços, para que estes funcionem bem. Em nosso caso, a prestação de serviços de saúde pública. Idéia que se articula com o Programa nacional.

Hayek (GIDDENS 1996:116) destaca que a democracia e a justiça social não se podem alcançar por meio do Estado, já que este beneficia aos mais ricos, e origina uma enorme burocracia, assim como uma dependência dos pobres pela previdência social; idéias estas, que têm uma semelhança com a proposta do Programa ao referir-se no entorno, aos elementos de democracia e eqüidade.

No caso do Programa de Saúde do Distrito Federal se considera que a partir de sua formulação no capítulo do contexto, poderia situar-se no momento explicativo do planejamento estratégico de Matus, ainda que o diagnóstico situacional se desenvolva com dados obtidos de estudos prévios que se sustentam em variáveis de tipo biológico; dado que, posteriormente com o manejo e apresentação dos resultados se identifica que existe uma aproximação às categorias de tipo social. Tal como sucede com o Programa nacional, os demais elementos do planejamento estratégico situacional não se encontram desenvolvidos, já que na formulação do resto de seus capítulos a tendência maior é para o planejamento estratégico empresarial.

Afinado com este momento explicativo, se podem encontrar nos elementos que constituem os serviços de saúde, formulações do tipo cultural, nas relações interorganizacionais dos problemas da pobreza e suas diferentes alternativas de solução no interior da sociedade, utilizados no programa de atenção ao idoso, no de gratuidade do serviço e no de compensação ao leite.

Nos capítulos denominados, visão, missão e princípios, estratégias e ações se pode notar, que o Programa tem matizes que o situam próximo do pressuposto de uma sociedade de bem-estar, com tendência às mudanças sociais, isto é, o mais próximo de um modelo organizacional de tipo cultural.

Das entrevistas com os profissionais da SSDF, depreende-se que estes questionam os atuais processos de reforma dos sistemas de saúde, desencadeados nos países industrializados, que está condicionada pela dinâmica da construção de uma “sociedade orientada para o mercado” (LAURELL 1991). Orientação esta, que se desenvolveu em um esquema que busca uma maior flexibilidade gerencial, bem como a redefinição dos papéis do Estado e do setor saúde, com a idéia de atender às demandas do usuário, e ter maior eficiência e efetividade, com maior nível de equidade, de qualidade e contando com a proteção financeira. Estas formulações são contrárias às propostas no Programa de Saúde do DF, já que este se encontra fundamentado nas formulações teóricas da medicina social.

Em consequência, os entrevistados e o Programa do DF, em consonância com LAURELL (1998) criticam a mudança de orientação na estruturação do sistema de saúde nacional “da oferta para a demanda” a qual abriga em seu interior a contenção de custos por meio da diminuição da oferta; o rigor no controle de gastos na utilização do serviço e a separação entre o financiamento e a produção de serviços, por meio do fortalecimento da capacidade de regulamentação pelo Estado. E ainda, LAURELL (1998) comenta que esse modelo prioriza atividades de atenção pessoal e utiliza o conceito de focalização por meio de inúmeras atividades diagnósticas e terapêuticas na produção dos serviços médicos, com base no conceito de custo-benefício. Não considera o sistema de saúde na sua totalidade e menos ainda as necessidades reais da população, já que a ênfase está colocada na contenção de custos.

Pode-se afirmar que esse modelo está longe de obter o direito à saúde como um direito humano fundamental ou como um benefício social; contudo o Programa do DF estabelece que os princípios da equidade na saúde, da universalidade e da gratuidade no acesso aos serviços, devem ser mantidos, e que as políticas de saúde devem ser parte integrante e articulada das políticas setoriais do governo na erradicação da miséria, de combate à pobreza e de redução das desigualdades. Assim nas relações organizacionais do campo administrativo, a interorganização é um fator importante que incide no sistema e nas políticas do governo do DF.

Estas situações são formuladas nos capítulos do Programa de Saúde do DF. De acordo com a análise realizada nos resultados, e ao compará-las com o quadro 3, sobre a "teoria da organização e sua relação com as categorias de análise", situa o Programa na linha do postulado da teoria cultural, dado seu interesse cognitivo com tendência à emancipação, como uma metáfora histórico-social, onde as unidades primárias têm uma visão de processos dinâmicos. Nelas a racionalidade se desenvolve com maior ênfase na relação indivíduo-sociedade, e em consequência seus valores não são coercitivos, mas sim próximos aos de propósitos compartilhados.

Assim no capítulo do contexto, como foi apresentado nos resultados, tende a formular o objeto de estudo processo saúde-doença e sua relação com categorias histórico-sociais. Sugerindo uma prática profissional por meio de um modelo de assistência integrada (MAS), caracterizado por sua universalidade e gratuidade para a população sem previdência social, denotando nas suas relações organizacionais e vetores normativos uma relação face a face com os atores sociais comunitários.

Por outro lado, ao enfatizar-se, no âmbito dos dois Programas estudados nas ações no campo da saúde, observa-se que eles carecem de um modelo de planejamento e de administração estratégica situacional, que poderia considerar-se na teoria organizacional cultural ou crítica, que permita partir do momento explicativo ou diagnóstico, onde se estabelecem as bases para o desenho de programas de saúde e se articulam as preocupações próprias dos diferentes atores sociais, para os momentos seguintes do planejamento, seja empresarial ou situacional, como um processo para recuperar, integrar e formular propostas nos diferentes níveis do setor saúde.

Nesta formulação deve conceber-se o campo da administração pública, o objeto de estudo e a prática profissional integrada, de forma que incida em uma futura proposta de uma sociedade do bem-estar. Em muitos países, até à atualidade, os programas de saúde em nível nacional, têm se preocupado mais por conciliar o interesse corporativo da profissão hegemônica, marcando espaços do exercício profissional com forte ênfase no modelo biomédico tradicional, que em enfrentar a alternativa de mudanças do Setor Saúde e tentar oferecer soluções dos problemas do processo saúde-doença em nível coletivo.

