

Uma agenda para a redução de desigualdades em saúde: informe do seminário Saúde e Desigualdade: Instituições e Políticas Públicas no Século XXI

O seminário Saúde e Desigualdade, realizado como uma iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), nos dias 29 e 30 de novembro e 1 de dezembro de 2001, no Rio de Janeiro, teve como objetivo discutir as relações entre saúde, desigualdade e pobreza nas dimensões das políticas públicas, das instituições e dos programas de saúde.

A idéia foi tratar de forma abrangente diferentes aspectos das relações entre problemas oriundos de diversos campos do conhecimento social aplicado à saúde e às políticas públicas. Foram abordados como temas centrais: as situações de vulnerabilidade e suas relações com as condições de vida e atenção à saúde; as relações entre tradição política e cívica, o desempenho institucional e a produção de desigualdade e pobreza; as inovações no campo da política social e propostas de proteção à saúde com equidade. Procurou-se ainda, identificar lacunas de conhecimento e de métodos na avaliação das políticas públicas nestas áreas.

No primeiro dia do seminário, duas conferências e uma mesa redonda focalizaram a questão da pobreza e das desigualdades sociais e em saúde a partir de distintos ângulos. Juan António Casas (Diretor da Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano da OPAS) apresentou um quadro das desigualdades em saúde na América Latina. Paul Pierson (School of Government, Harvard University) discutiu a reestruturação do Estado de bem-estar social em democracias afluentes, em contexto de austeridade, apontando possibilidades e limites para a implementação de políticas voltadas para a redução das desigualdades.

Na mesa-redonda, Sonia Rocha (consultora do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas – PNUD) discutiu os limites da utilização de parâmetros monetários para a caracterização da pobreza, propondo a esperança de vida como indicador mais potente. Elisa Reis (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ) discutiu a importância da análise das percepções das elites sobre desigualdade social, ressaltando, com base na comparação entre diversos países, o papel dos valores compartilhados para o modo como as sociedades enfrentam os problemas da desigualdade e da pobreza. Amélia Cohn (Universidade de São Paulo – USP) discutiu os rumos tomados pela reforma sanitária no Brasil e afirmou a necessidade de articular, no resgate da política, as questões da inclusão, equidade e justiça social.

No segundo dia, em três oficinas paralelas foram abordados os seguintes temas: *Pobreza, Desigualdades Sociais e Equidade em Saúde; Instituições, Política, Cultura e Desigualdade e Perspectivas das Políticas Públicas na Construção da Equidade em Saúde.*

Participaram das oficinas, além de pesquisadores convidados, mestrands e doutorandos da ENSP. No último dia foi realizada reunião de trabalho para formulação de agenda de cooperação entre as instituições participantes, com o intuito de articular a produção de conhecimento e a gestão de políticas públicas de saúde e vincular as atividades de pesquisa às demandas dos gestores do SUS. A organização do evento contou com o apoio de Rosa Silvestre (OPAS) e assessoria administrativa de Carla Henker.

A oficina *Pobreza, Desigualdades Sociais e Equidade em Saúde*, coordenada por Sarah Escorel (ENSP/FIOCRUZ) e Rosana Magalhães (ENSP/FIOCRUZ) teve como participantes:

- **Apresentadores**

Nelson do Valle Silva (Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro – IUPERJ), Rosana Heringer (Universidade Cândido Mendes), Sonia Rocha (PNUD), Wagner L. Soares (Universidade Federal Fluminense – UFF) e Karen Giffin (ENSP/FIOCRUZ).

- **Debatedores**

Amélia Cohn (USP) e Maria do Carmo Leal (ENSP/FIOCRUZ).

- **Participantes**

Alberto Najar (ENSP/FIOCRUZ), Adriana Marques (OPAS), Giselle Monerat (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ), Maria Helena Mendonça (ENSP/FIOCRUZ); Francisco Viacava (Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz), Joselita Nunes Macedo (Universidade Federal da Bahia – UFBA), Luciana Monteiro Sardinha (Centro Nacional de Epidemiologia – CENEPI/Fundação Nacional de Saúde – FUNASA) e Vitória Vellozo (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS-RJ).

- **Relatores**

Lorenzo Aldé e Rosemary Gonçalves de Souza.

Os debates desta oficina estruturaram-se em dois eixos. O primeiro, aprofundando a evolução do perfil da pobreza e das desigualdades no Brasil. O segundo, discutindo-se a associação de variáveis específicas, como raça, etnia, gênero, estrutura familiar, região, entre outras, enquanto elementos capazes de modificar substancialmente as experiências de precariedade e também as perspectivas de solução. Saliou-se que a associação entre diversas vulnerabilidades que reforçam a exclusão social imporia, portanto, um esforço para se discriminar situações específicas no monitoramento de políticas e programas sociais.