Com respeito aos objetos de estudo, doença, saúde, e processo saúde-doença e sua relação com a prática profissional integral, apresentados nos cenários descritos na metodologia, podem deduzir-se que os modelos dos sistemas de saúde que levam em conta a doença e/ou a saúde de forma isolada, têm na sua base características altamente questionáveis, já que supõem:

- Alta especialidade;
- Papéis institucionais precisos, onde a maior hierarquia é ocupada pelo corpo médico, com um papel institucional definido;
- Esquemas de autoridade vertical, que subordina as outras atividades integrais dos trabalhadores da saúde ao âmbito da disciplina médica;
- Modelo de organização, que tem seu assentamento na estrutura hospitalar e nos campos institucionais hierárquicos da burocracia da saúde;
- Ações em saúde altamente individualizadas, do tipo artesanal, curativo, de alto custo e, no caso do modelo de qualidade, de alta seletividade;
- Estratégia dominante em torno do combate da doença sob a visão do modelo biomédico e em consequência desintegrado, de baixa cobertura e eficiência, portanto de alto custo;
- A eficiência e a efetividade (vetor normativo) como unidades primárias básicas das normas administrativas;
- O uso indeterminado das relações organizacionais, sem considerar seus aspectos teóricos originais;
- A falta de inter-relação dos diferentes aspectos antes mencionados, considerados estruturalmente e não como um processo.

A suposta indispensabilidade do modelo dominante em Ciências da Saúde, seu impacto na saúde pública e no sistema de saúde, fica contrastada com a situação colocada na revisão da literatura, acerca do histórico que engloba cada um destes esquemas, onde não é difícil aceitar que logo se entrará na etapa da pós-excelência, da pós-qualidade e da hiper-especialidade. O ingresso a estas situações poderia ser dado pelos cenários a enfrentar, onde os atores de hoje, com visões reducionistas, poderiam ser ultrapassados por situações não previstas, não só de catástrofes coletivas, epidemia ou pandemia, mas também positivamente, pela concorrência e coincidência de fatores como o surgimento de uma prática profissional integral, ainda não enquadrada nas atuais práticas da Saúde Pública.

Na prática profissional, a formação dos atuais recursos humanos e a produção de conhecimento, deverá permanecer destinada ao combate à doença, sustentada em

um paradigma biologista, nas linhas do enquadramento institucional dominante, onde a pretensão será continuar com a figura da organização, nas instituições educativas e de pesquisa, de tipo mecanicista ou organicista, diante de um futuro cuja modulação ainda não se conhece e onde a incerteza, elemento fundamental na situação atual de nossas sociedades, persistirá.

Uma visão altamente resumida dos dois modelos, de bem-estar e de qualidade, com a teoria de organização que os caracteriza, normativa e sistêmica respectivamente, leva a considerar, que a diferença entre os modelos e as teorias acerca do tipo de organização gira em torno das condições históricas que lhes permitiram constituir-se em princípios guias. Desta maneira, o modelo de bem-estar ou extensão da cobertura no setor saúde, é produto de um momento de crescimento da economia e política públicas, que sob a visão do desenvolvimentismo, formularam a idéia de uma geração paulatina de todas as variáveis econômico-sociais e uma distribuição eqüitativa da renda nacional, enquanto a idéia de qualidade enfrenta o problema do limite do crescimento nacional, da crise fiscal e da contração e limitação do Estado. Isto significa criar no setor saúde modelos de alta seletividade, que facilitem as mudanças para a economia de mercado. Daí os inícios da mudança do setor saúde estatal, na qual predomina a organização de tipo normativo, para o setor saúde privado onde se propõe uma organização dualista, de tipo sistêmico-mercado.

Assim pode-se afirmar que no modelo do bem-estar, nas suas diferentes formas, nunca se formulou a condição de conseguir melhores estágios de saúde para todos no ano 2000, nem o estabelecimento de uma complexa rede de compromissos de trabalho e de previsão da crise externa e das incertezas que se apresentaram no desenvolvimento do modelo, já que desde a visão organizacional da teoria normativa ou neoclássica, não se considerou a complexidade deste modelo, e nem se levaram em conta as diferentes relações do campo administrativo ou as relações entre todos os atores sociais que participariam para alcançar esta meta e menos ainda, o objeto de estudo-trabalho e o tipo de prática integral alternativa em saúde pública.

Esta situação se repete na formulação do pressuposto de qualidade, que não considera a relação dos diferentes componentes no campo da administração pública e o tipo de organização, os que devem ser explicitados na prática profissional, nos objetos de estudo, e no tipo de planejamento estratégico; pelo qual tem como característica, a formulação de elementos reguladores, apenas em nível hierárquico central.

Este modelo de qualidade também não leva em consideração as novas vias de desenvolvimento na passagem de Estado de bem-estar para o de sociedade de bem-estar, que se encontra em definição e a constituição de novas práticas partindo de novas formas de conhecimento inter e multidisciplinar em saúde pública, onde a sociedade, em seu conjunto, tem uma participação total.

A intervenção dos princípios da teoria organizacional, da prática profissional e do objeto estudo-trabalho, pode colocar-se como um processo de intervenção dentro do espaço-comunidade, que junto com o mercado e o Estado conformam o pilar da regulamentação (SANTOS 2005). Considera-se que a comunidade seja a que menos influência tem recebido na época moderna e, portanto ela pode ser considerada, juntamente com a ciência, a ética e a estética, como pilar da emancipação. As relações sociais e do conhecimento são apresentados nos esquemas 1,2 e 3.

Esquema 1: A teoria organizacional e o planejamento estratégico para a intervenção na prática profissional e no processo saúde-doença.

Dos registros anteriores o societal *refere-se às relações sociais na comunidade*, e daí é possível **depreender o que se requer do conhecimento**

¹ A **negatricidade** é diferente da negatividade. A negatividade é uma forma de negação no sentido filosófico. O conceito de negatricidade pode definir-se como a capacidade de resposta frente aos efeitos de toda coisificação. Foi proposto e introduzido por Ardoino, para descrever as possibilidades que o sujeito ou objeto tem para resistir, dar volta nas estratégias que lhes objetivam.

complexo para compreender implicado em todo o processo de intervenção comunitária.

Esquema 2: Em torno da Comunidade e da Prática Profissional.

Esquema 3: Entorno ao Processo Saúde-Doença e a Prática Profissional

A transição paradigmática do espaço comunitário e sua relação com as dimensões da teoria crítica, o objeto de estudo-trabalho e a prática profissional, contém formas alternativas de conhecer (epistemologia), as quais geram diferentes opções de práticas sociais (societal), complementando-se de forma recursiva e dialógica as possibilidades de transformação das relações de poder e dos atores participantes. A fronteira a alcançar é a interdisciplinariedade, como uma transição epistemológica que articule os conhecimentos e práticas geradas pelo relacionamento do conhecimento científico hegemônico e o senso comum emancipatório, para a consecução de uma sociedade do bem-estar.

“A crise atual, portanto, não é apenas uma crise de indivíduos, governos e instituições sociais, mas é uma transição de dimensões planetárias. Como indivíduos, como sociedade, como civilização e como ecossistema planetário, estamos chegando a um momento decisivo. Uma tão profunda mudança na mentalidade da cultura ocidental deve ser naturalmente acompanhada de uma igualmente profunda alteração nas relações sociais e forma de organização social – transformações que vão muito além das medidas superficiais de reajustamento econômico e político que estão sendo consideradas pelos líderes políticos de hoje –”.

Fritjof Capra

8. CONSIDERAÇÕES GERAIS

No presente estudo, estabelecemos a possibilidade de utilizar a análise estratégica, como um processo de relações para compreender os campos teóricos organizacionais abordados, e suas características determinantes, os modelos de qualidade e bem-estar, o objeto de estudo e a prática profissional, e o tipo de planejamento estratégico que sustenta os Programas de saúde nacional e local. A análise tornou possível mostrar que os objetivos gerais e específicos e os pressupostos do presente estudo foram alcançados.

Assim, podemos anotar em relação ao objetivo geral e de acordo com os Resultados e Discussão, que o Programa Nacional de Saúde, propõe no campo da administração pública, uma teoria organizacional sistêmica e em alguns de seus elementos uma teoria neoclássica ou normativa (objetivos específicos 1 e 2). Considerando seu interesse no controle técnico-científico, que outorga uma visão holística biomédica da prática profissional, para que todos os integrantes do sistema possam aplicar o conhecimento científico-racional na solução das doenças, seqüelas de doenças e doenças emergentes (objetivo específico 3). Este conceito tem referência com a formulação dos fatores do entorno, seus desafios e as funções do sistema de saúde. Estão relacionados com a sobrevivência e a estabilidade organizacional de acordo com a análise das unidades primárias e das categorias das dimensões utilizadas, que possibilitam ao sistema de saúde reduzir a incerteza e obter o controle sobre o meio, de acordo com o modelo do pluralismo estruturado. A partir desta visão foi definida a intervenção e regulamentação por meio das estratégias substantivas e instrumentais, e seus respectivos programas de ação, fundamentadas na aplicação do conhecimento científico disciplinar das distintas profissões da saúde, em um marco regulado em nível central.

Por outro lado, o Programa de Saúde do Governo de DF, aproxima-se da teoria organizacional cultural ou crítica (objetivos específicos 1 e 2), já que existe uma marcada preocupação pelas relações indivíduo-organização, com uma tendência

para o desenvolvimento pessoal. Referindo-se aos atores sociais que participam na organização, desde os aspectos da distribuição de benefícios para a comunidade paupérrima até a integração dos atos preventivos do processo saúde-doença, em uma prática profissional, com uma visão histórico-social, por meio das propostas programáticas de ações integradas em um Modelo de Atenção Ampliada à Saúde. As unidades Primárias e categorias das dimensões em estudo foram formuladas com uma visão histórico-social do objeto de estudo trabalho - processo saúde-doença (objetivo específico 3) que serve de marco de referência às ações integradas dos profissionais no sistema de saúde.

Na determinação dos elementos teórico-metodológicos do planejamento nos dois Programas, em seus diferentes capítulos, de acordo com os cinco momentos do planejamento e administração estratégica situacional, se pode verificar que não existe uma metodologia que se aproxime ao planejamento estratégico formulado por MATUS (1987). Já que ambos os programas têm uma alta influência do planejamento estratégico empresarial (OLIVEIRA 2004; MAXIMIANO 2001; MINTZBERG E COL. 2005).

Assim o Programa nacional se encontra focado sobre o paradigma da “mudança na autoconsciência” (HECLO, 1987), com seus capítulos denominados “onde estamos”, “onde queremos chegar” e “que caminho seguir”, que são similares às propostas no planejamento estratégico empresarial, encontradas nos escritos de OLIVEIRA (2004) e MAXIMIANO (2001). Na mesma situação do planejamento estratégico empresarial se encontra o Programa do Distrito Federal, nos seus capítulos de plano, princípios, missão e estratégias.