Foram apontados como problemas a serem enfrentados, do ponto de vista das políticas públicas, além da necessidade de melhor articulação entre políticas compensatórias e redistributivas, a falta de coordenação entre programas de assistência social, cujo principal efeito tem sido o da criação de um país de bolsistas ao invés de cidadãos. Salientou-se a importância de redefinir as práticas de focalização e seletividade, de forma a não se perder de vista a perspectiva da universalidade dos direitos. O estabelecimento de prioridades para as ações e o fortalecimento da perspectiva da cidadania, com efetivo acesso aos direitos, consistem hoje no grande desafio para as políticas de combate à pobreza no país.

A oficina *Instituições, Política, Cultura e Desigualdade* coordenada por Jeni Vaitsman e Nilson do Rosário Costa teve como participantes:

- **Apresentadores**

Marcelo Cavarozzi (UNSAM – Universidad Nacional San Martín, Buenos Aires, Argentina), Sérgio Piola (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA), Solon Magalhães Vianna (IPEA), Marcos Otávio Bezerra (UFF) e Maria Eliana Labra (ENSP/FIOCRUZ).

- **Debatedores**

César Vieira (OPAS), Nelson Ibañez (Fundação Getúlio Vargas – FGV-São Paulo) e Antonio Ivo de Carvalho (ENSP/FIOCRUZ).

- **Participantes**

Armando Raggio (Secretaria Estadual de Saúde do Paraná – SES-PR), Albertina Maria Mattos (Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venancio/FIOCRUZ), Alexandre Luís do Prado, Antônio Claret Campos Filho (Escola Nacional de Administração Pública – ENAP), Carlos Gadelha (ENSP/FIOCRUZ), Edmundo Gallo (ENSP/FIOCRUZ), Elias Rassi (Ministério da Saúde – MS), Eliane Hollanda (ENSP/FIOCRUZ), Gabriela Rieveres de Andrade (Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas/FIOCRUZ), Isa Macedo (Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN), Luís Otávio Pires Farias (ENSP/FIOCRUZ), Maurício Macedo (UFRN) e Maria Agostini (ENSP/FIOCRUZ).

- **Relatora**

Maria Ximena Simpson Severo (UNSAM).

Nesta oficina, abordou-se as relações entre formação política e cívica, desempenho institucional e produção de pobreza e desigualdade. Procurou-se pensar como valores e normas institucionalizam-se nas distintas esferas de ação social, com certas consequên-

cias não apenas para a produção de pobreza, mas para as configurações específicas das desigualdades sociais e simbólicas na sociedade contemporânea. Dois grandes temas foram discutidos. Em primeiro lugar, algumas implicações da tradição política e cívica brasileira e latino-americana para a qualidade e a eficácia das instituições, bem como para a produção da desigualdade e da pobreza. Em seguida, as perspectivas de se incorporar positivamente a tradição brasileira ao processo de formação de novos arranjos institucionais, novos paradigmas de ação coletiva e sociabilidade na esfera pública.

Discutiu-se o contexto atual de redefinição do papel do Estado na América Latina, onde os persistentes problemas de pobreza, desigualdade extrema e corrupção convivem com a emergência de inúmeras experiências positivas de participação social e de fortalecimento da democracia. No Brasil particularmente, a Constituição de 1988 criou condições institucionais para novas formas de participação da sociedade, promovendo o desenvolvimento de cultura cívica e criação de capital social. As novas instituições e arenas de participação, como os Conselhos de Saúde e o Orçamento Participativo, inserem a sociedade civil no processo de formação das políticas públicas permitindo a modificação de práticas políticas “tradicionais”, embora com frequência, as inovações sejam retraduzidas pela cultura e pelos conflitos locais. Reconheceu-se portanto, que os processos sociais e políticos implicam ao mesmo tempo permanência e mudança, e que com o intuito de enfrentar as desigualdades, se trataria de resgatar as redes sociais já existentes, fomentando a integração dos setores excluídos e procurar caminhos institucionais e políticos que fortalecessem a democracia e a inclusão social, política e simbólica.

A oficina *Perspectivas das Políticas Públicas na Construção da Equidade em Saúde*, coordenada por Ligia Giovanella, Célia Almeida e Sílvia Gerschman teve como participantes:

- **Apresentadores**

Sônia Fleury (FGV-Rio de Janeiro), Ana Luiza d’Ávila Viana (UERJ), Rosa Maria Marques (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP), Carmen Fontes Teixeira (UFBA) e Paulo Eduardo Mangeon Elias (USP).