Com respeito ao objetivo referente aos pressupostos básicos do modelo de bem-estar e de qualidade, suas formas de manejo da participação social comunitária em todas as etapas do planejamento estratégico, assim como outros elementos da EAPS, se identificam que o Programa Nacional se situa no pressuposto de qualidade (objetivo específico 4). Esse modelo que surgiu na década de 80, a partir da influência da indústria moderna e que sob certos parâmetros sociais tem sido adotada

pelo sistema de saúde, assim como por outros setores sociais como a educação, dentro da teoria de sistemas.

Já o Programa de Saúde do Governo do Distrito Federal se encontra altamente influenciado pelo pressuposto de bem-estar (objetivo específico 4), onde a gratuidade do sistema, as políticas de apoio aos idosos e de alimentos, é garantida pelas autoridades por meio de um financiamento estatal, o que coloca o cidadão como o interlocutor do sistema.

Em ambos programas os elementos chaves da EAPS estão presentes, ainda quando não são abordados nesse contexto e sim apenas como elementos desintegrados, sem estabelecer seus nexos com as políticas, que permitam uma ação coerente para propiciar mudanças no sistema. A participação social é o elemento mais citado, no entanto, existem diferenças na relação inter, intra e indivíduo-organização entre estes Programas, seja nas formas de alcançar tal participação, seja na formação dos grupos organizados nos diferentes níveis dos sistemas, sendo o do Distrito Federal quem mais se aproxima a uma participação face a face. Tanto a descentralização como a intersetorialidade e a ciência e tecnologia são contempladas em ambos os Programas, embora sem explicitar a relação inter, intra e indivíduo-organização da EAPS, para uma transformação do sistema.

Por último, quanto ao objetivo referente ao reconhecimento dos objetos de estudo-trabalho e o tipo de prática profissional proposta, se pode concluir que o Programa Nacional se aproxima com maior ênfase à abordagem do fenômeno doença (objetivo específico 3). Em consequência a um tipo de prática profissional econômica de tipo artesanal, em todos os níveis do sistema; dada à influência do modelo biomédico tradicional, com preponderância ao ato individual curativo, e que adota o modelo da qualidade como finalidade do sistema, que se concretiza na proposta do seguro popular, como porta de entrada ao Modelo Integrado de Assistência a Saúde (MIDAS). Embora não se estabeleça uma relação intra-organizacional, com e entre as estratégias substantivas e instrumentais, assim como com e entre as diferentes linhas de ação e programas.

O Programa de Saúde do Distrito Federal, no entanto, procura relacionar o fenômeno processo saúde-doença (objetivo específico 3), como um problema complexo e uma prática profissional com tendências à integridade, refletida na formulação do Modelo de Atenção Ampliada à Saúde (MAS), por meio das ações integradas em suas relações inter, intra e indivíduo-organização.

A análise estratégica entendida como um processo possibilitou articular o conteúdo dos Programas de Saúde nacional e local, do México, com as dimensões da Teoria Organizacional, que são Objeto de Estudo Trabalho e Prática profissional; Planejamento Estratégico e EAPS, além de Postulado de Qualidade e Bem-Estar. Estabelecer como estes conformam um todo integrado e dinâmico na teoria e na prática em que os Programas se desenvolvem. Neste sentido é preciso ter uma visão integrada dos diferentes componentes que envolvem as dimensões para desenvolver uma prática administrativa alternativa na área pública que contenha as características do valor prático da teoria, tanto na tomada de decisões conjuntas como na população, como no momento de uma ação emancipadora responsável, que deriva nas diferentes formas de avaliar o processo de planejamento e administração estratégica situacional, pelo ângulo da teoria organizacional cultural-crítica.

Com os elementos contidos no Programa de Saúde do Distrito Federal se tem a possibilidade de formular um novo paradigma do processo de trabalho no setor saúde que promova mudanças de acordo com o desenvolvimento do conhecimento emancipador em ciências da saúde, inserido no modelo latino-americano. Deve integrar em uma visão articulada o ser humano (mente e corpo), em uma prática profissional alternativa baseada na prevenção profunda, que de conta da interdependência na transformação do sujeito em seu meio político-cultural, para desenvolver-se em uma sociedade do bem-estar, na qual os encarregados devem ser as instituições sociais. O Estado deve proporcionar as facilidades para seu desenvolvimento e avaliação, possibilitando a construção de uma cultura da saúde (objetivo específico 5).

Uma forma de aproximação teórica aos cenários alternativos, tanto existentes como os que podem ser criados, se constituem uma necessidade de articulação em rede das teorias da organização, das práticas profissionais prevalentes e as que se vislumbrem no futuro e que começam a enfrentar severos desafios, segundo os Programas estudados. Isto exigirá nos próximos anos, esforços consideráveis para a solução das necessidades crescentes do processo saúde-doença, com recursos humanos e materiais que, provavelmente, serão cada vez mais limitados; pelo que existe a necessidade urgente de criar sistemas de saúde articulados na prevenção profunda ou integral por meio das relações inter, intra e indivíduo-organização que desenvolvam novos cenários nos sistemas de saúde, e novas possibilidades para enfrentar os problemas do processo saúde-doença.

As dimensões desenvolvidas neste estudo estão vinculadas em torno ao exercício do conhecimento e prática – práxis – em ciências da saúde no espaço da comunidade, e suas resultantes nos sistemas de saúde. O conhecimento e a prática (práxis), de acordo com as teorias organizacionais cultural/ou crítica, sistêmica e normativa, daria como resultantes sistemas de saúde alternativos em que se considere o conceito de prevenção integral ou profunda, ligado ao processo saúde-doença, propiciando como resultante diferentes sistemas de saúde: com enfoques articulados; com tendências ao “preventivismo”; ou ao tratamento curativo, que possibilita a sobrevivência do sistema tradicional. Estamos convencidos, e pensamos ter comprovado que estas dimensões incidem na teoria e prática dos sistemas de saúde. Não desconhecemos que outras categorias ou dimensões de análise possam ser utilizadas para o mesmo fim.