- **Debatedores**

Sílvia Gerschman (ENSP/FIOCRUZ), Célia Almeida (ENSP/FIOCRUZ), Eleonor Minho Conill (Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC) e Maria Alcía D. Ugá (ENSP/FIOCRUZ).

- **Participantes**

Áquilas Mendes (PUCSP), Eduardo Guerrero (OPAS), Eduardo Jorge Martins Alves Sobrinho (Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – SMS-SP), Fátima Pivetta (ENSP/FIOCRUZ), Ilara Hämmerli Moraes (ENSP/FIOCRUZ), Joana Demarqui (Secretaria da Saúde do Estado da Bahia – SES-BA), Júlio Müller (Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso – SES-MT), Lenaura de Vasconcelos Lobato (UFF), Luiza Heimann (Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo – SES-SP), Luciana Lima (SMS-RJ), Luciene Burlandy (UFF), Luísa Guimarães (MS), Monica Senna (UFF), Patrícia Lucchese (ENSP/FIOCRUZ), Roberta Gondim de Oliveira (ENSP/FIOCRUZ), Sérgio da Hora Rodrigues (Núcleo de Estudos em Políticas Públicas – NEPP/Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP), Regina Bodstein (ENSP/FIOCRUZ) e Rosa Silvestre (OPAS).

- **Relatora**

Marília Pastuk (ENSP/FIOCRUZ).

A oficina teve por objetivos analisar as especificidades das reformas recentes na proteção à saúde na América Latina, discutir suas repercussões sobre as desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde, e elucidar o dilema focalização *versus* universalização presente nas propostas de primazia para a atenção básica frente à garantia da atenção integral.

As reformas em saúde na América Latina nas últimas décadas, foram consideradas pelos participantes da oficina mais radicais do que aquelas ocorridas nos países centrais, pois a alteração de componentes internos dos sistemas públicos de saúde esteve articulada à implementação de mudanças na forma de proteção social à saúde. Foram identificados três modelos de reestruturação de cobertura: estímulo ao seguro privado para setores de mercado formal bem remunerados (Chile); seguros públicos diferenciados segundo renda e inserção no mercado de trabalho (Colômbia) e cobertura universal com financiamento fiscal (Brasil).

Considerou-se que a extensão de cobertura possibilitada por algumas das reformas, propiciam a inclusão de setores populacionais mais pobres nas políticas públicas, todavia avaliou-se que pouco incidiram na redução de desigualdades. No caso do Chile, incentivos financeiros governamentais alavancaram o desenvolvimento do mercado produzindo importante privatização. Nas palavras de Sonia Fleury, criou-se modelo dual com quebra da solidariedade e aumento de desigualdades de cobertura e acesso.

Na Colômbia, como salientou a debatedora Célia Almeida, a reforma constituiu a primeira experiência de competição administrada. No modelo do pluralismo estruturado, a população inserida no mercado de trabalho formal contribui compulsoriamente para um seguro público, e com uma pequena parcela para o fundo solidário que financia o regime subsidiado do qual participam os muito pobres, selecionados conforme a renda. A par da extensão de cobertura, cada regime tem um catálogo de serviços diferentes e em geral, as clientela utilizam oferta de serviços também distinta, sedimentando importantes desigualdades na atenção. Todavia, uma importante diferença da Colômbia em relação ao Chile é a afir-

mação na Colômbia de que o financiamento da atenção à saúde é uma responsabilidade pública. Entende-se que a atenção à saúde é um direito social universal, mas assume-se a segmentação e permite-se a criação de entidades privadas para a provisão do seguro financiado solidariamente. As novas modalidades de seguros públicos, contudo, conseguiram cobrir apenas 50% da população. Metade da população permaneceu “não vinculada”, isto é, não pode participar do sistema contributivo por não estar formalmente empregada e não foi focalizada no sistema subsidiado.

O caso da reforma da proteção à saúde no Brasil diferencia-se, pois é o único país em que o sistema se pretende universal e igualitário. A reforma na modalidade de cobertura foi acompanhada por importantes mudanças nos processos de formação da política de saúde e na estrutura da tomada de decisão, por meio da estratégia da descentralização e a criação de mecanismos de controle social, que geraram um novo arranjo federativo. Todavia, a construção do SUS seguindo modelo de um serviço nacional de saúde financiado por recursos fiscais de acesso universal não se concretizou plenamente. A implementação do SUS ocorreu em contexto político e econômico desfavorável e não foi acompanhada por financiamento adequado.