Em decorrência das dimensões de análise, desenvolvidas neste trabalho, se poderão estabelecer diretrizes e tipos de organização à ação, processo e prática profissional nos sistemas de saúde, cujas resultantes poderiam ser denominadas de cultura da saúde ou de ecologia da saúde, que seriam os cenários mais significativos considerados discursivamente apresentados no capítulo de metodologia, mas em certa forma utópicos para a realidade atual, já que existem poucas ações e processos encaminhados nessa direção.

Uma proposta alternativa no setor saúde, estaria baseada a partir da introdução no espaço da comunidade, na ciência e no senso comum emancipador, descrito na parte final da discussão, a introdução das seguintes categorias epistemológicas e sociais: na cultural, formas quanti-qualitativas e processuais do conhecimento científico que se desenvolva em um nível de complexidade no processo saúde doença; na política, a aceitação de caráter formal e alternativo das diferentes práticas da saúde, no âmbito estatal e/ou privado, e no econômico, o apoio maior às de caráter social no âmbito estatal e de caráter empresarial e social no âmbito privado. A inter-relação proposta em relação com a produção de conhecimentos seria o uso do método interdisciplinar no campo epidemiológico crítico, onde o conhecimento tenderia para um valor social e econômico, o que permitiria a construção do conhecimento complexo nas Ciências da Saúde, que gerasse uma transformação do processo saúde-doença, com o fundamento das teorias histórico-sociais, funcionais, biológicas e probabilísticas. A produção de recursos humanos, seja no serviço ou nas instituições de educação superior deve ser formulada sob os parâmetros do modelo latino-americano na sua integridade.

Com os desafios e alternativas a serem encontrados nos conceitos estabelecidos é possível enumerar os seguintes desafios na relação processo saúde-doença e na prática profissional, revendo as dimensões do método da complexidade (MORIN 1994):

- Superar as visões reducionistas de tipo biologista;
- Romper com a atomização de saberes que tendem à hiper-especialização;
- Superar o impedimento da autogestão para a cultura da saúde;
- Resolver a permanente disjuntiva entre o plano teórico-epistemológico e o plano empírico;
- Passar do pólo da doença para o pólo do processo saúde-doença.

9 SUGESTÕES

Neste sentido, as alternativas propostas são:

1. Construir um nível de compreensão do **processo saúde-doença em sua complexidade** através dos princípios dialógico, recursivo e hologramático (MORIN 1994):

A idéia do **dialógico aponta** à importância de conceber conjuntamente os conceitos de saúde-doença como complementares e não excludentes, evitando, no conceitual e na prática, tomar só o pólo da doença, promovendo uma cultura da prevenção profunda.

Introduzir o princípio de **recursividade** no campo da ciência da saúde é enfatizar, e fazer ver que, “os produtos e efeitos da saúde-doença são ao mesmo tempo causas e produtores daquilo que os produz”. Desde esta perspectiva os fatores derivados do biológico, físico, social, cultural e psicológico, entram em interação permanente, abrindo diversas dimensões de intervenção, tanto comunitárias, quanto grupais e individuais.

A noção de **hologramático** implica que “o todo está no interior da parte, e a parte no interior do todo”, dito de outro modo, o conhecimento das partes leva ao conhecimento do todo e o seu inverso. Isto colocado no terreno da saúde-doença mostra que a cultura da doença permeia o indivíduo, a família, a comunidade e que a cultura da saúde está oculta nos diferentes âmbitos do conhecimento-educação, pesquisa e serviço. “Por isso a idéia de complementariedade deveria também ser o elemento fundamental do mesmo”.

2. Adotar o modelo latino-americano no processo de formação do pessoal em saúde, o qual possibilita a articulação do conhecimento em suas dimensões biológica e social e em seus níveis individual e coletivo, para compreender o processo saúde-doença como um fenômeno complexo.

3. Transformar as condições de construção da autogestão e da cultura da prevenção profunda, por meio de uma prática profissional integral.

4. Instrumentar políticas que articulem novos dispositivos de intervenção psicossocial nas comunidades, com a participação ativa das mesmas.

Esta visão permite uma reflexão sobre as qualidades da inter-multi-disciplinaridade. Nesta etapa do capitalismo de consumo, na qual os modelos disciplinares tendem a seu desmoronamento e as competências se multi especializam com os quais, os valores se deslocam da competência disciplinar para disponibilidades multidisciplinares. Neste sentido não se deve evadir esta problemática cotidiana, mas enfrentá-la e construir os meta-caminhos que nos permitam recuperar a integridade do ser humano, na qual o sistema de saúde tem uma alta responsabilidade social.

Esta perspectiva de processo, denominada latino-americana (saúde coletiva), propõe uma ruptura com respeito aos objetos de estudo dos paradigmas flexneriano e ecológico (modelo biomédico científico) e assim mesmo com respeito ao “que fazer profissional”, articulando os elementos da tríade descrita na práxis, numa prática profissional integral. Esta perspectiva latino-americana levaria a situar os sistemas de saúde na dimensão cultural da teoria da organização, com suas unidades primárias do campo da administração pública e a utilização do planejamento estratégico situacional.

Evita-se assim, as noções de prevenção individual ou preventivismo, na formação de recursos humanos, as quais têm sido utilizadas e direcionadas principalmente para a promoção e proteção específica de problemas das doenças infecto contagiosas ou crônico-degenerativas. Como um componente curricular no início das carreiras da saúde, se baseadas nos conceitos genéricos e tecnológicos da saúde pública, que se diluem conforme o discente avança para a estrutura predominante nas fases finais de formação: a clínica-hospitalar.

A formulação mais significativa seria portanto a mudança da concepção da regulamentação para a emancipação nos três componentes da prática profissional, que possibilitem conduzir esta prática a planos criativos, mais que receptivos, sob a influência da cultura institucional da doença, ainda dominante, para a complexidade do processo saúde-doença.