Mesmo frente a pressões importantes, a criação do SUS ampliou o acesso, incluindo novos contingentes populacionais. No entanto, parcela da população tem dupla cobertura e acessa o sistema também via mercado, por meio de planos de saúde privados, o que cria um sistema funcionalmente dual – ainda que parcialmente imbricado. Somadas às desigualdades de cobertura, avaliações do processo de descentralização no Brasil mostram que a despeito de melhoria da distribuição regional de sistemas públicos mais resolutivos, permanecem importantes disparidades regionais, condicionadas pelo contexto de restrição fiscal e pesada herança de desigualdades econômicas e sociais no país.

A discussão sobre o *Programa Saúde da Família* (PSF) – programa de atenção primária em implantação no Brasil – não foi conclusiva. Ainda não se pode dizer se mascara uma política de focalização, que institucionalizaria para os pobres somente o acesso aos serviços de menor complexidade, atentando contra a equidade na utilização. Apontou-se que este programa pode tornar-se estratégia de reorganização da atenção se construir-se na porta de entrada do sistema e for integrado à rede, proporcionando integralidade da atenção. No Brasil, a expansão da atenção básica tem possibilitado a inclusão ao sistema. Todavia, no momento, apenas parte dos municípios (correspondendo a 37% da população do país) tem condições de garantir atenção nos diversos níveis de complexidade, como salientou Ana Luiza Viana.

Discutiu-se a necessidade de distinguir a noção de desigualdade da noção de exclusão social. A construção de equidade em saúde, enquanto objetivo de uma política pública, diz respeito aos problemas da desigualdade e da exclusão social, dois problemas a serem tratados de forma diferenciada. Lidar com a desigualdade significa tentar diminuir diferenças entre sujeitos no interior do sistema; tratar da exclusão implica incluir no sistema aqueles que estão fora, o que impõe abordagens diferenciadas dos dois fenômenos quanto ao desenho e à implementação de po-

líticas públicas voltadas para a equidade. A ênfase nos pobres sem a preocupação com a redução de desigualdades leva apenas à focalização, o que pode ter conseqüências desastrosas para a garantia de direitos sociais universais. Para discutir o problema focalização *versus* universalização, as melhores perguntas seriam: como tratar a diversidade, como no caso brasileiro, dentro de sistemas baseados na igualdade? Como distribuir conforme a necessidade, sem, no entanto, segmentar?

Quanto às repercussões de novas formas de gestão implementadas segundo parcerias que alteram a relação público-privado, observa-se que com a internalização de mecanismos de mercado nos serviços públicos, os segmentos populacionais de mais baixa renda são prejudicados, enfrentando discriminação. Observa-se diferenciação de fluxos de atendimento, de acesso e agendamento, e tendência à especialização dos quadros técnicos para o atendimento à clientela privada. Ocorrem resistências das clientelas privadas de classe média em compartilhar a rede e espaços de atendimento com os usuários do sistema público de saúde.

Em conclusão, ressaltou-se que o problema brasileiro não é apenas a diversidade, presente em qualquer sistema, mas a intensidade das diferenças e desigualdades em nossa sociedade. Neste sentido, as políticas sociais podem minimizar a desigualdade, mas não são suficientes para fazê-lo *per se*. Devem estar articuladas a políticas econômicas redistributivas e distribuir mais do que serviços: promover mudanças simbólicas e culturais, contribuindo para a conquista dos direitos de cidadania.

Desafio da redução de desigualdades: agenda compartilhada gestores do SUS e academia

No terceiro dia, secretários de saúde de municípios e estados, gestores do SUS, pesquisadores, consultores da OPAS/Organização Mundial da Saúde (OMS), em uma última oficina de trabalho, deram continuidade ao debate sobre desigualdades. Nessa oficina foram apresentadas algumas políticas colocadas em prática pelos gestores para reduzir desigualdades sociais e iniquidades no acesso aos serviços de saúde individuais e coletivos. O objetivo dessa atividade foi a partir da reflexão de aspectos do contexto do SUS trazidos pelos participantes, indicar, à luz dos temas debatidos durante o seminário, pontos para uma agenda de cooperação entre gestores e instituições.

A condução da oficina foi feita por Eduardo Guerrero, consultor do Programa de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS/OMS no Brasil; Antônio Ivo de Carvalho, vice-diretor da ENSP/FIOCRUZ, com a colaboração de Patrícia Lucchese, pesquisadora da ENSP/FIOCRUZ. Algumas questões orientaram os trabalhos, entre as quais: *Que medidas os gestores podem tomar para reverter problemas de desigualdades? Como as linhas e resultados de pesquisas se convertem em tecnologias? Como mesclar necessidades, experiências, pesquisas e tecnologias para a redução de desigualdades?*

• Relatora

Luísa Guimaráes (MS)

• Participantes

Adriana Marques (OPAS), Alberto Najar (ENSP/FIOCRUZ), Alcindo Ferla (Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul – SES-RS), Alexandre Luiz do Prado, Antônio Claret Campos Filho (ENAP), Áquilas Mendes (PUCSP), Armando di Negri (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre), Armando Raggio (SES-PR), Célia Almeida (ENSP/FIOCRUZ), César Vieira (OPAS), Edmundo Gallo (ENSP/FIOCRUZ), Eduardo Guerrero (OPAS), Eduardo Jorge (SMS-SP), Eleonor Minho Conill (UFSC), Elias Rassi (MS), Ilara Hämmerli Moraes (ENSP/FIOCRUZ), Isa Macedo (UFRN), Jeni Vaitsman (ENSP/FIOCRUZ), Joana Demarqui (SES-BA), Joselita Nunes (UFBA), Juan Antonio Casas (OPAS); Júlio Müller (SES-MT), Lenaura de Vasconcelos Lobato (UFF), Lígia Giovanella (ENSP/FIOCRUZ), Luciana Monteiro Sardinha (CENEPI/FUNASA), Márcia Garcia (ENSP/FIOCRUZ), Márcio Almeida (Universidade Estadual de Londrina – UEL), Maria Alcília D. Ugá (ENSP/FIOCRUZ), Maria Eliana Labra (ENSP/FIOCRUZ), Maria Helena Magalhães de Mendonça (ENSP/FIOCRUZ), Maurício Macedo (UFRN), Nilson do Rosário Costa (ENSP/FIOCRUZ), Paulo Eduardo Mangeon Elias (USP), Rosa Maria Marques (PUCSP), Rosa Silvestre (OPAS), Rosana Magalhães (ENSP/FIOCRUZ), Sarah Escorel (ENSP/FIOCRUZ), Sergio Piola (IPEA) e Solon Magalhães Viana (IPEA).

Os trabalhos na oficina foram orientados pela discussão de aspectos do contexto do SUS trazidos pelos participantes, por reflexões oriundas das apresentações e participação de consultores da OPAS/OMS Juan António Casas, César Vieira e Ulysses Panisset, e à luz dos temas debatidos durante o seminário, indicou-se alguns pontos para uma agenda de cooperação entre gestores e instituições. Reafirmou-se a necessidade de se incorporar o preceito da equidade como objetivo das políticas públicas e foi proposto o aumento do diálogo entre gestores e pesquisadores, para realização de estudos e pesquisas que respondam a esse objetivo. A complementaridade de perspectivas de gestores, academia e convidados participantes vislumbra as possibilidades de um campo de cooperação que não se caracteriza apenas por um programa de pesquisa, e sim por uma agenda para a ação visando reduzir iniquidades.

A parceria entre pesquisadores e gestores foi definida como essencial, pois o compromisso social da ciência e da academia deve ser com o avanço da saúde da população. Propôs-se que a conexão gestores-academia seguisse um modelo de parceria cotidiana, para se elaborar problemas e transformá-los em agenda de programas conjuntos de trabalho. Esta tarefa não pode ser feita de forma isolada nem pela academia nem pela gestão, mas tão somente por meio de interação e diálogo permanente. A agenda da academia vai deixando de ser um catálogo padronizado e se encaminha para um conjunto dinâmico de projetos que se reordenam continuamente, construídos de maneira partilhada no debate com diversas áreas da gestão e operação do sistema. As ofertas se transformam em difusão de conhecimentos *customizados* para necessidades explicitamente enunciadas em conjunto com os gestores.

Em síntese, o desafio atual é construir competência para elaborar propostas e articular a produção de

conhecimento com a gestão das políticas públicas, com a participação e o compromisso daqueles que operam esse conhecimento – os gestores. Esse cenário não é novo nos seus fundamentos, mas a forma que precisa assumir é nova e desafiante. Assim, o calendário de reuniões nacionais deverá ser freqüente porque um modelo deste tipo só pode se constituir em rede. Não pode originar-se de relações individualizadas entre as instituições, nem por base regional. A idéia é de caminhar em direção a um complexo de redes que dialoguem entre si e difundam esse conhecimento no plano nacional e internacional.