Neste sentido, se pode pensar em uma prática profissional integral com possibilidades de pesquisar problemas, do processo saúde-doença, vinculados as nossas realidades econômico-político-sócio-culturais. Permitindo estruturar campos de ação com ênfase na preservação da saúde, e a quebra de redutos em que se tem convertido o aparelho institucional de formação dos recursos tanto do pré-grau como de alta especialidade, estimulando as tendências da interdisciplinaridade na formação de novos profissionais em Ciência da Saúde, que impactará positivamente aos sistemas de saúde.

Neste contexto, o planejamento estratégico, na teoria da organização cultural-crítica, permitiria, frente ao modelo dominante em saúde, onde o médico atua como elemento nuclear, propor a alternativa de um sistema de saúde com preponderância da equipe de trabalhadores da saúde pública, cujas características principais, formuladas desde uma visão emancipadora, seriam:

- Compreender os processos de articulação das teorias da organização e o campo da administração pública;
- Ter uma visão integradora dos diferentes objetos de estudo e conhecimento em saúde pública (doença, saúde, processo saúde-doença) e sua relação com uma prática profissional integral (formação de recursos humanos, produção de serviços e produção de conhecimentos);
- Facilitar uma alta participação e compromisso social de todos os atores sociais, em seus diferentes âmbitos de ação, por meio da cultura da saúde;
- Ter flexibilidade quanto aos papéis dos atores sociais na equipe de saúde e sua relação com a teoria da organização;

- Distribuir o poder e a autoridade entre a equipe de profissionais e a comunidade, formulando projetos de planejamento estratégico situacional nos diferentes níveis do sistema de saúde, sob uma visão cultural;
- Desenvolver uma estratégia de ação preferencial pela saúde, mais que pela doença, sem desconhecer a complexidade que conforma o processo saúde-doença e seu condicionamento biológico-sócio-econômico-político-cultural.

Estas características possibilitariam produzir novas formas de organização teórico-prática dos sistemas de saúde e a definição de estratégias distintas para enfrentar o futuro, onde o planejamento e a administração estratégica situacional não teriam mais uma visão linear (onde um presente obstinado buscaria prolongar-se além de seu tempo); mas sem, uma visão articulada, distinta, e por sua vez complementar de todos os atores sociais, com um significado final alternativo de uma sociedade do bem-estar, na que deveremos fixar nossa atenção, com ênfase na teoria organizacional, o processo saúde-doença e a prática profissional integral.

A probabilidade de um horizonte desta natureza não é utópica, pelo contrário, conceber o presente além dos limites de sua historicidade, implicaria reconhecer que o processo saúde-doença é histórico e que as respostas do presente sobre este processo não tem que ser as do futuro. A viabilidade de qualquer alternativa está dada pela construção de propostas feitas pelos distintos atores sociais e pelos resultados que consigam consolidar. Elementos cruciais no planejamento estratégico. O futuro a ser planejado não pertence a uma opção, por mais poderosa que apareça no presente, o futuro ao final das contas, é de quem o conquista e modela para si, para os outros e para todos.

Haverá também que adicionar políticas sociais que abranjam programas de ação social, para melhorar a educação em todos os níveis, a situação do emprego, os aspectos de trabalho criativo, os direitos civis e a situação econômica de grande número de pessoas em alto grau de miséria, a distribuição da riqueza, a nutrição adequada no âmbito doméstico e nas instituições públicas, a situação de gênero para alterar o poder patriarcal nos sistemas de saúde e os problemas sociais que envolvem

a saúde da sociedade como um todo. Noções que em sua totalidade tornarão possível a sociedade do bem-estar.

Como resultado, a historicidade dos modelos de saúde pública, representada pelas teorias organizacionais que as sustentam, está dada pela problemática que enfrentam e as vias de solução que pretendem aportar. Isto significa que uma mudança na historicidade do processo saúde-doença pressupõe uma mudança, por esgotamento, dos modelos predominantes, baseado nos objetos de estudo doença e saúde, isoladamente, assim como também o surgimento de um diferente sistema social e econômico, para que estas políticas emancipadoras sejam bem sucedidas.

Sob estes enfoques, enfrenta-se no futuro, um crescimento dos perfis do processo saúde-doença, com ênfase em fenômenos patológicos altamente prevalentes, seja de tipo infecto-contagioso, crônico-degenerativo ou ambiental-psicossomático-externo. Esse quadro conduzirá a situações não previstas ou até desastrosas e, por conseguinte, à inviabilidade de propostas tradicionais, o que tornaria evidente que teriam que se reformuladas as idéias e ações, no meio de situações altamente complexas e de grandes incertezas.

Talvez por isso, o planejamento e a administração estratégica no setor saúde não somente tenham que ser vistos em uma relação não linear do presente ao futuro, mas também invertendo o olhar, o que supõe reconhecer que elementos do futuro estejam já presentes, que fatores do presente são modificáveis sob novas práticas profissionais, e que se o passado não é modificável, ao menos a forma de interpretá-lo poderia dar a possibilidade de encontrarem-se novas alternativas.

10. REFERÊNCIAS

Almeida CM. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciênc. saúde coletiva*, 1999, (4): 263-86.

Almeida Filho N. *Epidemiologia sem números*. Rio de Janeiro: Campus; 1989

Almeida C. Reforma de sistemas de saúde e equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80-90. *Cad. Saúde Pública*, 2002,18(4): 905-925.

Almeida C. Equidade e reforma setoriais: Um debate necessário. *Cad. Saúde Pública*, 2002, (18) Supl.: 23-26.

Banco Mundial. *Informe sobre el desarrollo mundial: la pobreza*. Washington(DC); 1990.