A agenda foi trabalhada a partir das questões, relatos e problemas referidos ao cotidiano do SUS, bem como aos seus avanços e inovações. Os gestores abordaram temas como: descentralização, modelo de atenção, Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), recursos humanos, financiamento e tecnologias. E ainda, a amplitude das ações no SUS orientadas a favorecer a intersetorialidade e a participação social na produção de políticas. Observou-se que, a gestão pública no dia-a-dia necessita de facilidades, como metodologias, instrumentos, para melhor decidir e implementar políticas orientadas para a redução de desigualdades. A aproximação com os gestores pode significar para a academia produzir tecnologias apropriadas, em termos de simplicidade, coerência, aplicabilidade, às normas e regulamentos existentes no sistema. E ainda, contribuir ativamente com as mudanças para viabilizar as propostas em realidades diferenciadas de gestão municipal, estadual e federal.

Os campos iniciais que conformam a agenda poderiam, assim, favorecer a que gestores e academia encontrem espaços de intercâmbio e de trabalho conjunto na busca de soluções concretas para equidade em saúde. As alternativas devem considerar a trama burocrática e administrativa de relações políticas no qual o SUS se desenvolve. Nesse sentido, a agenda chama atenção a para os inúmeros *como*, que aparecem significando a demanda do gestor para alternativas de políticas com responsabilidade social.

Os principais pontos para a formulação de uma agenda de pesquisa/gestão e as questões formuladas para cada tema são apresentadas a seguir:

a) O SUS enquanto política pública para a redução de desigualdades em saúde

Seria preciso aprofundar a definição operacional e teórica da prática cotidiana de idéias-força do SUS originárias dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, sustentabilidade financeira e qualidade. A avaliação da qualidade de uma política pública como o SUS, deve incluir os resultados e não apenas os processos. O SUS não é efetivo apenas porque descentraliza ou incorpora a participação social. Deve ser avaliado em relação aos resultados e benefícios que gera para a sociedade e grupos populacionais. Graves problemas de saúde evitáveis permanecem sem respostas adequadas. Por exemplo, os significativos avanços no processo de descentralização convivem com taxas indesejáveis de mortalidade materna. Pesquisas que avaliem o impacto de programas e os resultados de saúde podem contribuir nesta perspectiva. Diversas indagações foram enunciadas: *Como efetivar os princípios do SUS se relacionam com a redução de desigualdades? Como compreender avan-*

ços tão significativos no processo de descentralização e resultados em saúde indesejáveis como por exemplo, taxas tão elevadas de mortalidade materna? Como ampliar as bases de sustentação do SUS? É possível um sistema de saúde mais abrangente e generoso? Qual é a distribuição produzida em sistemas segmentados? Como compatibilizar o tempo de gestão de um governo com mudanças nas políticas públicas? Como se poderia incrementar o sucesso/efetividade das políticas sociais?

b) O processo de redução de desigualdades: responsabilidades setoriais e intersetoriais

Neste grupo estão questões referentes à participação cidadã e relacionadas à qualidade de vida associada a outros fatores como a educação, o meio ambiente, a agricultura, e que podem ter efeitos sinérgicos sobre os indicadores de saúde. Aqui a responsabilidade dos três níveis de gestão do SUS centra-se na articulação com outros setores de governo e com a sociedade para promover a qualidade de vida. Além desses aspectos está a diversidade social de cidades e comunidades, as quais demandam projetos específicos. Diversas perguntas de partida foram formuladas: *Como criar agendas de governo integradas para viabilizar a intersetorialidade? Como gerar agendas nas quais a sociedade tenha de fato poder de influir? Como se efetiva a participação social hoje? Em que medida a participação social está restringida pela burocracia estatal? Os conselhos de saúde são de fato conselhos da sociedade? O SUS alcança um padrão de resposta diferenciado segundo a diversidade? A atenção à saúde no SUS a um cidadão de uma grande cidade se iguala ao cidadão de periferia ou de pequenas cidades do interior? Porque há respostas diferentes em um Sistema Único de Saúde?*

c) A participação social na redução de desigualdades

A redução de desigualdades requer gestão pública participativa de modo a se criar alianças duradouras que sustentem estratégias de médio e longo prazo. O processo de redução de desigualdades deveria potencializar a capacidade dos cidadãos para participar, de forma ativa, na construção de políticas integrais para a melhoria da qualidade de vida. É necessário investir na formação de cidadãos com capacidade crítica e criativa. O usuário deve estar imbuído para agir não apenas como consumidor, mas como protagonista e cidadão.

d) Tecnologias de informação em saúde e desigualdades

O conjunto de tecnologias informacionais hoje disponíveis permite a integração e a organização de informações e de conhecimentos, constituindo-se em robusta ferramenta para apoiar o processo de tomadas de decisões. Diversas questões quanto ao uso da informação para a redução de desigualdades foram apontadas: *Como as tecnologias da informação e computacionais podem ser melhor aplicadas para favorecer a redução de desigualdades de acesso aos serviços de saúde e de qualidade de atendimento segundo grupos de cidadãos? Como definir parâmetros e construir*

relatórios de alerta de desigualdades segundo o mapa de responsabilidades dos gestores do SUS? Como desenvolver processo de ampliação do acesso à informação indispensável à participação do cidadão? Como criar mecanismos ágeis de disseminação da informação para os tomadores de decisão e estimular o uso da informação na gestão?

e) Política de formação de recursos humanos para o SUS

A formação de recursos humanos é tema crucial quando se discute mudanças e o futuro do modelo assistencial do SUS. A qualidade da assistência, a integridade da atenção e a capacidade de resolver problemas de saúde individuais e coletivos são condicionados pela adequada formação de recursos humanos. A formação das equipes de saúde da família e do profissional do SUS implica uma capacitação clínica ampliada e em incorporar novos e antigos aspectos da saúde coletiva: continuidade do cuidado por faixa etária; o cuidado integrado de doenças crônicas; o cuidado e a vigilância para grandes endemias e meio ambiente; o cuidado e a proteção social de problemas derivados de acidentes, traumas, violências; o cuidado e a proteção frente à drogadicção e a dependência. Entre os novos aspectos inclui-se ainda o estudo de políticas para redução de desigualdades em saúde.

A política de formação de recursos humanos a médio prazo apresenta no geral tendência a manter o modelo tradicional, e está apenas em parte orientada à qualificação de recursos para a conversão do modelo da atenção básica e saúde da família. Algumas instituições formadoras universitárias e escolas de saúde pública iniciam a revisão de currículos para apoiar a decisão política de mudança do modelo de atenção. Seria preciso, no entanto, tratar, na formação dos profissionais, do tema das desigualdades e das políticas para combatê-las. *Como intensificar o processo de mudanças curriculares e a capacidade de resposta para atender às necessidades de um novo modelo assistencial e de redução das desigualdades em saúde? Como incorporar no currículo de profissionais de saúde e gestores o tema das desigualdades? Como formar atores políticos e técnicos? Qual é o comportamento do mercado de trabalho e a direção dos incentivos dos mercados público e privado?*

f) A redução de desigualdades com os recursos da Emenda Constitucional 29

Devido à vigência recente, as potencialidades e limitações da Emenda Constitucional 29 (EC 29), quanto à utilização dos recursos novos no processo de redução de desigualdades, ainda não foi devidamente explorada. Considera-se que o comportamento da emenda terá distintos efeitos nos diversos estados e municípios, em função das políticas anteriores e oferta de serviços de saúde pré-existentis.

Quais as tendências de comportamento do financiamento e gastos do SUS nos diversos níveis governamentais, de acordo com os parâmetros de recursos da EC 29? Como se distribuem os recursos em relação às ações de saúde coletiva e individual? Como esses recursos poderão ser aplicados para redução de brechas nas necessidades e utilização de serviços de saúde?

g) Descentralização na perspectiva de redução de desigualdades

Salientou-se ainda, a necessidade de realizar análises do processo de descentralização direcionadas à compreensão das possibilidades de construir políticas de redução de desigualdades em nível de macro e microrregiões com apoio das esferas estadual e federal. Uma hipótese seria que o Brasil avançou para uma descentralização fragmentadora e autárquica em milhares de municípios de pequeno porte, e ao mesmo tempo concentradora de recursos em algumas cidades. Haveria necessidade de estudar mecanismos que viabilizem uma saída desconcentradora em favor dos municípios com maiores necessidades, priorizando as ações que favorecem a saúde coletiva e a atenção básica com capacidade resolutive.

h) O modelo de saúde da família e a redução de desigualdades

A cobertura da atenção básica foi ampliada e a estratégia de saúde da família se desenvolveu acentuadamente nos últimos anos. O modelo de saúde da família é referido como estruturante para as mudanças no modelo assistencial no SUS. Diante dos inegáveis avanços dessa proposta, impõe-se refletir sobre as relações efetivas do programa saúde da família com a mudança do modelo de atenção. E, especificamente, com a redução de desigualdades de acesso de serviços individuais e coletivos. Neste sentido diversas questões foram enunciadas.

O modelo de saúde da família contribui para a redução de desigualdades? Os serviços oferecidos à população atendem às suas necessidades em saúde? A estratégia de saúde da família se beneficia de outras iniciativas como o controle social e as redes? A estratégia de saúde da família contribui para a redução de problemas como a violência familiar, a drogadicção, as enfermidades emergentes e reemergentes? A estratégia de saúde da família pode ser eixo estratégico de trabalho para grandes aglomerados urbanos, municípios de médio e pequeno portes?

i) A redução de desigualdades e a regionalização do sistema de saúde

A reorientação do SUS no sentido da regionalização, por meio da NOAS, com novos instrumentos de programação de investimento e de assistência, embora recente, deveria ser analisada quanto às suas potencialidades e limites para a redução de desigualdades de acesso aos serviços de saúde individuais e coletivos. Os resultados poderiam apoiar o desenvolvimento de métodos, ferramentas e tecnologias de gestão para fomentar e monitorar a redução de desigualdades e a efetividade da gestão do SUS.