Barba A, Solis P. Cultura en las organizaciones: enfoques y metáforas de los estudios organizacionales. México (DF):Vertiente; 1997.

Barba A. *Calidad y cambio organizacional: ambigüedad, fragmentación e identidad. El caso de LAPEN de CFE*. México (DF): UAM Iztapalapa/CFE; 2002.

Barrenechea J y Trujillo V. *Implicaciones para la planificación de los sistemas locales de salud*. Medellín: Universidad de Antioquia; 1987.

Bobbio N. *Teoria Geral da Política: a filosofia política e as lições dos clássicos*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Campus; 2000.

Breilh J. *Epidemiología, economia, medicina y política*. 3^a ed. México(DF): Fontamara;1989.

Breilh J., Granda E. Situación y tendencias de los recursos humanos odontológicos en el Ecuador. *Salud Problema*, 1989, 16:9-25.

Breilh J. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación*. Quito: CEAS; 1995.

Capra F, Steindl R, Matus T. *Pertencendo ao universo*. São Paulo: Cultrix-Amana; 1991.

Capra F. *O ponto de mutação*. 25^a ed. São Paulo: Cultrix; 2004.

De Almeida ES, Vieira LC, Castro CJ, Furtado CL, Inojosa RM. Planejamento e programação em saúde. In Westphal MF, Faria WM, De Almeida ES, organizadores. *Gestão de Serviços de Saúde*. São Paulo: Edusp; 2001.

Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

Freire P. *Hacia una pedagogía de la pregunta: conversaciones con Antonio Fernández*. Buenos Aires: La Aurora; 1986.

Giddens A. *Para além da esquerda e da direita*. São Paulo: UNESP; 1996.

Godoy ASA. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *RAE*, 1995, 35 (2): 57-63.

Gómez CA. *Los recursos humanos odontológicos necesarios para América Latina* México (DF): UDUAL; 1980: 545-53

Gómez CA. La Estrategia de atención primaria en salud traducida a sistemas de salud. *Panorama Estomatológico*; 1998, 6 (1): 11-19.

Gómez CA, Garduño GV. Planeación estratégica en el sector salud. Mimeo. 2000.

Guzmán A, Gómez CA, Pizeta L. Un modelo de planeación estratégica: La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en el ámbito del neoliberalismo y la globalización. *Síntesis*; 2001, 4:3-10.

Harmon M , Mayer T. *Teoría de la organización para la administración pública*. México: Fondo de Cultura Económica; 2001.

Ibáñez J. *Del algoritmo al sujeto: perspectivas de la investigación social*. Madrid: Siglo XXI; 1985.

Laurell AC. *La política social en la crisis: una alternativa para el sector salud*. México (DF): Fundación Friedrich Ebert; 1991.

Laurell AC La globalización y las políticas de salud. México (DF): *Nueva Época/ Salud Problema*, 1998; 3 (4):39-50.

Londoño JL, Frenk J. *Structured pluralism: towards a new model for health system reform in Latin America*. Washington (DC): Technical Department for Latin America and the Caribbean/ World Bank; 1995.

Matus C. *Política, planificación y gobierno*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 1987.

Maximiano A. *Teoria geral da administração: da revolução orgânica à revolução digital*. 3a. ed. São Paulo: Atlas; 2002.

Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J. Safari de estratégias. Um roteiro pela selva do planejamento estratégico. Porto Alegre: Bookman; 2000.

Morin E. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa; 1994.

Morín E. *Sociología*. 2ª. ed. Madrid: Tecnos; 2000.

Montilva L. *Planejamento estratégico nos sistemas de saúde*. Caracas, Mimeo; 1990.

Oliveira DPR. *Planejamento estratégico: conceito, metodologia e práticas*. 21^a ed. São Paulo: Atlas; 2004.

Organização Mundial da Saúde. *Declaração de Alma Ata*. Kasakstan (URSS): OMS; 1978.

Organização Mundial da Saúde. *Reporte de salud en el mundo 2000*. Ginebra; 2000.

Organización Panamericana de la Salud. *Conocimiento básico en la formación profesional*. Washington (DC); 1987.

Organización Panamericana de la Salud. *La atención primaria de salud*. Washington (DC); 2005.

Presidencia de la República Mexicana. *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*. México (DF); 2001.

Ribeiro A. *Teorias da administração*. São Paulo: Saraiva; 2003.

Santos BS. *Um Discurso sobre as Ciências*. 7a ed. Porto: Afrontamento; 1995.

Santos BS (organizador). *A Globalização e as Ciências Sociais*. São Paulo: Cortez; 2002.

Santos BS. A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência. Vol.1, São Paulo: Cortez; 2005.

Santos WG. A trágica condição da política social. In: *Política Social e Combate à Pobreza* (S. H. Abranches, W. G.). Santos & M. A. Coimbra, organizadores, Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998

Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. *La democratización de la salud en México*. México (DF): SSa; 2001.

Secretaria de Salud. *Agenda de Saúde: Lei Geral de Saúde..* México (DF): Ed. Fiscais ISEF; 2004.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Atención a la salud del adolescente*. México: SSa; 2002 a

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Accidentes*. México (DF): SSa; 2001 a.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Alcoholismo*. México (DF): SSa; 2001 b.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Calidad, equidad y desarrollo en salud*. México (DF): 2002 b.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Cáncer cérvico-uterino*. México (DF): SSa; 2002 c.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Cáncer de mama*. México (DF): SSa; 2001 c.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Cáncer de próstata*. México (DF): SSa; 2001 d.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Cólera*. México (DF): SSa; 2002 d.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Comunidades saludables*. México (DF): SSa; 2002 e.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Consolidación de arbitraje médica*. México (DF): SSa; 2002 f.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud*. México (DF): SSa; 2002 g.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Diabetes*. México (DF): SSa; 2001 e.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Drogadicción*. México (DF): SSa; 2001 f.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial*. México (DF): SSa; 2001 g.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Enfermedades transmisibles por vector*. México (DF): SSa; 2002 h.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: HIV-SIDA e infecciones de transmisión sexual*. México (DF): SSa; 2001 h.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Infancia*. México (DF): SSa; 2002 i.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Intersectorial de educación saludable*. México (DF): SSa; 2001 i.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Migrante va sano vuelve sano*. México: SSa; 2001 j.