O processo de regionalização vem sendo considerado crucial para garantir a integralidade da atenção à saúde. Para isso, além de dar respostas à complexidade de problemas de saúde em espaços macro e microrregionais, deverá incluir a integração entre promoção, prevenção e assistência à saúde. São de interesse pesquisas que observem a evolução do processo de regionalização quanto às respostas à redução de desigualdades e integralidade do modelo de saúde.

Como os gestores e os pesquisadores podem responder ao desafio explicitado no subtítulo da Noas que propõe a reorganização da assistência com base nas necessidades sociais de saúde? Como reorganizar a assistência baseando-se nas necessidades sociais de saúde? Como a análise de informações poderia contribuir para remodelar a atenção coletiva? Como definir e medir necessidades sociais e em saúde e incorporá-las ao planejamento estratégico? Como essa problemática entra na agenda das Comissões Intergestores Bipartite e da Comissão Intergestores Tripartite e se concretiza em processos de pactuação expressos nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimento (PDI)? Estão as secretarias estaduais de saúde se preparando para o processo de regulação e de cooperação técnica no âmbito da regionalização em favor da redução de desigualdades?

Desdobramentos

As questões apontadas para compor a agenda compartilham gestores e academia podem referenciar o desenvolvimento de pesquisas aplicáveis, indicando campos de trabalho conjunto entre academia e gestão pública. Embora abordadas em várias pesquisas, as desigualdades em saúde ainda são pouco estudadas frente a outras dimensões do SUS. Há necessidade de medir, monitorar, analisar e avaliar de forma integrada as informações existentes. Seria desejável ainda fortalecer pesquisas em Ciência Política, Ciências Sociais e Economia, com enfoques que possibilitem incorporar macro determinantes das condições que geram desigualdades na situação específica de saúde. A sensibilização de outros campos de conhecimento é um ponto positivo evidenciado no Seminário, no sentido de que a agenda não se esgota no plano meramente clínico, epidemiológico ou biológico.

Se de um lado o SUS precisa dispor de avaliações para ter direcionalidade, de outro necessita fortalecer processos no campo de formulação, desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas de redução de iniquidades em saúde. E também das políticas multisetoriais e intersetoriais. Neste sentido, em alguns países existem Observatórios de Equidade, financiados pelos governos. Por exemplo, os observatórios ingleses desenvolvem séries de indicadores

com os quais monitoram constantemente a equidade nos serviços, e a partir daí propõem ajustes nas políticas e na gestão.

A potencialização entre gestão e academia deve acontecer em espaços interativos de produção de conhecimento e em resposta aos problemas e necessidades de cada realidade. Essa aproximação, além de contribuir com o processo de conhecimento e de soluções, evita a idéia de uma oposição entre produtores e aplicadores de conhecimentos, e incrementa a capacidade de operacionalizar o discurso feito no âmbito do SUS.

Seria preciso então criar mecanismos permanentes de articulação entre academia e gestores, especialmente para um tema tão complexo como as políticas para a redução de desigualdades. Poderia ser constituída uma rede integrada entre as diversas associações acadêmicas de saúde coletiva e órgãos gestores do SUS, a OPAS/OMS, núcleos de ciência e tecnologia em saúde, e outras instituições com interesses na luta contínua pela redução das desigualdades sociais e em saúde.

Em resumo, espera-se que a implementação desta agenda permita integrar a produção científica de instituições de excelência em âmbito nacional e internacional, e criar condições institucionais para a articulação entre produção de conhecimento e gestão de políticas públicas, vinculando atividades de pesquisa às demandas de gestores do sistema público de saúde brasileiro.

Eduardo Guerrero,
Programa de Desenvolvimento de Sistemas
e Serviços de Saúde, Organização Pan-Americana
da Saúde, Brasília, Brasil.

Ligia Giovanella,
Escola Nacional de Saúde Pública,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Jeni Vaitsman,
Escola Nacional de Saúde Pública,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

Luísa Guimarães,
Secretaria de Políticas de Saúde,
Ministério da Saúde, Brasília, Brasil.

Antonio Ivo de Carvalho,
Escola Nacional de Saúde Pública,
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.