Secretaría de Salud. *Programa de acción: Mujer y salud*. México (DF): SSa; 2001 k.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Protección financiera en salud*. México (DF): SSa; 2002 j.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Rabia*. México (DF): SSa; 2001 l.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Salud ambiental*. México (DF): SSa; 2001 m.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Salud bucal*. México (DF): SSa; 2001 n.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Salud mental*. México (DF): SSa; 2001 o.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Salud y nutrición de los pueblos indígenas*. México (DF): Ssa; 2001 p.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Salud reproductiva*. México (DF): SSa; 2002 k.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Tabaquismo*. México (DF): SSa; 2001 q.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Transplante*. México (DF): SSa; 2001 r.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Transfusión sanguínea*. México: SSa; 2001 s.

Secretaria de Salud. *Programa de acción: Urgencias epidemiológicas y desastres*. México: SSa; 2002 l.

Secretaria de Salud del Distrito Federal. *Programa de Salud del Distrito Federal*. México (DF): SSDF; 2001.

Senge P. *A quinta disciplina*. 11^a.Ed. São Paulo: Best Seller; 2002.

Testa M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de la salud)*. Argentina: Organización Panamericana de la Salud; 1989.

Testa M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.

Toffler A. *A empresa flexível*. Rio de Janeiro: Record; 1985.

Uribe F, organizador. *Planejamento e programação em saúde. Um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez /ABRASCO; 1992.

Yepez P. A Estratgia de ateno primria sade. *Conferncia*, Facultad de Odontologa, Universidad de Maracaibo, Venezuela; 2003.

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e mtodos*. 3^a ed. Porto Alegre: Bookman; 1995.

Wagner P, Weiss C, Wittrock B, Wollman H (Compiladores). *Ciencias sociales y estados modernos: experiencias nacionales e incidencias tericas*. Mxico (DF): Fondo de Cultura Econmica; 1999.

World Bank. *World Development Report: Investing in Health*. Washington (DC); 1993.

ANEXO

Anexo único

ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

Secretaria de Saúde a nível nacional

O programa nacional de saúde encontra seus elementos básicos no programa nacional de desenvolvimento? De ser assim quais são os elementos e como são abordados no programa?

A proposta de planejamento estratégico do PNS encontra-se fundamentada em que autores? Quais são as propostas teóricas destes?

Os momentos ou etapas denominadas: Onde estamos? Para onde vamos? Que caminho vamos seguir? Como avaliamos? Partem de conceitos que se articula com teorias de organização? Quais os autores?

O capítulo “**Onde estamos?**” significa a etapa de planejamento da teoria neoclássica administrativa que formula o diagnóstico de saúde ou é um manejo diferente mais próximo das teorias sistêmicas administrativas? Pela formulação dos desafios da equidade onde é incluída a demografia, os danos à saúde, as desigualdades e seqüelas, os riscos, a qualidade técnica, o acolhimento e a proteção financeira com seus desafios, que tipo de planejamento foi desenvolvido? E como estes elementos se interligam com as funções de prestação de serviços, de financiamento, de recursos e de gerenciamento-regulamentação-proteção do paciente?

Os dados básicos sobre danos, desigualdades em saúde e seqüelas são produzidos com base em objetos de estudo sobre a saúde ou a doença ou sobre o processo saúde-doença? De onde aparecem? Quem os elaborou? Como priorizaram as doenças emergentes, suas variáveis de lugar, espaço e pessoa? Os novos indicadores como AVISA e EVISA vão ser utilizados na avaliação?

O capítulo **Para onde vamos?** Que corresponde aos valores, missão e visão se fundamentam em que autores? E como repercutem nas estratégias, ações e metas?

O capítulo **Que caminho vamos a seguir?** Referentes às 10 estratégias, linhas de ação e programas, abrangem todos os campos do setor saúde?

O capítulo **Como avaliamos?** Entrecruza-se com as estratégias e linhas de ação? Abarca a todos os programas?

Secretaria de Saúde do Distrito Federal

O Programa de Saúde 2001-2006 encontra seus elementos básicos no plano do governo do Distrito Federal? De ser assim, quais são estes e como se situam no programa?

A proposta de planejamento estratégico do Programa de Saúde se encontra fundamentado em que autores? Quais são suas propostas teóricas?

O contexto, contemplado no Programa, se encontra no âmbito de qual pressuposto teórico? O de bem-estar ou o de qualidade?

Os problemas e desafios significam o diagnóstico de saúde que formula a etapa de planejamento da teoria neoclássica administrativa, ou é um manejo diferente mais próximo às teorias sistêmicas administrativas?

Os dados básicos sobre danos e desigualdades na saúde e seqüelas se manejam em base a objetos de estudo sobre a saúde, a doença ou ao processo saúde-doença? De onde surge, quem os elaborou, como priorizaram as doenças emergentes, suas variáveis foram de lugar, espaço e pessoa?

Os valores e princípios, ou seja, a missão e visão se fundamentam em que autores e como repercutem nas estratégias, ações e metas?

As metas propostas de condição de saúde, vigilância sanitária, promoção da saúde, se derivam das estratégias? Onde se entrecruzam com os programas?

As estratégias intersetoriais e do setor saúde cobrem todos os campos da saúde pública no Distrito Federal?

Existe algum item sobre avaliação no programa?